



Universidad
Zaragoza

TRABAJO FIN DE GRADO

SOLEDAD, TERCERA EDAD Y DEPENDENCIA

Autora

Estela Castillo Atienza

Tutor

Miguel Montañés Grado

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo

Grado en Trabajo Social

2024

ÍNDICE

Resumen.....	4
Abstract.....	4
Justificación del Problema.....	5
Objetivos Generales y Específicos.....	6
Introducción.....	6
Marco Teórico.....	8
Documentación del fenómeno de la dependencia.....	8
El Envejecimiento de la Población Española.....	9
Cambio pirámide.....	9
Análisis de la Esperanza de vida en España.....	10
Fragilidad y Dependencia	13
Concepto de Fragilidad.....	14
Dependencia.....	14
La Ley de la Dependencia bajo el Modelo Biomédico.....	18
El paradigma del Envejecimiento activo.....	20
Determinantes de la dependencia.....	21
Soporte Familiar.....	22
Soporte Social	22
Actividad Física.....	23
Grado de Movilidad.....	23
Investigación y Trabajo de Campo.....	24
Escenario.....	24
Participantes.....	25
Técnicas y/o Instrumentos.....	25
Resultados.....	26
Percepción de la Soledad y la Vejez: Diferencias y Perspectivas.....	26
Impacto de la Pérdida: Soledad No Deseada en Viudas y Viudos.....	26
Matrimonio y Soledad: El Papel del Acompañamiento en la Vejez.....	27

Soledad y Dependencia: Reflexiones de Personas Mayores	29
Discusión y Conclusiones.....	30
Referencias Bibliográficas.....	33

1. RESUMEN

Abordar la soledad y la dependencia en las personas mayores es fundamental dada la creciente preocupación por la salud mental y el bienestar de este grupo demográfico. La soledad y la dependencia están intrínsecamente conectadas y pueden tener efectos adversos significativos en la salud mental de los adultos mayores.

La soledad se ha convertido en un problema importante en la sociedad moderna, particularmente entre las personas mayores. La pérdida de seres queridos, jubilación, falta de movilidad, y una red social reducida debido a factores como la distancia geográfica o la disminución de la capacidad física pueden contribuir a un mayor aislamiento social.

A su vez, la dependencia también juega un papel crucial en la vida de las personas mayores. Puede surgir debido a limitaciones físicas, condiciones de salud crónicas o a la falta de apoyo para realizar actividades básicas diarias.

La relación entre dependencia y soledad puede crear un ciclo adverso: la soledad crónica puede conducir a una mayor dependencia, y la dependencia a su vez puede intensificar la sensación de aislamiento y soledad.

En respuesta a esta problemática, es crucial implementar estrategias preventivas y de intervención. Comprender la interrelación entre la soledad y la dependencia en la tercera edad es fundamental para diseñar estrategias efectivas que promuevan la autonomía, reduzcan el aislamiento social y mejoren la salud mental de las personas mayores.

Abstract

Addressing loneliness and dependence in older adults is crucial given the growing concern for the mental health and well-being of this demographic group. Loneliness and dependence are intrinsically connected and can have significant adverse effects on the mental health of older adults.

Loneliness has become a major issue in modern society, particularly among older individuals. Loss of loved ones, retirement, lack of mobility, and a reduced social network due to factors such as geographic distance or declining physical capacity can contribute to increased social isolation.

In turn, dependence also plays a crucial role in the lives of older adults. It can arise due to physical limitations, chronic health conditions, or lack of support for performing basic daily activities.

The relationship between dependence and loneliness can create a vicious cycle: chronic loneliness can lead to increased dependence, and dependence, in turn, can intensify feelings of isolation and loneliness.

In response to this issue, it is crucial to implement preventive and intervention strategies. Understanding the interplay between loneliness and dependence in old age is essential for designing effective strategies that promote autonomy, reduce social isolation, and improve the mental health of older adults.

2. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Este Trabajo de Fin de Grado ha tenido como objetivo hacer una investigación de cómo la soledad y la dependencia afectan a la salud mental de las personas mayores y hacer una proposición de estrategias para combatir estos efectos y prevenir la dependencia en la tercera edad. El trabajo se centrará en entender cómo la soledad y la dependencia están interconectadas y cómo pueden tener un impacto significativo en la salud mental de las personas mayores. Se explorarán programas y políticas de prevención que ayuden a las personas mayores a mantener su autonomía y reducir el riesgo de dependencia, al tiempo que se analizarán estrategias de apoyo psicológico para aquellas personas que ya enfrentan la dependencia y sienten soledad.

Para poder conseguir dicha información, la investigación se centrará en los usuarios de la actividad de “Taller de Refuerzo de la Memoria para personas Adultas Mayores” en el Centro Cívico del barrio Miralbueno, Zaragoza. Esta es una actividad que tiene como objetivo mantener activas a las personas a nivel cognitivo, estimular sus capacidades mentales, evitar situaciones de aislamiento, ayudar a mejorar el estado de ánimo y aumentar la autoestima, mejorar la calidad de vida y reducir su estrés.

Gracias a la colaboración de la monitoria de la actividad, la cual es educadora, terapeuta y quiromasajista, y sus usuarios se ha realizado una investigación que se expone a continuación en el proyecto, dando una serie de conclusiones en relación con los objetivos expuestos que se quieren realizar.

Finalmente, se incluyen sugerencias para reducir el riesgo de dependencia, facilitando una serie de estrategias que pueden servir a las personas de la tercera edad en situación de dependencia y que padecen de soledad.

3. OBJETIVOS

Para la realización de este trabajo se van a exponer tanto los objetivos generales como los específicos a los que se quiere lograr y cumplir. Los objetivos específicos parten de los objetivos generales y se desarrollan a partir de estos.

Objetivo General:

El objetivo general de este Trabajo de Fin de Grado, como está expuesto anteriormente, es investigar si la soledad y la dependencia influyen en la salud mental de los adultos mayores, además de proponer estrategias para contrarrestar estos efectos y prevenir la dependencia en esta etapa de la vida.

Objetivos Específicos:

En el apartado anterior se han presentado los objetivos generales del Trabajo de Fin de Grado por lo que ahora, a partir de ese punto, se van a indicar una serie de objetivos específicos que se investiga en este trabajo.

1. Investigar los conceptos de soledad y dependencia.
2. Analizar el impacto de la soledad y la dependencia en la salud mental de las personas mayores.
3. Proponer estrategias concretas para combatir los efectos de la soledad y prevenir la dependencia en la tercera edad.
4. Comprender la interconexión entre la soledad y la dependencia, y su influencia significativa en la salud mental de los adultos mayores.
5. Ofrecer sugerencias específicas para reducir el riesgo de dependencia, proporcionando estrategias útiles para las personas mayores en situación de dependencia y soledad.

4. INTRODUCCIÓN

Para la realización de este proyecto hay que tener claro qué son los tres conceptos más importantes: la tercera edad, la soledad y la dependencia.

La **tercera edad** es un término utilizado para referirse a la etapa de la vida de una persona que sigue a la adultez y se caracteriza generalmente por la edad avanzada. Aunque no existe una definición exacta, se suele considerar que la tercera edad comienza alrededor de los 65 años, la edad media de la jubilación comúnmente utilizada en muchos países, aunque esta cifra puede variar según la religión o la cultura. (Marcos, Y. P., 2020).

Durante la tercera edad, las personas pueden experimentar cambios físicos, mentales y sociales. Debido a las particularidades de este periodo de la vida, la realidad es que puede iniciarse en diferentes momentos en función de la persona y el estado de salud en el que se encuentre.

El concepto por el que entendemos “tercera edad” comenzó a popularizarse a mediados del siglo XX, especialmente después de la Segunda Guerra Mundial. Con el aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población en diversos países, surgiendo así nuevos enfoques para comprender las necesidades de las personas mayores.

Para concluir con este punto se debe destacar que se han creado nuevos términos más inclusivos y menos estigmatizantes para referirse a esta etapa de la vida como “adultos mayores” o “personas de edad avanzada”. También se debe nombrar el nuevo concepto de “cuarta edad” que no es tan ampliamente aceptado como el de la “tercera edad”. La cuarta edad es la última etapa del proceso del envejecimiento y está motivado por el aumento de la esperanza de vida. Esta nueva vejez se comprende entre los 75 y 90 años, y ha sido un concepto propuesto por algunos expertos y académicos en el estudio del envejecimiento para describir una etapa más frágil de la vida. A pesar de esto, su reconocimiento aún puede estar en desarrollo de investigación. (Vinasco, A. S. R., 2021).

A raíz de esto, también se puede nombrar el tema de la jubilación, especialmente debido a los cambios demográficos y el aumento en la expectativa de vida. La jubilación es un proceso por el cual una persona deja de trabajar de manera remunerada al llegar a una determinada edad y comienza a recibir ingresos regulares provenientes de una pensión o fondo de jubilación. Este concepto se suele relacionar con el fin de la vida laboral y el comienzo de una nueva etapa en la que la persona puede disfrutar de su tiempo libre, dedicarse a actividades de ocio, viajar o participar en actividades que sean de su interés. La transición de una etapa activa a una menos activa puede tener un impacto significativo en la salud física y emocional y la adaptación a la jubilación es esencial para hacer de esta etapa una experiencia placentera y por consiguiente es importante que todas las instituciones cuenten con programas destinados a brindar orientación durante este proceso de vida. (Alpízar Jiménez, I. 2011).

En España se ha retrasado la edad legal de jubilación, antes de 65 años, a los 67 años de edad, planteándose por lo tanto diferentes cuestiones sobre cómo afectará a los diferentes grupos de empleados y asalariados.¹ Debido a esto, el retraso de edad tendrá unos efectos distintos en función de la ocupación del individuos, empeorando a aquellos que desempeñan trabajos manuales o de “bajo nivel” y destacando que el sacrificio de los trabajadores no se repartirá de manera equitativa, algo que hay que tener en cuenta a la hora de diseñar la política de retraso de la edad jubilación.

La palabra **soledad** proviene del latín *solītas, solitātis*, pudiendo su concepto ser entendido como un estado emocional que se experimenta cuando una persona se siente sola, aislada o desconectada emocionalmente de los demás, en este punto es importante diferenciar entre soledad elegida y la no elegida. La primera puede ser voluntaria y deseada, proporcionando tiempo de reflexión para disfrutar de la propia compañía, pero la segunda puede ser un sentimiento de aislamiento no deseado que puede generar angustia, tristeza y sensación de exclusión. (*Significado de Soledad*. De Enciclopedia, E.).

También puede referirse al sentimiento de pena o melancolía que se puede experimentar gracias a la ausencia de alguien o algo. Es una experiencia subjetiva y puede surgir por falta de relaciones sociales, cambios de vida, dificultades en relaciones interpersonales, problemas de salud mental, entre otros factores.

¹ El cambio de la edad de jubilación fue introducido debido a la Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social. La implementación de la edad se ha llevado de forma gradual desde 2013 hasta 2027, para mitigar el impacto de los trabajadores próximos a la edad de jubilación.

Por último, hay que explicar que la **dependencia** es el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria.

La dependencia puede surgir por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas del día a día. Estas actividades básicas del día a día son las ABVD, que son las tareas más elementales de la persona que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía como pueden ser las actividades domésticas más básicas, reconocer a personas y objetos, orientarse, ejecutar tareas sencillas.

5. MARCO TEÓRICO

Cuando un adulto mayor a 65 años empieza a percibir dificultades para poder realizar las ABVD el primer impulso de los miembros cercanos del individuo es ofrecer ayuda y dicho impulso viene derivado de una aceptación generalizada de que la dependencia y la soledad es una situación irreversible, una consecuencia de la edad.

Es importante destacar que las limitaciones que enfrenta una persona dependiente no solo se deben a problemas físicos, sino que también están influenciadas por su entorno. Esto incluye aspectos familiares, administrativos y geográficos que afectan cómo la persona lleva a cabo sus actividades diarias. Por lo tanto, ciertos planes de acción pueden tener un impacto positivo al ralentizar o influir en el proceso de dependencia en las personas de la tercera edad. (Canga et al., 2011).

Con el propósito de realizar el marco teórico de esta investigación, se ha buscado material científico que respalde la razón del estudio y para lograr obtener mejores resultados se han utilizado varias palabras clave: *soledad, dependencia, tercera edad, ayuda social, autonomía, adultos mayores, cuidados familiares, movilidad, actividad física, salud mental, soledad no deseada, conexiones sociales, salud emocional, programas comunitarios y desafíos emocionales.*

1. Documentación del fenómeno de la dependencia:

Según el Instituto Nacional de Estadística, a fecha 1 de enero de 2022, la población mayor de 64 años en España ascendía a 9,5 millones de personas, volviendo así nuevamente a incrementarse, como en anteriores años.

Se debe tener en cuenta el aumento de la esperanza de vida de las personas de la tercera edad, que analizaremos más adelante, y por consiguiente esto provoca un efecto en las facultades de las personas de este colectivo, en su autonomía personas y capacidades físicas y cognitivas, que se ven reducidas, implicando un aumento de la tasa de dependencia.

Es importante tener en cuenta la condición previa a la dependencia, que es la situación de fragilidad, que según Pedro Abizanda Solder, Luis Romero Rizos y Carmen Luengo Márquez en la “*Revista española de Geriátría y Gerontología: Uso apropiado del término fragilidad*” es: “un estado en el que acontece una disminución en la capacidad de realizar actividades de la vida

diaria, y que origina un riesgo de inestabilidad una pérdida de complejidad en la dinámica de reposo y/o una alteración que conlleva la pérdida de fuerza muscular movilidad equilibrio y resistencia”.

Tras tener conocimiento de estos conceptos, según el informe anual de los indicadores de salud por la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OECD), no todos los años ganadores en EV, esperanza de vida, son vividos en términos de buena salud. Muchos adultos transcurren la última etapa de su vida con una salud deficiente o justa. Debido a esto, la Organización Mundial de la Salud publicó en 2002 un marco de actuación respecto al envejecimiento activo, identificando los puntos sobre los que se debería trabajar para así mejorar la calidad de vida de las personas.

Como conclusión de este apartado, la institución indica acciones que influyen en los tres pilares básicos de actuación que son: la participación en la sociedad, la seguridad de los adultos mayores y la salud. El primer punto puede lograrse a través de la educación y crear actividades en las que la comunidad pueda participar activamente en el día a día en la sociedad. En cuanto a la seguridad, se busca garantizar la tranquilidad y reducir la inequidad de este colectivo mediante recursos y programas para que se sientan integrados y útiles en la sociedad. Y por último, la salud, a través de la actividad física, formación de cuidadores, nutrición y la salud mental para reducir los factores de riesgo.

2. El Envejecimiento de la Población Española:

España se encuentra en una revolución reproductiva que está provocando un cambio en la forma de la pirámide poblacional. Esto se debe a una mayor supervivencia y la alteración de los roles tradicionales relacionados al género y la edad.

El término “envejecimiento demográfico” fue creado por corrientes natalistas con el propósito de calificar negativamente la modernización demográfica. La transformación de la pirámide de edad, con un peso creciente en los mayores, constituye un aspecto más de la revolución reproductiva actual. El detonante de la revolución reproductiva es la generalización de la supervivencia hasta la vejez.

Se está experimentando una revolución reproductiva que da lugar a la disminución de la fecundidad, es decir, el número de hijos por mujer.

2.1. Cambio pirámide:

En cambio, de la pirámide poblacional entraña consecuencias en todos los ámbitos sociales, como por ejemplo los “efectos estructurales”: la feminización, el sobre-envejecimiento y el aumento de la dependencia.

La feminización se debe a la diferencia de mortalidad entre hombres y mujeres. A los 80 años, las mujeres doblan a los hombres y hoy en día, las mujeres de 65 años o más alcanzan una décima parte de la población total española. (F.C. Billari et al., 2010)

Cada vez es mayor el número de personas que alcanzan edades muy avanzadas. Debido a que los problemas de salud guardan una relación directa con la edad, el envejecimiento demográfico causa el aumento de estos. En España, debido a este proceso de sobre-envejecimiento, ha

supuesto un aumento del peso del cuidado de los dependientes y por consiguiente se ha debido abordar como asunto de Estado.

España se encuentra en un caso extremo de rápido envejecimiento demográfico. Al principio del siglo XX, la esperanza de vida no llegaba ni a los 35 años cuando en otros países europeos ya superaban los 50 años. y actualmente, con más de 80 años, se sitúa entre las más altas del mundo.

El envejecimiento demográfico guarda relación con los niveles de riqueza y bienestar internacionales y no con la pobreza y España no ha hecho más que prosperar. El envejecimiento demográfico ha constituido el principal estímulo para la investigación médica y farmacológica y la nueva pirámide conlleva también un mayor equilibrio entre las edades, lo cual tiene consecuencias positivas para la economía: un perfil de usuarios más diverso hace más estables los mercados frente a las crisis.

Hay una consideración de que no ha sido la vejez la que se ha alargado sino la juventud. Los que nacieron en España a principios del siglo XX empezaron a trabajar a una edad promedio de 13 años y por lo tanto se convirtieron en adultos muy pronto y en adultos mayores también. Hoy en día una persona de 40 años es considerada una persona joven.

Aparece, por lo tanto, un nuevo actor social con un peso demográfico creciente que ha abierto nuevas posibilidades de relaciones y estrategias familiares.

3. Análisis de la Esperanza de vida en España:

La esperanza de vida es uno de los indicadores más importantes que muestran las consecuencias de las políticas sanitarias, sociales y económicas de un país. Esta se ha incrementado de forma espectacular durante todo el siglo XX, siendo la clave de este aumento el descenso de la mortalidad, en especial la infantil, reflejo de un progreso de las condiciones sanitarias, sociales, económicas y mejora de los estilos de vida de los ciudadanos. Dicho incremento también se observa en la esperanza de vida a los 65 años. (Abellán García et al., 2017).

Figura 3.1: Esperanza de vida a los 65 años por sexo, 1900-2016



Fuente: Años 1900-1998. INE. Anuario estadístico de España 2004. Demografía

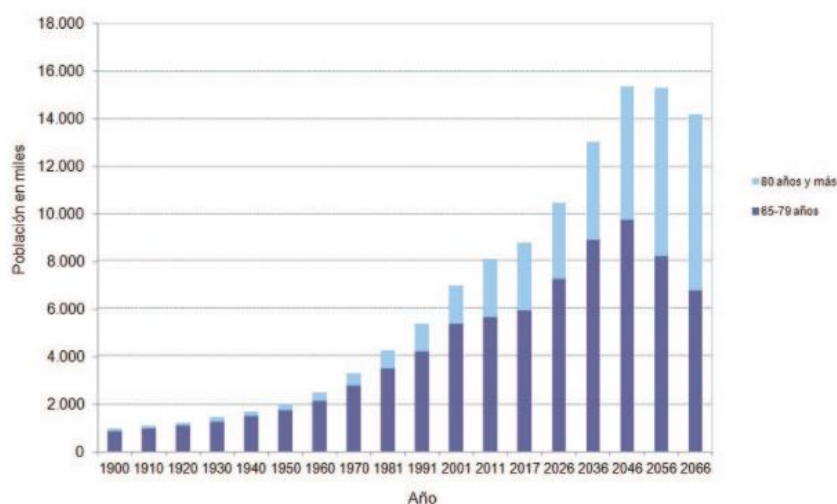
Años 2000-2016. INE. Tablas de mortalidad de la población de España

En el año 2022 la esperanza de vida en la población española subió hasta llegar a los 83,08 años. En dicho año, las mujeres tenían una esperanza de vida más alta, con 85,74 años, en comparación con los hombres, cuya esperanza de vida era de 80,36 años. (*España - Esperanza de vida al nacer, 2023*).

Además, España ha mejorado su posición en el ranking mundial de esperanza de vida, pasando del puesto 13 en 2021 al puesto 10 en 2022. Esto indica que los habitantes de España tienen una esperanza de vida relativamente alta en comparación con otras naciones del mundo.

Si se observa y analiza la tendencia en los últimos años, la esperanza de vida en España ha ido aumentando. En 2022 fue mayor que en 2021, cuando fue de 83,03 años, y también que, en 2012, cuando estaba en 82,26 años. Esto sugiere que, en general, las personas están viviendo más tiempo en comparación con años anteriores y este suceso solo sigue ocurriendo, por consiguiente, conforme pasa el tiempo más años vive la población.

Figura 3.2: Evolución de la población de 65 y más años. 1900-2066

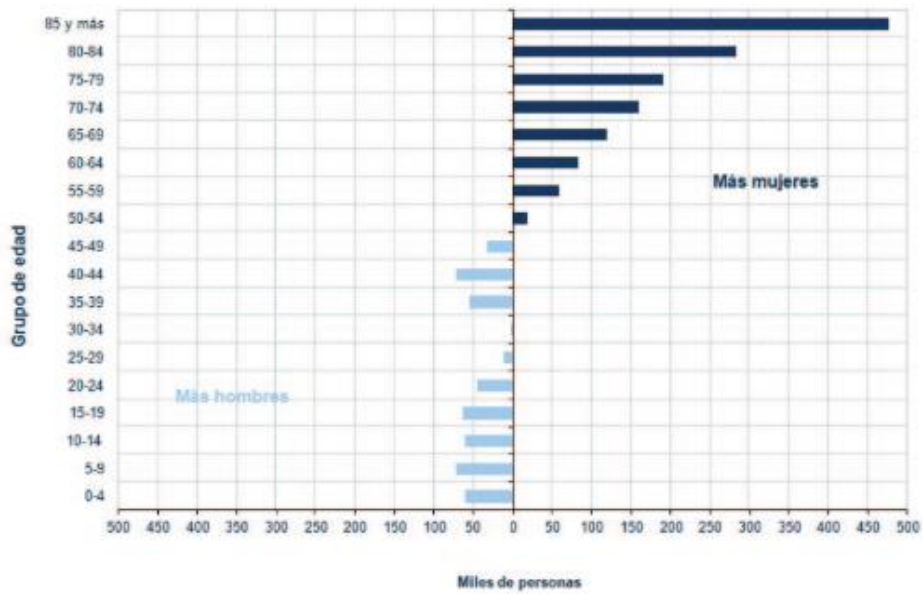


* De 1900 a 2017 los datos son reales; de 2026 a 2066 se trata de proyecciones

Fuente: INE: INEBASE

España continúa su proceso de envejecimiento y el grupo perteneciente a las personas mayores, tercera edad, sigue creciendo a tal grado que, según la proyección del INE, en 2066 habrá más de 14 millones de personas mayores.

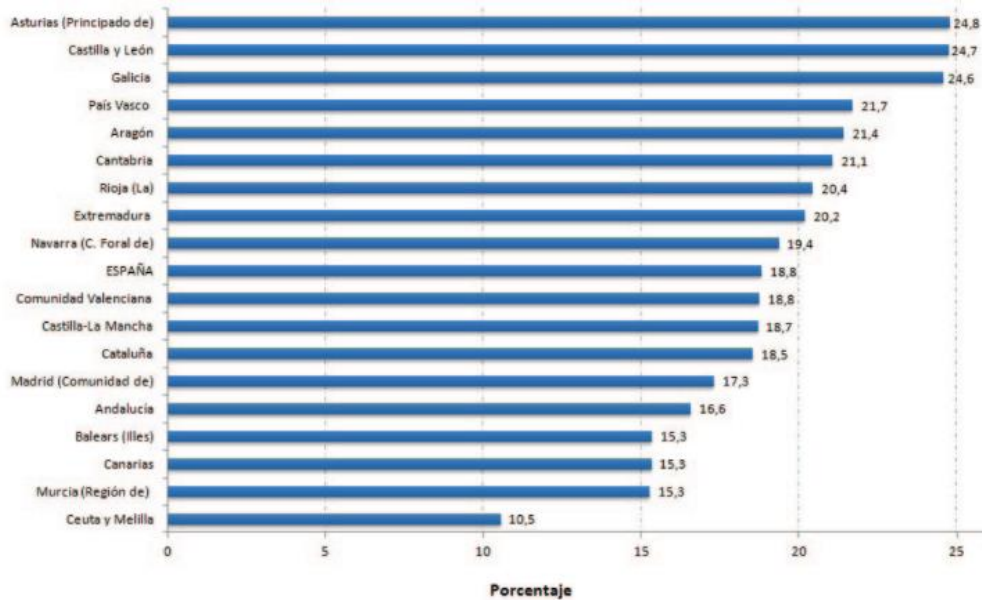
Figura 3.3: Diferencia entre la población de hombres y mujeres por grupo de edad, 2017



Fuente: INE: INEBASE. Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2017. Consulta en enero de 2024

El sexo predominante en la vejez es el femenino. Nacen más hombres que mujeres y este aumento se mantiene durante años hasta alcanzar un equilibrio entre sexos hacia los 50 años.

Figura 3.4: Porcentaje de personas de 65 y más años, por comunidades autónomas, 2017



Fuente: INE: INEBASE. Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2017. Consulta en enero de 2024

Aragón, junto a Asturias, Castilla y León, Galicia, País Vasco y Cantabria, son las comunidades autónomas más envejecidas con proporciones de personas mayores que superan el 21%.

Entre las personas de 65 y más años, las mujeres destacan por tener una esperanza de vida mayor que los hombres, pero su esperanza de vida saludable es menor por un aumento de la morbilidad y una mayor supervivencia.

El patrón de mortalidad de la población española en su conjunto está determinado por las causas de muerte de los mayores, ya que un 85,6% de los fallecidos en España son personas mayores, porcentaje que sigue aumentando. En general la tendencia es a un retraso de mortalidad al morir cada vez más tarde, produciéndose así una cierta homogeneización del proceso de muerte. (Abellán García et al., 2017).

Por consiguiente, la esperanza de vida en España ha aumentado significativamente, siendo las mujeres las que viven más años, y situando a España en el ranking mundial de esperanza de vida en el puesto 10 según datos del 2022. El envejecimiento de la población es algo notable y la mortalidad está principalmente influenciada por las personas mayores, mostrando una tendencia a un retraso en la mortalidad, datos que indican la necesidad de buenas políticas que aborden el envejecimiento y mejoren la calidad de vida.

4. Fragilidad y Dependencia:

Como se ha explicado anteriormente, el mundo está experimentando un cambio demográfico significativo con el envejecimiento de la población, que comenzó en la segunda mitad del siglo XX y continúa en la actualidad. El número de personas mayores de 60 años ha ido aumentando constantemente y dicho incremento ha supuesto que los mayores de 65 años sean un 17% de la población a comienzos del siglo XXI. Es notable el rápido crecimiento del grupo de personas mayores de 80 años, que está superando en aumento a cualquier otro segmento de edad. Se espera que entre 2045 y 2050, el crecimiento de los mayores de 80 años sea casi el doble que el de mayores de 60. (Gregori, J. Á. et al., 2020).

Este cambio demográfico plantea varios desafíos para la sociedad. Habrá una mayor demanda de atención médica, cuidados a largo plazo, servicios sociales y pensiones, mientras que la fuerza laboral disponible disminuirá. Sin embargo, la población anciana también representa un valioso recurso humano y social, aunque hasta ahora ha sido subutilizado. El término de “subutilizado” se refiere a que la población anciana no es aprovechada de manera adecuada, ya que a pesar de que estos pueden ofrecer mucho en términos de experiencias y habilidades, no se les da las suficientes habilidades para participar activamente en la sociedad. La salud de los ancianos será crucial, ya que una mala salud limita su participación activa en la sociedad y aumenta los costos asociados con el envejecimiento de la población.

Es necesario invertir en la salud de las personas a lo largo de toda su vida para reducir la carga de enfermedades en la vejez, promover el compromiso social y aprovechar las contribuciones que los ancianos pueden ofrecer. Los sistemas de salud actuales, especialmente en países de ingresos bajos o medianos, no están preparados adecuadamente para enfrentar las necesidades derivadas de la compleja carga de enfermedades crónicas asociadas con el envejecimiento.

Se necesitan cambios en estos sistemas de salud para proporcionar un cuidado continuo y global que abarque todas las etapas de la vida y maneje las múltiples enfermedades de manera integrada. Además, es importante considerar las necesidades de cuidado a largo plazo, que muchas personas prefieren recibir en sus hogares con la ayuda de familiares, aunque la

institucionalización puede ser necesaria en casos de deterioro funcional grave. Sin embargo, actualmente hay pocos estándares o guías para garantizar el cuidado adecuado, lo que deja a muchas personas mayores y a sus cuidadores con necesidades insatisfechas.

Dado el escenario epidemiológico y los altos costos asociados, es fundamental implementar estrategias de prevención enfocadas en mantener la funcionalidad de las personas mayores. Esto ha llevado a un creciente interés de especialidades médicas, como cardiología, oncología y neurología, en el conocimiento y manejo de pacientes geriátricos debido a la creciente necesidad de tratar a esta población en la atención médica cotidiana.

4.1. Concepto de Fragilidad:

Existe una delgada línea entre la relación del concepto de envejecimiento y fragilidad. Durante el proceso de envejecimiento, los sistemas fisiológicos acumulan cambios que los hacen más vulnerables a diversas circunstancias. Esta vulnerabilidad, en gran medida, está asociada con el proceso natural de envejecimiento, que conlleva una pérdida funcional inevitable, especialmente en edades avanzadas. (Gregori, J. Á. et al., 2020).

La definición de fragilidad según la Real Academia Española (RAE) la describe como algo que aún no está roto pero que puede romperse fácilmente, aplicándose al anciano como una entidad reconocida con múltiples manifestaciones, pero sin un síntoma esencial en su presentación debido a su naturaleza sindrómica.

Hoy en día se considera la fragilidad como una condición pluridimensional con una interacción de diversos factores, incluyendo genéticos, inflamatorios, moleculares, así como el declive celular y orgánico del envejecimiento, junto con enfermedades crónicas.

Un anciano frágil se caracteriza por tener una disminución de las reservas fisiológicas en varios sistemas corporales, lo que lo hace más propenso a declinar y lo coloca en una situación de mayor vulnerabilidad frente a perturbaciones externas. Esto aumenta la probabilidad de experimentar eventos adversos de salud, como hospitalizaciones, institucionalización, caídas, así como pérdida de función, discapacidad o dependencia.

4.2. Dependencia:

El Consejo de Europa, que ha estado impulsando diversas acciones y sugerencias para mejorar la situación de las personas que requieren asistencia y de quienes las cuidan, estableció al final del siglo XX un equipo de especialistas que dedicó varios años a redactar un documento consensuado que pudiera ser aceptado por la mayoría de los países de este organismo. (Gregori, J. Á et al., 2020).

El fruto de dicho trabajo fue la aprobación en septiembre de 1998, por parte del Comité de Miembros del Consejo de Europa, de una Recomendación sobre la dependencia. Dicha recomendación define la dependencia como “la necesidad significativa de ayuda para llevar a

cabo las actividades cotidianas”. Esta definición implica la presencia de tres elementos para considerar una situación como la dependencia:

- En primer lugar, la existencia de una limitación física, mental o intelectual que afecta a ciertas capacidades de la persona.
- En segundo lugar, la incapacidad de la persona para llevar a cabo por sí mismas las actividades diarias, divididas en cuatro categorías:
 - Actividades relacionadas con el cuidado personal.
 - Movilidad dentro del hogar.
 - Tareas domésticas.
 - Movilidad fuera del hogar.
- En tercer lugar, la necesidad de asistencia o cuidado por parte de otra persona.

Además, la Ley de Dependencia en España clasifica la dependencia en tres grados según la intensidad de los ciudadanos que la persona necesite:

- Grado I-Dependencia Moderada: Personas que necesitan ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día.
- Grado II-Dependencia Severa: Personas que necesitan ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero que no requieren el apoyo permanente del cuidador.
- Grado III-Gran Dependencia: Personas que necesitan ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día, y que, debido a su pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, requieren el apoyo indispensable y continuo de otra persona, o tienen necesidades de apoyo para su autonomía personal.

Existe una evidente relación entre la dependencia y la edad, ya que el porcentaje de individuos con limitaciones en su capacidad funcional aumenta a medida que consideramos grupos de población más avanzados en edad. Dicho aumento no es constante, sino que existe una edad, aproximadamente alrededor de los 80 años, donde este incremento se acelera a grandes medidas. Por consiguiente, es común considerar la dependencia como un problema asociado al envejecimiento. (Gregori, J. Á et al., 2020).

A pesar de lo explicado anteriormente, la dependencia afecta a todas las edades de la población, no limitándose únicamente a las personas mayores, aunque estas son el colectivo más afectado. Existen factores sociales y ambientales, además de los genéticos, que influyen en su aparición. Esto significa que es posible prevenir la dependencia promoviendo estilos de vida saludables y mejorando la eficiencia de los sistemas de atención médicos y asegurando el tratamiento temprano de las enfermedades crónicas.

Por lo tanto, la dependencia se ve influenciada por el entorno familiar y social y por lo tanto es importante tener en cuenta algunas consideraciones:

- Está claro que la dependencia es el resultado final de una serie de cambios relacionados con el proceso natural de envejecimiento, sin embargo, es importante señalar que la edad y el envejecimiento no son las únicas causas de discapacidad o dependencia.
- Las enfermedades son una de las causas principales de la dependencia, ya sean congénitas o adquiridas, debido a un accidente u otras condiciones de salud y en muchas ocasiones estas enfermedades podrían haberse prevenido mediante la medicina preventiva.
- La mayoría de las enfermedades que provocan dependencia requieren de tratamientos para evitar que esta dependencia progrese, lo que se conoce como medicina asistencial.

Todo esto se traduce en la dificultad de llevar a cabo las ABVD, es decir las actividades básicas de la vida diaria, que resulta en la reducción de la autonomía. Es lógico, por tanto, que uno de los paradigmas de la atención sanitaria sea la prevención, lo que implica políticas sociosanitarias que promuevan la salud, fomenten hábitos de vida saludables y realicen campañas de concienciación. También supone establecer una red de detección de fragilidad, así como aquellos que ya han experimentado alguna pérdida de autonomía, involucrando a instituciones y coordinando con los diferentes niveles asistenciales sociosanitarios (residencias, atención primaria, ONG, etc.).

Una vez que una persona ha alcanzado la situación de dependencia, requiere una de ayudas tanto humanas como materiales para facilitar el desarrollo de sus actividades diarias.

Por consiguiente, se deduce la importancia de la relación entre autonomía, vulnerabilidad y dependencia. La autonomía se refiere a la capacidad de una persona para tomar decisiones y actuar de acuerdo con su propia voluntad y la vulnerabilidad, por otro lado, refleja la susceptibilidad de una persona a sufrir enfermedades, lesiones o discapacidades que pueden afectar a su bienestar físico, emocional y social.

Estos conceptos no sólo están relacionados entre sí, sino también con la fragilidad y dependencia. Por ejemplo, las personas pueden experimentar una pérdida de autonomía debido a su vulnerabilidad o fragilidad, lo que puede requerir que dependan de otros para tomar decisiones en su nombre. Al mismo tiempo, los profesionales de la salud deben equilibrar al mismo tiempo el respeto por la autonomía de los pacientes con la responsabilidad de brindarles la atención y el cuidado necesarios para promover su bienestar.

Concepto	Definición	Relación con otros Conceptos
Autonomía	Capacidad de una persona para tomar decisiones y actuar según su propia voluntad.	<p>Fragilidad y Vulnerabilidad: La pérdida de autonomía puede ser consecuencia de la fragilidad y la vulnerabilidad, que limitan la capacidad de actuar independientemente.</p> <p>Dependencia: La disminución de autonomía suele llevar a una situación de dependencia, donde la persona necesita asistencia para sus actividades diarias.</p>
Vulnerabilidad	Susceptibilidad a sufrir enfermedades, o lesiones o discapacidades que afectan el bienestar	<p>Fragilidad: Aumenta la vulnerabilidad, ya que una persona frágil tiene menos reservas fisiológicas.</p> <p>Autonomía: La alta vulnerabilidad puede reducir la autonomía, ya que la persona se vuelve más dependiente de otro.</p> <p>Dependencia: La vulnerabilidad incrementa la probabilidad de desarrollar dependencia debido a la mayor necesidad de ayuda.</p>

<p>Dependencia</p>	<p>Necesidad significativa de ayuda para llevar a cabo actividades cotidianas.</p>	<p>Autonomía: La dependencia reduce la vulnerabilidad, ya que la persona no puede realizar actividades diarias sin asistencia.</p> <p>Vulnerabilidad y Fragilidad: La dependencia puede ser el resultado de la alta vulnerabilidad y fragilidad, que limitan la funcionalidad y aumentan la necesidad de asistencia.</p>
<p>Fragilidad</p>	<p>Condición caracterizada por la disminución de las reservas fisiológicas.</p>	<p>Vulnerabilidad: La fragilidad contribuye a la vulnerabilidad, aumentando el riesgo de eventos adversos de salud.</p> <p>Dependencia: La fragilidad puede llevar a una situación de dependencia, donde la persona necesita ayuda para sus actividades diarias.</p> <p>Autonomía: La fragilidad reduce la autonomía, ya que limita la capacidad de la persona para actuar independientemente.</p>

5. La Ley de la Dependencia del Modelo Biomédico a un propuesto biopsicosocial:

El modelo biomédico es una forma de abordar la salud y la enfermedad y se basa en principios científicos y biológicos. Fue desarrollado principalmente por el médico inglés Thomas Sydenham (1624-1689) considerado como uno de los padres de la medicina moderna, aunque su evolución y consolidación en la medicina moderna se produjo a lo largo de los siglos XVIII y XIX, con contribuciones significativas de figuras como Claude Bernard (1813-1878) el cual fue un fisiólogo francés ampliamente reconocido como uno de los fundadores de la medicina experimental cuyas investigaciones se centraron en el funcionamiento del sistema nervioso, la regulación del metabolismo y sentó las bases de la comprensión moderna de la fisiología; y Rudolf Virchow

(1821-1902), médico, patólogo, antropólogo, político y activista social alemán, conocido por su teoría celular y por sus contribuciones al campo de la patología, identificando bastantes enfermedades y describiendo los cambios celulares en ellas.

Este modelo se centra en la enfermedad como una disfunción biológica en el cuerpo y busca identificar y tratar las causas físicas. Se basa en la idea de que las enfermedades tienen causas específicas y que el tratamiento correcto implica intervenir directamente en estos procesos biológicos.

En España, al igual que en muchos otros países occidentales, el modelo biomédico ha ejercido una influencia importante en la práctica médica y en la organización de la salud, siendo la base de la formación médica y del diseño de políticas de salud pública. Sin embargo, también ha sido objeto de crítica, especialmente por su enfoque reduccionista y su falta de consideración de los aspectos psicosociales en la salud y enfermedad.

Como se ha ido desarrollando a lo largo del trabajo existe una clara relación entre el proceso de envejecimiento y la noción de dependencia, así como de las implicaciones políticas que esto conlleva. En los últimos años ha surgido una tendencia a asociar el envejecimiento con la dependencia, presentando a la vejez como una etapa de vida caracterizada por la discapacidad y las necesidades de asistencia.

Esta nueva relación ha dado lugar a la creación del concepto de “vejez dependiente”, que proyecta una imagen negativa de las personas adultas mayores, reduciéndolas a meros receptores de ayuda en lugar de reconocer la complejidad de sus experiencias y contribuciones en la sociedad.

La política más importante en España en relación con la dependencia es la Ley de Dependencia. En su artículo 2.2, la ley define la “dependencia” como: *“El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”*.

Como se puede ver en la definición la Ley asocia la dependencia a la enfermedad, edad y a la discapacidad, y aunque es cierto que el envejecimiento del cuerpo está sometido a un deterioro cognitivo y físico, hay diversos pensadores que critican esta concepción ya que deja de lado otras formas de dependencia, desatendiendo el contexto social y cultural en el que se desenvuelven las personas mayores. (Guzmán Castillo et al., 2010)

La Ley valora principalmente los factores físicos como causantes de la dependencia, sin considerar la diversidad funcional, concepto que fue propuesto por primera vez en España en el Foro de Vida Independiente del 2005, sustituye los términos de “discapacidad” o “minusvalía”, cuya semántica puede considerarse negativa. (Toboso Martín et al., 2010). Cuando hablamos de diversidad funcional nos referimos a las diferentes capacidades y necesidades de las personas,

y en este punto me estoy refiriendo a que la Ley deja fuera de sí otras características más sociales o personales de los individuos.

Las condiciones físicas relacionadas con la salud son las variables principales a tener en cuenta para definir si es o no una persona dependiente. El binomio dependencia/independencia se relaciona con la diferencia entre los cuerpos “normativos”, es decir los sanos, y los cuerpos “anómalos”, los enfermos.

No obstante, han sido numerosos investigadores que han demostrado que el cuerpo no es únicamente un objeto pasivo que se observa y sobre el cual se actúa, sino que constituye un sujeto de conocimiento. (Csordas et al., 2000).

A pesar de ello el modelo biomédico continúa manteniendo su posición dominante, privilegiando la centralidad del cuerpo y diferenciando entre cuerpos “normativos” y “anómalos”. Por consiguiente, aunque podemos sostener que en el cuidado existe una faceta de curación y viceversa, ambas no son necesariamente sinónimas, y por ende, deben tratarse separadamente.

Sin embargo, se ha observado cómo el discurso de la Ley de Dependencia en España se fundamenta principalmente del discurso biomédico imperante, lo que conlleva una percepción de la vejez como discapacitada y dependiente.

En las últimas décadas, ha habido un creciente reconocimiento de la importancia de integrar enfoques biomédicos con enfoques más holísticos y centrados en la persona, como el modelo biopsicosocial (Carrió et al., 2002), que tiene en cuenta no sólo los aspectos biológicos, sino también los psicológicos, sociales y culturales de la salud y la enfermedad. Esto ha llevado a un cambio en la práctica y en la educación médica en España hacia un enfoque más integral y centrado en el paciente.

5.1. El paradigma del Envejecimiento activo

El paradigma del envejecimiento activo se centra en mejorar la calidad de vida de las personas mayores, considerando aspectos físicos, psíquicos y sociales. La OMS (2002) lo define como la optimización de la salud, participación y seguridad para que las personas puedan alcanzar su potencial de bienestar a lo largo de su vida.

En España, se han realizado eventos que destacan la importancia de la participación social de las personas mayores para mejorar su calidad de vida y contribuir a la sociedad.

Sin embargo, en la práctica, el enfoque en la salud física y el mantenimiento de la “buena salud” prevalece sobre otros aspectos del envejecimiento, como la participación social y emocional. Las actividades dirigidas a los mayores suelen centrarse en el ejercicio físico y el entretenimiento, mientras que otras áreas, como la sexualidad o la expresión emocional, reciben menos atención.

En los esfuerzos para promover un enfoque más social del envejecimiento, todavía existe una fuerte tendencia hacia la medicalización de la vejez. Esto significa que el principal objetivo del paradigma del Envejecimiento activo es evitar que los cuerpos de las personas mayores se vuelvan discapacitados o dependientes, y se enfatiza en primer lugar el control de la salud física, y sólo en segundo plano se menciona la importancia de la participación activa en la vida social. En el “Libro Blanco del Envejecimiento” (IMSERSO, 2011), cuyo fin es diagnosticar la situación real de los mayores en el país y por otro lado avanzar propuestas para implementar nuevas políticas con las que actuar frente al envejecimiento, se argumenta que esta participación es necesaria para que los mayores se reintegren a una vida social considerada “normalizada”.

Esta “obsesión” por la salud física puede llevar a una “autoexplotación” de los mayores, quienes se sienten presionados a mantenerse activos y productivos para envejecer bien. Además, la estandarización de las actividades para mayores puede limitar su autonomía y no abordar adecuadamente las necesidades emocionales y sociales. Esta presión puede hacer que los mayores se esfuercen en actividades físicas sin considerar su propio bienestar emocional, creando una sensación de obligación en lugar de disfrute.

La “Teoría del Tullido”, propuesta por Tom Shakespeare, sociólogo británico y académico conocido por sus contribuciones en el campo de los estudios sobre la discapacidad, en su obra *“Disability Rights and Wrongs”* (2006), aborda esta problemática criticando como la sociedad trata la discapacidad. Según el autor la discapacidad no debería ser vista únicamente desde una perspectiva médica o física, sino también desde un enfoque social y político.

Por consiguiente, en estos dos últimos puntos se puede ver cómo la “obsesión” por la salud física y la estandarización de actividades para mayores no sólo puede llevar a la autoexplotación, sino que también refleja una visión limitada de la diversidad funcional. Al centrarse exclusivamente en la capacidad física y en mantener a los mayores activos según ciertos estándares, se pueden ignorar sus necesidades emocionales y sociales. Por lo tanto, hay que adoptar una perspectiva más inclusiva que reconozca la diversidad funcional y las diferentes formas en que las personas pueden vivir mejor.

En resumen, aunque el enfoque en el envejecimiento activo busca mejorar la calidad de vida de los mayores, es necesario reflexionar sobre su impacto y considerar todas las dimensiones del envejecimiento para desarrollar políticas y programas más inclusivos y efectivos.

6. Determinantes de la dependencia:

Las limitaciones funcionales que padece una persona con dependencia no vienen simplemente derivadas de las propias características físicas, sino que también influyen las características del entorno. (Canga et. al., 2011).

Por dicha razón los expertos consideran de gran importancia detectar la dependencia funcional en sus inicios para trazar estrategias que incrementen la autonomía e independencia del individuo y le proporcionen una mejor calidad de vida. (Jiménez-Aguilera et al., 2016).

A continuación, se van a exponer los factores para ralentizar el proceso de dependencia: el soporte familiar, social y sentimiento de soledad, la actividad física que realiza y el grado de movilidad del individuo.

6.1. Soporte Familiar:

El soporte familiar es importante para entender la situación de una persona dependiente. En la actualidad, las necesidades asistenciales de estas personas no son del todo satisfechas por los servicios públicos y la mayor ayuda prestada es por parte de familiares, especialmente por las mujeres.

En muchos casos los adultos mayores no son capaces de evaluar qué tipo de apoyo necesitan o si lo necesitan, aparte del añadido de que muchas veces desconocen las medidas de ayuda que hay a su disposición, por lo que el papel que desempeñan los familiares y amigos del individuo es esencial (Gallo Estrada et al., 2015).

Por otra parte, el grado de dependencia de una persona y el papel del apoyo familiar está ligado y diferenciado según el género del individuo en cuestión. Se pone de manifiesto que la percepción del apoyo familiar varía según lo independiente que sea una persona. En mujeres, una menor dependencia funcional se relaciona con una mejor percepción del apoyo, mientras que en hombres tienen una mayor dependencia parcial y menor percepción del apoyo. (Jiménez-Aguilera et al., 2016).

Sucede un efecto similar en el caso de los adultos mayores viudos ya que estos experimentan más síntomas de depresión que aquellos que siguen casados. Este colectivo percibe menor apoyo familiar que los casados, dicho factor está ligado con un mayor grado de síntomas depresivos. Estos efectos acompañan el aumento de las dificultades funcionales de las personas.

Por consiguiente, se debe considerar la importancia de la influencia que tienen las familias en el individuo dependiente, por lo que es importante conocer la opinión de las personas mayores como de sus familias para poder garantizar la mejor calidad de los cuidados y en consecuencia un menor deterioro tanto físico como cognitivo, desencadenado en grados de dependencia cada vez mayores.

6.2. Soporte Social:

La falta de soporte social está asociada con un aumento en el riesgo de enfermedades mentales, salud física general e incluso mortalidad (Korkeila, et al., 2003). Es por esto que la falta de soporte social, con añadidos como el aislamiento social y la soledad, son condiciones que afectan a la calidad de vida de una persona.

Desde la perspectiva de las personas pertenecientes al colectivo de la tercera edad, la soledad se percibe como un sentimiento angustioso y temido.

La jubilación marca un hito significativo en la vida de las personas, ya que altera por completo las rutinas que, en la mayoría de los casos, habían seguido durante una su trayectoria de vida. En el caso de las personas adultas mayores se observa una disminución gradual en las redes de amistad, especialmente influenciada por la jubilación, lo que conlleva un proceso de pérdida de contacto con amistades del círculo laboral. Esta disminución se ve acentuada por sucesos como defunciones, cambios de domicilio y problemas de salud.

Además, en las grandes ciudades dicho efecto suele ser mayor, por la baja probabilidad de encontrarse casualmente con algún conocido o amigo, a diferencia de las zonas rurales.

La viudez conlleva de manera indirecta desafíos relacionados con la conciliación del sueño, el distanciamiento con la familia, el aislamiento social y la reducción de actividades sociales entre otros aspectos que son representativos del proceso del duelo experimentado por el individuo. (Iglesias de Ussel, et al., 2001).

Por lo tanto, uno de los fundamentos de las estrategias delineadas para prevenir y/o mitigar la soledad, ya sea desencadenada por la jubilación o por la pérdida del cónyuge, son los recursos sociales de los individuos. Aunque la personalidad en sí misma se ha identificado como un factor crucial, la participación en actividades sociales es uno de los elementos que más influyen en la calidad de vida de las personas mayores. Es notable mencionar que el respaldo emocional brindado por el círculo social a las mujeres es, en general, más amplio que el otorgado a los hombres, por lo que las redes de apoyo social, tanto en la etapa de jubilación como en la viudez, son más eficaces y amplias para el género femenino.

6.3. Actividad Física:

La actividad física es esencial para un buen mantenimiento de la salud, tanto física como mental. Ciertos estudios respaldan el comportamiento del factor del apoyo social como moderador y mediador de la influencia de la actividad física en los niveles de soledad de una persona y por esta razón se identifican a aquellas personas con valores altos de soledad como más propensas a realizar una reducida actividad física.

La soledad entre los adultos mayores es un factor de riesgo cuando se estudia la inactividad física, ya que aumenta la probabilidad de que esta se prolongue por un tiempo y se adopten modelos de vida sedentaria (Hawkley et al., 2009).

Hay una relación positiva entre la actividad física y las respuestas afectivas resultantes ya que terminan en niveles mayores de autoestima, debido a las actividades grupales y a la fomentación de apoyo social de la persona. (Shvedko et al., 2018)

6.4. Grado de Movilidad:

La movilidad es de suma importancia para que los adultos mayores mantengan una buena salud física y psicológica, por lo que es importante la participación en programas destinados a la mejora de éstas, para permitir que estas personas puedan vivir de manera independiente el mayor tiempo posible.

A pesar de esto, cambios en la vida del individuo o eventos como la pérdida de algún ser querido o el cambio de residencia pueden alterar el perfil de movilidad y también existe una influencia por el género, cultura y las experiencias de un individuo.

Por lo que respecta al género, las mujeres demuestran un mayor grado de limitaciones de movilidad y por lo tanto un mayor riesgo de discapacidad dado por ésta en comparación con los hombres.

Se debe destacar que, entre los factores de riesgo más comunes para la discapacidad de movilidad, destacan la edad y la baja actividad física (Brown et al., 2013), por lo que los estudios

recomiendan ciertos ejercicios para mejorar la función motora, la seguridad y por consiguiente mejorar la calidad de vida de las personas.

6. INVESTIGACIÓN Y TRABAJO DE CAMPO

En las ciencias sociales existe un amplio abanico de posibilidades para enfocar una investigación empírica. La metodología de investigación simplemente se refiere a cómo la persona que investiga diseña sistemáticamente el estudio para asegurar resultados válidos y que sean consistentes con el proyecto y objetivos del estudio.

Como bien plantea Ortega (2021) la metodología de investigación es el método que se utiliza para resolver un problema de investigación mediante la recopilación de datos utilizando diversas técnicas, proporcionando una interpretación de los datos recopilados y sacando conclusiones sobre los datos de la investigación. En esencia, la metodología de la investigación es el proyecto de una investigación o estudio.

Siguiendo a Ortega (2021), la investigación es cualitativa y las investigaciones que aplican esta metodología tienen el objetivo de recoger y analizar datos no estandarizados ni numéricos, y por lo tanto se han utilizado métodos de recolección de datos cualitativos, por ejemplo, entrevistas, y métodos de análisis de contenido cualitativo.

En resumen, la metodología cualitativa ofrece virtudes significativas al proporcionar una comprensión profunda, contextualizada y rica de los fenómenos sociales. Su flexibilidad, adaptabilidad y capacidad para descubrir nuevas perspectivas y teorías la convierten en una herramienta valiosa en la investigación social.

- Escenario:

Este TFG se ha trabajado en Miralbuena el cual es un barrio español situado en el oeste de la ciudad de Zaragoza, en la comunidad autónoma de Aragón. Según el INE, Instituto Nacional Estadística, posee una población de 12716 habitantes, siendo uno de los barrios más jóvenes de la ciudad.

A pesar de que la investigación ha sido realizada en el barrio Miralbuena, como se ha expuesto en el anterior párrafo, los resultados obtenidos y las propuestas que están expuestas al final del proyecto no sólo son para dicho barrio o las personas participantes, sino que los resultados son una muestra representativa de toda la población perteneciente al colectivo de la tercera edad en España. El hecho de que los participantes pertenezcan al mismo barrio no significa que los resultados obtenidos en la investigación únicamente los reflejen a ellos, sino a todo su colectivo.

Debido a que la población *target* de esta investigación es compleja de localizar, se ha decidido localizar un clúster con este tipo de población, para así optimizar el tiempo y los recursos. En relación con la representatividad de para la generalización de los resultados obtenidos, no se ha detectado una casuística diferencial que pudiera hacer pensar que hay una variante dentro de la problemática general.

Por consiguiente, se entiende que los trazos que se analizan sobre lo que dicen los informantes puede extrapolarse, sin ningún tipo de problemática epistemológica, a este colectivo tanto a nivel aragonés como a nivel estatal.

- Participantes:

De acuerdo con Craig (2006), el periodo de la vejez comienza a los 60 años de edad y puede abarcar unos 40 años. Por lo tanto, se ha trabajado con hombres y mujeres de a partir de los 60 años como edad mínima y 80 de edad máxima, ya que es la edad mínima que hay que tener para acceder a la actividad del "Taller Refuerzo Memoria para Personas Mayores". Todos los participantes viven en el barrio de Miralbueno y hay una mayoría de mujeres en la actividad y por consiguiente de usuarias participantes.

- Técnicas y/o instrumentos de recolección de datos:

Se utilizó la técnica de entrevista, consiste en una reunión para conversar e intercambiar información entre el entrevistador y el entrevistado (Martorell et al., 1997). Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas, donde los temas de interés fueron la percepción de la soledad, sus situaciones individuales si poseen dependencia, como estos dos conceptos pueden interconectarse y afectar a las personas adultas mayores, los factores que influyen en la soledad, es decir, dispersión de los hijos, relaciones interpersonales, viudez, actividad laboral y jubilación, salud, dependencia económica, apoyo del gobierno, relaciones interpersonales, y dependencia física y emocional.

La aplicación de esta técnica permitió conocer de manera cercana la situación de los participantes y su percepción con la soledad y los aspectos involucrados en la misma.

Para la recolección de esta información se pidió ayuda a la monitora de la actividad, ya que las entrevistas se realizaron durante su hora de clase el día 30 de Febrero y como parte de las consideraciones éticas, se llevó a cabo un consentimiento informado, en el cual las personas aceptaban participar en el trabajo de investigación. Además, se recalcó la total confidencialidad y anonimato.

Se ha trabajado con personas de ambos sexos, la mayoría mujeres; con diversos estados civiles, aunque la mayoría casados/as, seguido de viudos/as y solteros/as. El rango de edad fue a partir de los 65 años a los 80 años, siendo la franja de los 70 la predominante. El nivel académico es principalmente primaria y el género predominante es el femenino.

A continuación, se describe a detalle la información proporcionada gracias a las entrevistas realizadas. Para empezar la investigación se ha realizado a un total de veintiocho personas que han deseado participar de forma voluntaria y anónima. Hay un claro predominio de mujeres participantes y usuarias de la actividad siendo unas veinticinco mujeres en comparación a los tres hombres participantes.

En cuanto al estado civil se ha dividido en tres categorías: casadas/os, viudas/os y solteras/os. En la primera categoría hay un total de diecisiete personas que están casadas/os siendo por consiguiente el estado civil predominante. En cambio, sólo hay nueve personas viudas/os y dos mujeres solteras.

Por último, hay que destacar que, de las veintiocho personas, veinte no están en situación de dependencia. Tras la investigación se ha llegado a la curiosa conclusión de que tres de los usuarios o están o desean comenzar con el proceso para obtener la dependencia o saber si podrían estar en situación de dependencia. Sólo hay cinco personas que sí están en situación de dependencia. El grado predominante es el Grado 1 habiendo cuatro de los cinco usuarios con dependencia, siendo sólo el restante el que posee Grado 2.

En el siguiente cuadro se reflejan más visualmente los resultados anteriormente explicados de las entrevistas realizadas.

Entrevistas Realizadas	28
Género	<ul style="list-style-type: none"> ● Mujeres: 25 ● Hombres: 3
Estado Civil	<ul style="list-style-type: none"> ● Casadas/os: 17 ● Viudas/os: 9 ● Solteras: 2
Nivel Académico	Educación Primaria
Situación de Dependencia	<ul style="list-style-type: none"> ● Grado I: 4 ● Grado II: 1 ● Grado III: 0

7. RESULTADOS

A continuación, se explican los resultados que se han obtenido de la investigación.

7.1. Percepción de la Soledad y la Vejez: Diferencias y Perspectivas:

Para comenzar, la mayoría de los participantes opinaban que la soledad significa estar aislados físicamente y/o no compartir el hogar con otras personas, especialmente miembros familiares.

“La soledad para mi es algo muy malo. Desde que murió mi marido y vivo sola me siento así, y estoy triste. No creo superarlo nunca”

La opinión acerca de este concepto es negativa y no deseada, sólo dos de los participantes opinan que la soledad no es necesariamente algo malo ya que la dedican a su cuidado personal y sus propias necesidades.

“La soledad es muy buena cuando es elegida, claro. Puedo hacer lo que quiera, salir con mis amigas y dedicarme tiempo a mí misma”.

7.2. Impacto de la Pérdida: Soledad No Deseada en Viudas y Viudos:

Aquellas personas que viven solas y son viudas suelen tener una mayor percepción de soledad no deseada, en cambio sí están casadas o solteras no suelen sentirse solas. En este punto es

interesante destacar la diferente percepción entre mujeres y hombres viudos ya que las mujeres que han perdido a sus parejas visualizan la soledad de forma negativa relacionando al dolor que sienten al haber perdido a sus parejas y a que debido a esta ausencia no pueden desenvolverse en la sociedad de igual manera, teniendo un vacío constante, a diferencia de los hombres viudos que aunque sienten soledad lo relacionan a la falta de tener una compañera que les ayude en su día a día.

“Cuando mi mujer vivía tenía más apoyo y ayuda. Ahora todo lo tengo que hacer yo y como me hago mayor hay cosas que me cuestan más”.

La mayoría de los usuarios no están en situación de dependencia, pero según sus dificultades en las actividades diarias opinan que podrían estarlo y que deberían ponerse en contacto con sus trabajadoras sociales para valorarlo. Hay un caso en el que la participante está en proceso y aquellos que están en situación de dependencia se encuentran primordialmente en un Grado I.

“No sé si tengo dependencia porque todavía me falta pasar por el especialista”.

Como se puede ver la experiencia de la soledad varía considerablemente entre las personas mayores, especialmente cuando se trata de aquellos que están casados en comparación con aquellas que son viudas y/o solteras.

7.3. Matrimonio y Soledad: El Papel del Acompañamiento en la Vejez:

La dinámica del matrimonio, que ha sido moldeada por años de compañerismo y apoyo mutuo, tiende a mitigar los temores asociados con la soledad de manera única.

Para muchas parejas mayores, la presencia continua del cónyuge proporciona una sensación de seguridad y consuelo que actúa como un amortiguador contra la soledad y dependencia. A través de los altibajos de la vida, han aprendido a depender el uno del otro, compartiendo no solo el espacio físico, sino también el emocional. En este contexto, la idea de enfrentarse solos al mundo puede parecer menos aterradora, ya que tienen a su compañero de vida como una fuente constante de apoyo.

Por otro lado, las personas mayores viudas se encuentran en una posición notablemente diferente. La pérdida de su pareja significa la ruptura de una conexión profunda y significativa, dejándolos enfrentándose a la soledad de una manera mucho más cruda y dolorosa. La sensación de vacío que acompaña la ausencia del cónyuge puede ser abrumadora y, muchas viudas experimentan una profunda sensación de pérdida y desolación. La soledad, para ellas, se presenta como un recordatorio constante de lo que una vez tuvieron y ahora les falta, generando sentimientos de nostalgia y anhelo, y por consiguiente empeorando su calidad de vida.

A pesar de esto anterior, hay que destacar que las personas mayores viudas, en su mayoría mujeres, tienden a ver la soledad no deseada de manera negativa, experimentando sentimientos de pérdida y desolación debido a la ausencia de su pareja, como se ha explicado en el anterior párrafo, pero los viudos hombres pueden no visualizar la soledad de manera tan negativa, y no necesariamente relacionando sus sentimientos negativos y dolencias por la ausencia de sus fallecidas parejas. Y muestran una mayor capacidad de continuar con su vida y de verla un tanto más positiva.

También hay que destacar, que las personas mayores solteras a menudo tienen una perspectiva distinta sobre la soledad. Aunque pueden temer la idea de envejecer solas y enfrentarse a la vida sin un compañero, teniendo que pasar por situaciones de dependencia sin compañía ni apoyo íntimo, también están más preparadas para hacer frente a la soledad no deseada. A lo largo de sus vidas, han aprendido a ser autosuficientes y a encontrar alegría en actividades independientes. Si bien la idea de estar solas puede generar ansiedad, también están más dispuestas a buscar nuevas conexiones y construir redes de apoyo fuera del ámbito romántico.

“Estar sola no me da miedo, pero sentirme en soledad sí. Son cosas diferentes. Como tengo amigas y cosas que hacer nunca me siento sola. Nunca me quedo quieta”.

Profundizando en esto último, las viudas de la tercera edad enfrentan la soledad con un peso adicional debido a la pérdida de su pareja, lo que las lleva a experimentar sentimientos intensos de vacío y pérdida. La ausencia de su cónyuge actúa como un recordatorio constante de lo que una vez tuvieron, lo que puede generar una sensación de desolación y nostalgia profunda. Esta conexión emocional previa con su pareja intensifica la sensación de soledad y puede llevarlas a percibir la vida sin su compañero como insoportable.

“Lo peor que a mí me pudo ocurrir es que muriese mi marido. Desde entonces estoy sola”.

Las personas mayores solteras pueden temer la idea de envejecer sin compañía, provocándoles también un sentimiento de soledad, pero están más preparadas para enfrentar la soledad de manera diferente. Además, es más probable que desarrollen redes de apoyo social fuera del ámbito romántico, lo que les proporciona una sensación de comunidad y conexión.

En la investigación, y ya que se está profundizando en el colectivo de mujeres mayores solteras, hay una clara diferencia entre las dos participantes solteras usuarias de la investigación ya que una es soltera por elección de propia y la otra ha terminado soltera por circunstancias de la vida, y debido a esto, aunque coinciden en lo anteriormente explicado, se pueden analizar ciertas diferencias:

1. Mujer mayor soltera por elección:

- Ha elegido conscientemente permanecer soltera a lo largo de su vida y por consiguiente tiene una actitud positiva hacia la soledad. Ha construido una vida independiente y ha aprendido a encontrar satisfacción en actividad y relaciones con diversas personas. Para ella, la soledad es una elección consciente y no necesariamente asociada con sentimiento de pérdida, vacío o amenaza.
- Posee una red de apoyo amplia y diversa, que incluye amigos, familiares y actividades comunitarias. Dicha red actúa como amortiguador contra la soledad no deseada, ya que tiene múltiples fuentes de conexión y compañerismo.
- La soledad es más una experiencia de tranquilidad y autodescubrimiento que un sentimiento de aislamiento, pudiendo así aprovechar el tiempo a solas para intereses personales, explorar nuevas pasiones y profundizar su conexión consigo misma.

“Me encanta regresar a mi casa y escuchar el silencio. Es muy relajante”.

2. Mujer mayor soltera por circunstancias:

- Debido a circunstancias de la vida experimenta la soledad de forma un tanto diferente al caso anterior, ya que existe una sensación de fracaso.

“Me habría gustado casarme y formar una familia. Es algo que siempre me ronda por la cabeza”.

- También experimenta una sensación de falta de pertenencia y de no cumplir con las expectativas sociales de tener una pareja, ya que a pesar de que los tiempos cambian estamos hablando de una generación en el que las mujeres solteras eran mal vistas y dicho pensamiento aún perdura en ciertas personas de las generaciones más mayores.
- A pesar de esto, aunque sí que puede estar su vida cargada con algo más de soledad que el caso anterior, ha aprendido a aceptar su situación y a valorar de mayor manera lo que tiene, adquiriendo una mayor fuerza y positivismo en sí misma y su futuro.

7.4. Soledad y Dependencia: Reflexiones de Personas Mayores:

En cuanto al miedo a la dependencia, las mujeres solteras tienen una perspectiva diferente en comparación con las casadas y viudas. En ambos casos, la soltera por elección y la soltera por circunstancias de vida, tienen un respeto a encontrarse en dicha situación, pero no la temen como por ejemplo las viudas, que tienen visiones más negativas ante dicho posible futuro. Por las vivencias y aprendizajes diferentes, este colectivo se ve más preparado para afrontar estar en situación de dependencia y cuentan que ambas, a pesar de no tener parejas románticas, tienen buenas redes de apoyo y por lo tanto no sienten estar solas y sin posibles ayudas para su futuro.

“Si en un futuro necesito ayuda, la pediré. No es algo que me preocupe mucho porque soy consciente de que ocurrirá”.

La diferencia clave entre viudas y solteras, ambos grupos sin compañeros actualmente a diferencia de los/as casados, radica en la naturaleza de sus experiencias vividas. Las primeras han experimentado una relación íntima y profunda con sus parejas, formando familias e historia, lo que hace que la pérdida sea más difícil de sobrellevar y que esto tenga consecuencias negativas en su salud mental lo que de una u otra forma afecta a su rendimiento diario, como por ejemplo salir de sus hogares y relacionarse con otras personas. Esto no solo puede llegar a ser algo negativo para sus mentes sino para sus cuerpos, generando una mayor probabilidad de dolencias físicas y de encontrarse en situaciones de vulnerabilidad e incluso dependencia. Por otro lado, las solteras pueden no haber tenido esa conexión profunda o pueden haber desarrollado estrategias de afrontamiento más efectivas para hacer frente a la soledad.

Es decir, mientras que las viudas enfrentan la soledad con una carga emocional más pesada debido a la pérdida de su pareja, las personas mayores solteras están mejor equipadas para enfrentarla debido a su independencia y capacidad para encontrar satisfacción en otras áreas de la vida.

En resumen, para los casados la presencia constante del cónyuge proporciona un sentido de seguridad que mitiga los temores relacionados con la soledad. En contraste, las viudas a menudo

luchan contra la soledad de una manera más intensa, enfrentando la realidad de la pérdida y la ausencia, y por otro lado las personas de la tercera y cuarta edad solteras están más preparadas para enfrentar la soledad, aunque aún pueden temerla, confiando en su propia fortaleza y capacidad para encontrar significado y conexión en sus vidas.

8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En la actualidad, existe un claro crecimiento activo de individuos mayores a 65 años cuyos hábitos de vida hacen que sean más propensos a desarrollar un grado de dependencia o soledad. Muchas veces los servicios enfocados a este colectivo están basados en su compañía, pero no en su mejora a nivel físico y psicológico.

En el trabajo expuesto anteriormente se ha demostrado la importancia del apoyo familiar en los individuos y sería interesante que futuras investigaciones se le dé más importancia y visibilidad a este proceso ya que es uno de los pilares de apoyo predominantes en la vida de las personas de la tercera edad.

Definir la soledad no es un concepto fácil como se ha expuesto en este trabajo, ya que es concebida desde diferentes visiones. En la presente investigación se ha confirmado que los participantes residentes del barrio de Miralbueno, Zaragoza padecen de soledad tanto física como emocional de forma no deseada.

A pesar de que algunos de ellos tienen visiones positivas acerca de la soledad y la afrontan sin miedo, a rasgos generales el sentimiento predominante entre los participantes es el miedo, sentimiento común en esta etapa de la vida debido al deterioro corporal que las personas experimentan. Lo que suele ayudar a estas personas es que, a pesar de sufrir cambios físicos y emocionales, es mantenerse estables emocionalmente y crear buenas relaciones sociales y familiares. A pesar de que este mensaje es compartido por todos los usuarios parece ser que a la hora de utilizarlo en su día a día suele funcionar de forma correcta a aquellas personas que están acompañadas y que desean continuar hacia delante con sus vidas, y no estancarse con las vivencias del pasado.

Hay que hacer una diferencia entre vivir solos con el sentirse solos; muchas personas a pesar de vivir junto a sus familias se sienten solas, en tanto algunas que viven solas y no se sienten de estas maneras debido a las relaciones interpersonales que mantienen, aunque estos casos son minoritarios.

Tras la investigación, se puede concluir que es de gran importancia promover el envejecimiento activo como estrategia para prevenir la dependencia en las personas mayores. Llegar a la vejez con buena salud es fundamental para mantener la autonomía e independencia en la vida diaria.

La Organización Mundial de la Salud define el envejecimiento activo como “proceso que optimiza la salud, la participación y la seguridad de las personas mayores, permitiéndoles realizar su potencial de bienestar físico, social y mental”.

Existen cinco pilares para promover el envejecimiento activo desde una perspectiva sanitaria:

1. Promoción de la salud y prevención de las enfermedades mediante medidas personalizadas y evaluación del estado funcional.
2. Fomento de la actividad física y el ejercicio regular.
3. Mantenimiento de la salud mental y prevención de problemas cognitivos.
4. Prevención específica de la discapacidad y la dependencia.
5. Promoción y mantenimiento de la participación social y la actividad comunitaria.

Para lograr estos puntos se deben involucrar a los profesionales de la salud y a la comunidad en general. Proporcionando recomendaciones concretas para cada punto, como la realización de actividades preventivas, el ejercicio regular, alimentación saludable, el control de la mediación y la participación en actividades sociales y recreativas. Hay que tener un estilo de vida activo y saludable que permita mantener la autonomía y calidad de vida.

Por lo tanto, y para concluir el trabajo, se han realizado algunas sugerencias específicas para reducir el riesgo de dependencia y mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

1. Promoción de actividades comunitarias: Es muy importante realizar y promover actividades sociales específicamente dirigidas a personas mayores, como el Taller del que se ha obtenido la información durante la investigación. A raíz de esto estaría bien implantar clases o sesiones enfocadas en la psicología para brindar apoyo emocional, especialmente para aquellas personas que tengan sensación de pérdida. Realizar terapias individuales o grupales donde puedan expresar sus sentimientos y hacer frente a la soledad y el duelo.
2. Incentivar el envejecimiento activo: Implementar programas que promuevan el envejecimiento activo, como clases de ejercicio adaptadas a las necesidades de las personas mayores, talleres de cocina saludables y actividades cognitivas para mantener la mente activa.
3. Educación sobre la prevención de la dependencia: La educación es la base de todo y estos colectivos, normalmente vulnerables, desconocen que significa "estar en situación de dependencia". Por consiguiente, se podría incluir en ayuntamientos y centros cívicos charlas informativas, talleres educativos y materiales impresos que aborden temas como la importancia del ejercicio regular, alimentación saludable y mantenimiento de la salud mental. En este apartado también se podría incluir el apoyo en la gestión de la dependencia. Como se ha comentado anteriormente, muchos de los usuarios entrevistados desconocían que era este concepto lo que supone un problema. Habría que hacer un llamamiento a los miembros de sanidad y trabajadores sociales para aumentar los apoyos y asesoramientos sobre los procesos de valoración del grado de dependencia.
4. Fomento del voluntariado intergeneracional: Promover la participación de personas mayores en actividades de voluntariado donde puedan compartir sus conocimientos y experiencias con jóvenes del barrio, al mismo tiempo que se sientan valorados y útiles.

Para abordar la fragilidad y la dependencia en personas mayores en situación de soledad, es importante adoptar un enfoque integral que abarque tanto aspectos físicos como sociales y emocionales. A continuación, algunas sugerencias específicas:

1. Apoyo Familiar y Social: Fomentar la participación activador de la familia en el cuidado de las personas mayores implementando programas de apoyo familiar que proporcionen recursos para los cuidadores, promoviendo redes de apoyo sociales mediante la creación de grupos comunitarios, actividades sociales y sensibilizando sobre la importancia del apoyo emocional con campañas de concienciación y programas educativos que destaquen los efectos positivos del contacto humano en la salud mental y emocional
2. Actividad Física: Para fomentar estilos de vida activo se deberían realizar programas de ejercicios adaptados a las necesidades de cada individuo, así como la promoción de actividades al aire libre. Integrar la actividad física en la vida diaria de las personas mayores mediante la promoción de pequeñas caminatas y ejercicios de estiramiento. Sería ideal poder brindar a las personas mayores mayor acceso a instalaciones y recursos adecuados para las prácticas de ejercicio como gimnasios adaptados, clases de yoga o piscinas para la natación.
3. Apoyo a la Movilidad: Implementar medidas para mejorar la accesibilidad en entornos comunitarios para facilitar la movilidad y reducir el riesgo de lesiones. Proporcionar recursos de transportes adaptados y promover la conciencia sobre la importancia de mantener la movilidad en la vida diaria mediante campañas de educación y sensibilización dirigidas tanto a las personas mayores como a sus cuidadores y familiares.
4. Abordar la Soledad: Aumentar el desarrollo de programas específicos para abordar la soledad en las personas mayores, incluyendo actividades sociales, grupos de apoyo y visitas domiciliarias regulares. Para la realización de este punto se debería empezar por hacer un cambio en la propia Ley de Dependencia para cambiar en parte su enfoque y hacerla más humanista, centrarla más en los individuos y sus sentimientos y no meramente en la parte física, para reducir la soledad. Promover la participación en actividades comunitarias y eventos sociales que fomenten la interacción social y el establecimiento de nuevas relaciones con el fin de combatir el aislamiento y la soledad.

Al implementar estas estrategias es fundamental tener en cuenta las necesidades individuales, así como trabajar en colaboración con profesionales de la salud, organizaciones comunitarias y los propios familiares para brindar un apoyo integral y personalizado.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abellán García, A., Ayala García, A., Pérez Díaz, J., & Pujol Rodríguez, R. (2017). Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos.
- Abizanda, P., Romero, L., & Luengo, C. (2005). Uso apropiado del término fragilidad. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 58-59.
- Alpizar Jiménez, I. (2011). Jubilación y calidad de vida en la edad adulta mayor.
- Brown, C., MSPH, & K.L. Flood, K. (2013). Mobility Limitation in the Older Patient A Clinical Review. *JAMA*, 310(11), 1168 - 1177.
- Canga, A., Vivar, C. G., & Naval, C. (2011). Dependencia y familia cuidadora: reflexiones para un abordaje familiar. *Anales. Sistema sanitario de Navarra*, 34(3), 463-469.
- Cantin, A. (2022). Conceptos básicos: Trabajo Social con colectivos en situación de Dependencia.
- Csordas, Thomas J. (2000). Embodiment and experience: the existential ground of culture and self. Cambridge: Cambridge University Press.
- Craig, G. (2006). Desarrollo Psicológico. México: Pearson
- ¿DECLIVE O REVOLUCIÓN DEMOGRÁFICA? F.C. Billari y G. Dalla Zuanna. Colección Monografías nº 272. Centro de Investigaciones Sociológicas; Madrid, 2010.
- De Enciclopedia, E. (2015, May 1). *Significado de Soledad*. Significados. <https://www.significados.com/soledad/>
- España - Esperanza de vida al nacer. (2023, September 8). Datosmacro.com. <https://datosmacro.expansion.com/demografia/esperanza-vida/espana>
- Galera, E. (2015, January 13). *Te explicamos la definición de dependencia según la ley, haciendo referencia a tipos de dependencia y a la ley de dependencia en sí*. Deusto Salud. <https://www.deustosalud.com/blog/tercera-edad/definicion-dependencia-define-ley-dependencia>
- Gallo Estrada, J., & Molina Mula, J. (2015). Factores que inciden en la soledad residencial de las personas mayores que viven solas. *GEROKOMOS*, 26(1), 3 9.
- Gregori, J. Á., Cuevas, M. E. G., Muñoz, E. O., María, E., García, C., Azofeifa, M. V. Á., ... & Calderón, X. S. (2020). Envejecimiento, fragilidad y dependencia. *Salux: revista de ciencias y humanidades*, 6(9), 27-35.
- Guzmán Castillo, Francisco; Moscoso, Melania & Martín, Mario Toboso (2010). Por qué la Ley de Dependencia no constituye un instrumento para la promoción de la autonomía personal. Zerbitzuan. *Revista de Servicios Sociales*, 48, 43-56.
- Hawkey, L., Thisted, R., & Cacioppo, J. (2009). Loneliness Predicts Reduced Physical Activity: Cross-Sectional & Longitudinal Analyses. *Health Psychology*, 28(3), 354-363.
- i Carrió, F. B. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina clínica*, 119(5), 175-179.

Iglesias de Ussel, J., López Doblas, J., Díaz Conde, M. P., Alemán Bracho, C., Trinidad Requena, A., & Castón Boyer, P. (2001). La soledad en las personas mayores: influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo. Ministerio de trabajo y asuntos sociales.

IMSERSO (2011). Libro Blanco del Envejecimiento Activo. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Secretaría General de Política Social y Consumo.

Jiménez-Aguilera, B., Baillet-Esquivel, L., Ávalas-Pérez, F., & Campos Aragón, L. (2016). Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto. *Atención familiar*, 23(4), 129-133.

Korkeila, J., Lehtinen, V., Bijl, R., Dalgard, O.-S., Kovess, V., Morgan, A., & Salize, H. J. (2003). Establishing a set of mental health indicators for Europe. *Scandinavian Journal of Public Health*(31), 451-459.

Martorell, M., & González, R. (1997). *Entrevista y Consejo Psicológico*. Madrid: Síntesis.

Marcos, Y. P. (2020, July 15). *¿Qué es la tercera edad?* Depencare. <https://www.depencare.com/que-es-la-tercera-edad-caracteristicas>

Ortega, C. (2021, April 3). *¿Qué es la metodología de la investigación?*

Precarias a la deriva (2005). Una huelga de mucho cuidado. Cuatro hipótesis. Recuperado el 9 de abril de 2024 de http://www.sindominio.net/contrapoder/article.php3?id_article=53

Radl, J. (2010). Salida del mercado de trabajo y estratificación social. Los determinantes de la edad de jubilación en España. *Panorama social*, 11, 163-180.

Rogero-García, Jesús (2010). Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

Shvedko, A., Whittaker, A., Thompson, J., & Greig, C. (2018). Physical activity interventions for treatment of social isolation, loneliness or low social support in older adults: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Psychology of sport & exercise*, 34, 128-137.

Toboso Martín, Mario, & Guzmán Castillo, Francisco (2010). Cuerpos, capacidades, exigencias funcionales...y otros lechos de Procusto. *Política y Sociedad*, 47(1), 67-83.

Vinasco, A. S. R. (2021, January 8). *La cuarta edad, una nueva vejez*. Muy Salud. <https://muysalud.com/salud/cuarta-edad-nueva-vejez/>