



Universidad de Valladolid

**TRABAJO FIN DE GRADO EN
TRABAJO SOCIAL**

**“La soledad como problemática social
de las personas mayores de la
Residencia Santa Mónica de
Valladolid”**

Autor/a:

D. Adrián Álvaro Coca

Tutor/a:

D^a. María Teresa Del Álamo Martín

4º Trabajo social-Promoción 2011/2015

RESUMEN:

La actualidad dice que España va camino de ser uno de los países más envejecidos del mundo, por lo que la tercera edad es una realidad muy presente en nuestra sociedad y lo será aún más en un futuro próximo. La baja tasa de natalidad y el aumento de la esperanza de vida son dos de los factores principales para que se dé este aspecto. Este trabajo es una investigación sobre la soledad percibida por 28 residentes de la residencia Santa Mónica. Se utiliza la escala ESTE de Rubio y Pinel. Concluimos que las personas mayores que se encuentran solas ya sea por pérdida de cónyuge o por decisión propia, sienten más soledad que aquellas que disfrutaban aún de su pareja.

PALABRAS CLAVE:

Tercera edad, soledad, etapa vital, cambio, situación social, sociedad, escala ESTE, estado civil, realidad.

ABSTRACT

Today says that Spain is on track to be one of the more aged countries in the world, so senior citizens is a reality in our society and will be even more in the near future. The low birth rate and increasing life expectancy are two of the main factors for this aspect is given. This work is an investigation into solitude perceived by 28 residents of the residence Santa Mónica. Using this scale of Rubio and Pinel. We conclude that the elderly who are alone either for loss of spouse or by choice, feel more loneliness than those who still enjoy your partner.

KEYWORDS:

Elderly, loneliness, vital stage, change, social situation, society, ESTE scale, marital status, reality.

0. ÍNDICE

1. Introducción y justificación.....	6
2. Concepto, factores, consecuencias, variables y modos de medición.....	8
2.1 Concepto.....	8
2.2 Factores.....	11
2.3 Consecuencias.....	12
2.4 Variables.....	13
2.5 Modos de medición.....	16
3. Objetivos e hipótesis.....	19
4. Metodología.....	20
4.1 Participantes.....	20
4.2 Variables de estudio.....	20
4.3 Instrumentos.....	21
4.4 Procedimiento.....	23
5. Resultados.....	25
6. Discusión de resultados.....	31
7. Conclusiones.....	36

8. Bibliografía.....	38
9. Anexos.....	40

0.1 ÍNDICE DE GRÁFICAS

1. Porcentaje de hombres y mujeres participantes en el estudio.....	26
2. Media de edad en los participantes.....	27
3. Nivel de soledad social percibida.....	28
4. Soledad social percibida según sexo.....	29
5. Estado civil según sexo del entrevistado.....	30
6. Nivel de soledad social y estado civil.....	31

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La tercera edad es una etapa vital muy compleja. El envejecimiento progresivo es algo natural del ser humano (Baltes, 1987; Powel, 2001; Magnus, 2008 en Sánchez, 2009). Cada uno lo vive con diferente intensidad. En la actualidad, la población española se encuentra en una situación de incremento muy acusado de personas en este periodo de su vida, donde el porcentaje de individuos aquí presentes se estima en torno al 18%. Según el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), en el año 2050 el porcentaje será de un 30% aproximadamente. Dicho ascenso se puede atribuir al incremento del nivel de vida, a la escasa mortalidad infantil y a los numerosos avances médicos.

El mayor número de años que vive una persona es un dato muy positivo, pero a la vez trae consigo connotaciones negativas ya que muchas de estas personas no aceptan o no viven su vida con la misma intensidad al llegar a estas edades. Esto se puede deber al incremento de su tiempo libre y su difícil gestión, a la pérdida de algunas capacidades físicas o psíquicas, o también a una posible situación de soledad.

Por todo esto, ya que estamos hablando de un hecho con mucha presencia en la actualidad y aún más presencia en un futuro, este estudio se va a centrar en cómo viven las personas de la tercera edad la situación de soledad y qué alteraciones provoca ésta en su vida, todo ello debido a que algunos autores consideran dicha situación como la enfermedad más devastadora de la vejez, (Toumier 1961; Yarnoz, 2008 en Acosta, 2011). Esta experiencia está presente en diferentes edades, pero en la última etapa de la vida existe más riesgo de padecerla debido a situaciones como la lejanía geográfica de los seres queridos, la jubilación, la viudedad y el aumento de la dependencia.

Más concretamente, el estudio tendrá como centro de la observación la población usuaria de una de las residencias existentes en la ciudad de Valladolid, la

residencia Santa Mónica, donde conviven ancianos en estancia temporal y estancia permanente.

En primer lugar constatamos una introducción y una justificación en la que detallamos cual es la naturaleza de nuestra inquietud por indagar en este asunto debido a que lo consideramos de una actualidad máxima. Tras esto consideramos oportuno hacer una aproximación conceptual hacia el término “soledad” y acercarnos a los factores de riesgo que pueden influir en su aparición, junto con las consecuencias, variables y modos de estudio de la problemática. En tercer lugar explicamos cual es el objetivo que buscamos tras la realización del estudio, junto con la hipótesis que trataremos de reafirmar o rechazar. Posteriormente mostramos cuál es la metodología utilizada. Dentro de este apartado hemos incluido los participantes del estudio (con los criterios de inclusión y exclusión empleados en la elección de la población objetivo), las variables de estudio dentro de la población objetivo, los instrumentos en la adquisición de datos en el estudio de campo, y el procedimiento llevado a cabo. Una vez recogidos los datos, mostramos cuales han sido los resultados y hacemos una comparación con datos de otros estudios realizados sobre el tema. Finalmente, exponemos la conclusión a la que he llegado tras la realización del estudio y del Trabajo de fin de grado en general.

2. CONCEPTO, FACTORES, CONSECUENCIAS, VARIABLES Y MEDICIÓN DE LA SOLEDAD

2.1 Concepto de soledad

El progreso demográfico a nivel mundial hace que observemos una clara tendencia de disminución en población adulta y juvenil, y un aumento muy prolongado en el número de población mayor. Este fenómeno se está produciendo fundamentalmente en Europa, pero con un especial énfasis en España. Tanto es así, que según algunas previsiones como la que estima la Organización de Naciones Unidas (ONU, 2012), en torno al año 2050 nuestro país será el más envejecido del mundo.

Evolución de la población y estructura por edades según las proyecciones calculadas a partir del Censo de Población 2010. Instituto Nacional de Estadística

Año	Población	Crecimiento	Porcentaje de población por grupos de edad		
			0-15 años	16-64- años	65 años o más
2010	45.686.498	-	15.96	66.68	17.36
2015	47.454.500	1.768.002	16.36	65.30	18.34
2020	48.928.691	1.474.191	15.95	64.58	19.47
2025	50.081.151	1.152.460	15.01	63.77	21.22
2030	51.068.904	987.753	14.06	62.50	23.44
2035	51.963.530	894.626	13.59	60.60	25.81
2040	52.659.953	696.423	13.69	58.10	28.21
2045	53.071.375	411.422	13.98	55.81	30.21
2050	53.147.442	76.067	14.13	55.03	30.85

A lo largo de los años, los estudios psicológicos en las personas se han preocupado más de su infelicidad que de su felicidad o eudemonismo que es el modo de ser que tienen para alcanzar esa felicidad, no teniendo en cuenta que un individuo feliz tiene una mejor apreciación de sí mismo y de su entorno, y controla mejor sus habilidades sociales.

Autores como Lara (1998), que se acerca al envejecimiento de las personas atendiendo en especial al apoyo social deficitario y soledad, Sánchez-Delgado (1990) que nos dice cómo influye el Trabajo social en la etapa de la vejez, o Azpiazu (2002), que nos muestra algunos factores que afectan a la salud social, mental y física de las personas mayores, los tres en Pastor (2005) se han preocupado por investigar cómo afecta la soledad a las personas en una edad avanzada. Conviene acercarnos al término de soledad y qué es lo que entendemos cuando nos referimos a él. La soledad es un término muy difícil de definir debido a que es un macroconcepto que atiende tanto aspectos físicos como sociales. Además cuenta con numerosas concepciones que dependen de la época, cultura, historia de vida y estilo de vida que lleva cada ser humano, como indican Rubio y Pinel (2009). Casi todas estas concepciones suelen tener una visión negativa. Algunas de las que más se acercan a nuestro punto de vista y a lo que entendemos por soledad hacen referencia a *“malestar emocional que se genera cuando un individuo se siente incomprendido y rechazado por otro o cuando éste carece de compañía para la realización de aquellas actividades que desea, sean éstas, físicas, intelectuales o emocionales.”*, Rubio y Pinel(2009), o *“cuando las relaciones sociales logradas por una persona son menos numerosas o satisfactorias de lo que ella desearía”*, Hernández (2011).

El concepto de soledad se puede analizar desde dos visiones, una objetiva que implica el vivir solo, y otra subjetiva que implica el sentirse solo. Es decir, uno puede vivir o estar solo, aislado, marginado y no percibir un sentimiento de soledad por ser una elección personal de su vida, y al contrario, se puede estar acompañado, totalmente integrado pero puede que exista ese sentimiento provocando en el sujeto malestar. En el primer caso se hace referencia a una carencia en las relaciones sociales, en la red social y en su soporte aludiendo a la dimensión social del concepto de soledad, mientras que en el segundo caso se atiende a un déficit de cercanía o intimidad con otro (individuo).

Unido a esto, Weiss (1973) en Acosta (2011), nos muestra una distinción entre soledad social y soledad emocional. La soledad social se entiende como la existencia de una carencia de relaciones de afiliación, que provoca un sentimiento de marginación, aburrimento, aislamiento, sensación de no ser aceptados por otros, y sensación de no pertenecer a un grupo o red social. La soledad emocional hace alusión a la carencia de relaciones de apego, entendidas como aquellas relaciones especialmente significativas para la persona que le proporcionan una base segura de apoyo. Es este tipo de soledad la asociada al sentimiento de vacío y necesidad por tener a alguien especial con quién compartir la vida (Bowlby, (1982); en Acosta, 2011). Este tipo de soledad es la que se presentará, generalmente, en aquellas personas que manifiesten soledad tras la pérdida de sus cónyuges.

También se puede clasificar la soledad en función de su duración y perspectiva temporal. Young, (1982), en Fernández, Muratori, & Zubieta, (2013) hace una clasificación en función a esto donde distingue tres tipos: En primer lugar, soledad crónica que dura años y la persona se siente incapaz de establecer relaciones sociales satisfactorias. En segundo lugar, soledad situacional que se vincula, generalmente, a situaciones estresantes, como el divorcio o la muerte de la pareja, los padres o los hijos. En tercer lugar, soledad transitoria que es la más común y se asocia con brotes breves del sentimiento de soledad.

Tras observar varias definiciones del concepto estudiado podemos extraer una pequeña conclusión. Muchos de los autores que tratan esta problemática entre los que destacamos a Sullivan, Young, Peplau y Perlman, Weiss o Rubio y Pinel entre otros, creen que la soledad implica carencias en las relaciones sociales, que depende de las expectativas y percepciones de cada individuo, y que es una sensación muy desagradable. Sin embargo, tras producirse una reestructuración adaptativa fomentada por la realidad que implica el sentimiento de soledad, en algunas ocasiones las personas en esas circunstancias desarrollan de una manera

muy notoria la habilidad de la creatividad. Cada autor se acerca más hacia un aspecto u otro dependiendo del enfoque al que se ciñe o su modo de pensar.

En relación con la tercera edad, la pérdida de la actividad física y el aislamiento social, generan en la mayoría de las ocasiones, carencias funcionales y físicas que terminan traduciéndose en un deterioro cognitivo y de la salud en general.

2.2 Factores que provocan la situación de soledad

Algunos factores individuales que pueden provocar la situación de soledad pueden ser:

- Pérdida de jerarquía social: Hace que los individuos se alejen del proceso productivo y pasen a formar parte de un grupo social distinto, cuya rentabilidad desciende y que se encuentra atado a otra normativa.
- Pérdida económica: Llegar a la jubilación no supone automáticamente pasar a tener una posición económica mala, pero en muchas ocasiones los ingresos que se reciben se perciben como insuficientes.
- Pérdida de allegados: No contar ya con ciertos amigos y ciertas personas de la familia que van falleciendo hace que inevitablemente se tenga una cierta situación de soledad.
- Pérdida de salud: Es obvio que nuestro cuerpo y organismo no es el mismo, y en esta etapa es cuando nos van apareciendo generalmente más problemas de salud que hace que no nos sintamos bien con nosotros mismos.

2.3 Consecuencias de la soledad

Este hecho tan actual hace que nos planteemos cuales pueden ser las efectos o consecuencias que esto puede conllevar, específicamente centrándonos en la soledad como núcleo de la investigación y qué implicaciones tiene en la intervención social con este colectivo. Podemos distinguir estos efectos en tres ámbitos:

- En el plano físico, sabemos que tiene un efecto debilitador del sistema inmunológico, lo cual aumenta el riesgo de padecer ciertas enfermedades. Se asocia, además, al dolor de cabeza, a algunos problemas de corazón y digestivos, a dificultades para dormir, etc. Sabemos también que aumenta el uso de los servicios médicos en función de la soledad, especialmente en atención primaria.
- En el plano psicológico, la soledad influye en la baja autoestima, y puede ser la antesala de otros problemas como la depresión o el alcoholismo, como también de ideas suicidas. La pérdida de la pareja especialmente es la que más aumenta la posibilidad de desencadenar trastornos psicopatológicos como la depresión o la neurosis.
- En el plano social, la soledad tiene repercusiones sobre algunas conductas, como el uso desmedido de los teléfonos por parte de quienes buscan una forma de compañía a través de este aparato o la pertenencia a sectas, es decir, involucrarse en este tipo de grupos sociales porque les facilitan la entrada en ellos y les inculcan un fuerte sentimiento de pertenencia con el fin de conseguir algo suyo a cambio.

2.4 Variables estudiadas por diferentes investigaciones

La mayoría de las investigaciones que han tratado el tema de la soledad han estudiado las siguientes variables:

Variables sociodemográficas

- **Edad:** En las investigaciones realizadas con personas mayores, generalmente una edad más avanzada se ha asociado con un mayor nivel de soledad (de Jong Gierveld, 1987 en Sánchez, 1990).

Según algunos estudios la relación edad- soledad está más ligada a la pérdida de capacidades físicas, sensoriales y de compañía, generalmente de cónyuges, que a la realidad de una edad muy avanzada. Desde el enfoque cognitivo se ha dado una explicación del aumento de la soledad en la última etapa de la vida basada en expectativas más altas de tener relaciones emocionalmente cercanas junto con una disminución de los contactos sociales más dispersos (Perlman, 2004 en Fernández & Ramírez, 2001). Hay que tener en cuenta que las personas mayores dan una mayor importancia a las relaciones sociales que sienten como más cercanas debido a que perciben el tiempo de éstas como más limitado, esto hace que cuando esa cercanía emocional no existe las personas mayores se sientan más solas.

- **Sexo:** Al igual que ocurre con la edad no existe una relación muy marcada entre sexo y soledad. La explicación para explicar esta relación está muy condicionada por las diferentes circunstancias vitales de hombres y mujeres.

Debido a que las mujeres presentan una mayor esperanza de vida, es más probable que sean viudas, vivan solas y muestren un peor estado de salud

en edades muy avanzadas. Es por esto por lo que se puede asociar esta variable con la soledad. (Holmén y cols, 1992 en Fernández & Ramírez, 2001). Junto a esto, hay que tener en cuenta que debido a la concepción social que existe, es muy probable que las mujeres asuman el rol de cuidadoras cuando el marido muestra un deterioro en la salud, cosa que puede llevarles a tener también ese sentimiento de soledad. También hay autores que consideran que el hombre al centrarse más en la relación personal con la pareja y tener menos relaciones sociales cercanas, cuando se quedan viudos muestran un mayor sentimiento de soledad. Esta afirmación es bastante cuestionable ya que desde mi punto de vista el mantener más o menos relaciones sociales cercanas no depende del sexo del individuo, sino de la personalidad de esta independientemente si es hombre o mujer.

- Estado civil: La existencia de una pareja es un factor de gran relevancia en el bienestar físico y psicológico de las personas, y más concretamente en el de las personas mayores.

Las personas con pareja tienen menos riesgo de sentir soledad que las personas viudas, solteras o separadas. De estos tres grupos, las personas viudas son las más propensas a padecer este sentimiento. Esto se debe a que con la viudedad se pierde una relación personal muy significativa y además cambian las relaciones con otros individuos ya que la pareja es un determinante importante del tamaño y la composición de la red social existente (Dykstra, 1995 en Sequeira, 2011). De otro de los tres grupos anteriores, el de las personas solteras, se puede decir que el sentimiento de soledad es menor, y esto se explica porque al encontrarse así durante toda su etapa vital se han adaptado a esa situación y han desarrollado las relaciones personales significativas con otros familiares y amigos desde otra perspectiva. Añadido a esto, decir que aunque las personas solteras se muestren satisfechas también revelan como aspectos negativos la falta de

apoyo social, los cuidados y la compañía, aspectos que pueden considerarse indicios de soledad.

Variables de condiciones físicas y mentales

- Estado físico y autonomía personal: Es innegociable relacionar el estado de salud física a la soledad. El poseer un estado de salud física muy deteriorado y el empeoramiento que se va observando, por parte de la propia persona con la edad, hacen que la posibilidad de que aparezca una situación de soledad aumente. El observar de forma paulatina que se van perdiendo muchas facultades para la propia autonomía personal provoca un sentimiento de malestar que puede ser relacionado con la falta de apoyo o el aislamiento social, y por lo tanto con la soledad.

Pero no sólo existe relación en esa dirección, es una relación recíproca, ya que el padecer el sentimiento de soledad hace que sea muy probable que esto repercuta de manera muy notoria disminuyendo la salud. Junto a esto decir que la soledad también está unida a comportamientos poco saludables como el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas y a una dieta muy pobre.

- Salud mental: En muchas ocasiones, se relaciona la soledad con problemas como la ansiedad o la depresión. Pero no hay que confundir un fenómeno con otro. La soledad suele nacer por la ausencia de relaciones por parte de una persona, y por su parte, la depresión es un aspecto más complejo aun que tiene puntos en común con la soledad pero que abarca más ámbitos. La soledad puede implicar un síntoma de depresión y viceversa (ambos son indicadores de bienestar). En lo que nos incumbe, decir que en edades muy avanzadas los síntomas de depresión y soledad pueden originar consecuencias muy negativas en los individuos (Stek, Vinkers, Beekman, 2005 en Sequeira, 2011).

- **Desnutrición:** En muchas ocasiones las personas mayores suelen estar mal alimentadas. Esto hace que en muchas ocasiones les aparezcan nuevas enfermedades o que las enfermedades que puedan padecer se agraven de forma notoria. La desnutrición cuando se da en personas mayores se asocia en la mayoría de los casos con un estado de soledad. Algunos estudios como el Plan de Educación Nutricional por el Farmacéutico a las Personas Mayores de 65 años (Plenufar) analizan los hábitos de éstos a través de entrevistas y analizan los resultados.

2.5 Medición de la soledad en diferentes estudios

Encontramos en la literatura científica diferentes escalas cuyo objetivo es medir la soledad de las personas. En muchas investigaciones se pregunta de forma directa a los sujetos por su nivel de soledad. Tiene su lógica ya que las preguntas directas pueden ser más adecuadas para medir la soledad en personas mayores debido a que son más simples y fáciles de comprender.

Pero también hay que tener en cuenta que este tipo de preguntas tiene sus contradicciones debido a que es posible que las personas intenten hacer ver un nivel de soledad menor que el que realmente tienen. Esto es posible porque en muchas ocasiones no se acepta muy bien socialmente esta problemática. Unido a esto, este tipo de preguntas da por supuesto que todas las personas tienen la misma concepción sobre la soledad algo que puede mostrarnos resultados alejados de la realidad.

Además de este método de recopilación de datos, existen escalas formadas por varios ítems que sirven para medir diferentes aspectos abarcables dentro del concepto de soledad. Es muy común que en muchos de los ítems aparezca la palabra “soledad” ya que así es más difícil que la respuesta se acerque más a la

deseabilidad personal que a la propia realidad. Las escalas existentes se pueden clasificar en *unidimensionales* y en *multidimensionales*.

Por un lado, las escalas unidimensionales se caracterizan por entender la soledad como un fenómeno único que solo varía en intensidad, es decir, que a pesar de que cambien sus causas y características lo único que cambia es la intensidad con la que se percibe. Por otro lado, las escalas multidimensionales se caracterizan por estar compuestas por numerosos aspectos. Suelen tomar como punto inicial la distinción que hizo el famoso Weiss en 1973 entre soledad emocional y soledad social. Entre estas escalas multidimensionales podemos destacar:

- La escala UCLA hace alusión a la soledad como un concepto multidimensional. En su última versión se trato de facilitar la redacción de los ítems y la forma de responder para simplificar su medición en poblaciones con un nivel educativo bajo como pueden ser las personas mayores (Russel, 1996 en Cala, Cerquera, & Galvis, 2013).
- La escala de soledad fue construida por (Jong Gierveld y Kamphuis 1985 en Cala, Cerquera, & Galvis, 2013) y ha sido la más utilizada en la zona europea con población mayor. Esta escala hace alusión a su vez a dos subescalas; la emocional y la social. La puntuación de las dos subescalas se puede interpretar de manera independiente.
- La escala SESLA hace alusión a 37 ítems divididos en tres subescalas que son las relaciones de pareja, las relaciones familiares y las relaciones con los amigos. Las relaciones con pareja y familiares se contextualizarían con el concepto de soledad emocional y las relaciones con los amigos con el concepto de soledad social. Existe una versión de 15 ítems que se encuentra muy próxima a la versión original.

Han surgido algunas contradicciones también para el uso de estas escalas. Debido a que es una forma indirecta de medir la soledad puede que los resultados obtenidos no tengan la validez esperada. Otra de las contradicciones se encuentra en la manera de concebir el término de soledad, ya que es muy posible que los inventores de las escalas tengan una concepción distinta sobre dicho vocablo a la que pueda tener la sociedad en general, y las personas mayores en particular. Como última dificultad con la que se encuentran estas escalas de medición debemos señalar la frontera en la que establecemos el punto para diferenciar las personas que se sienten solas de las que no lo están. Ésta frontera puede resultar un tanto imparcial y para evitar esto se utilizan instrumentos estandarizados que hacen posible la comparación entre los resultados de los distintos estudios.

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El objetivo general del estudio es comprender el sentimiento de soledad en la etapa vital de la tercera edad y las reacciones que éste puede provocar en los individuos.

Para lograr este objetivo más amplio hemos planteado algunos objetivos específicos. Como primer objetivo específico queremos comparar los resultados obtenidos tras el análisis de los individuos que continúan disfrutando de su cónyuge de los que ya lo han perdido. Como segundo objetivo específico queremos comparar los resultados obtenidos tras el análisis de los individuos que pertenecen al sexo masculino con los que pertenecen al sexo femenino. Como otro objetivo específico queremos relacionar el sentimiento de soledad y el padecer alguna enfermedad.

Creemos que la problemática a estudiar (la soledad en la tercera edad) es muy importante desde la perspectiva del Trabajo social debido a que las personas mayores son uno de los sectores más importantes, sino el que más, por su alto porcentaje de individuos en la sociedad, y por lo tanto está muy presente en el quehacer cotidiano de la disciplina.

La hipótesis planteada es la siguiente: Relación existente entre el sentimiento de soledad y la existencia o ausencia del cónyuge.

4. METODOLOGÍA

4.1 Participantes

Se ofreció la posibilidad de participar a personas mayores de 65 años residentes en la Residencia Santa Mónica sin deterioro cognitivo. Se les explicó el objeto y procedimiento de la investigación, garantizando la confidencialidad de los datos y resultados obtenidos.

Entre los 28 participantes, 16 de ellos continuaban casados y unidos a su cónyuge. De los que aún tienen pareja, 10 de ellos son ambos residentes de la propia residencia y los otros 6 restantes reciben visitas diarias por parte de sus cónyuges. De los 12 participantes sin pareja 2 eran solteros, un hombre y una mujer.

4.2 Variables de estudio

Los factores o determinantes que pueden marcar la situación de soledad en la tercera edad pueden ir desde factores del tipo pérdida de seres queridos a factores de tipo mala relación con otros individuos o mal estado de salud. La realidad es que en la mayoría de las ocasiones es una mezcla de ambos tipos de factores la que se dibuja al observar a una persona en esta determinada situación.

Las variables estudiadas fueron:

- Edad.
- Sexo.
- Estado Civil: solteros (incluidos separados y divorciados), casados, viudos.
- Soledad social evaluada con la Escala Este II de Rubio y Pinel.
- Acude al médico: variable cualitativa que toma como valores sí o no.
- Padecer alguna enfermedad: variable cualitativa que toma como valores sí o no.
- Percepción sobre el estado de su propia salud: variable cualitativa que toma como variables sí o no.

4.3 Instrumentos

Se utilizó la escala construida, validada y revisada en 2009 por Rubio y Pinel denominada *Escala Este II*. Es una escala multidimensional que en su nacimiento medía cuatro factores que son la soledad conyugal, la soledad familiar, la soledad existencial y la soledad social. En 2009 fue revisada y se comenzó a centrar casi de manera exclusiva en la Soledad Social y pasó a denominarse *Escala Este II*.

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

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

La puntuación total de la escala oscila entre 0 y 30 puntos y se obtiene mediante la suma de la puntuación de cada uno de los ítems.

La fiabilidad de la escala alcanza valores en el estadístico alfa de Cronbach de 0,66.

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE SOLEDAD SOCIAL			
Lugar: Residencia Santa Mónica		Valladolid	
Nombre entrevistado:(OPCIONAL)			
Edad:(OPCIONAL)			
Estado civil: Viudo/a <input checked="" type="checkbox"/>		Soltero/a <input checked="" type="checkbox"/>	
		Casado/a <input checked="" type="checkbox"/>	
Sexo: Hombre <input checked="" type="checkbox"/>		Mujer <input checked="" type="checkbox"/>	
Factor 1: Percepción del apoyo social			
	Siempre	A veces	Nunca
1. ¿Ud. tiene a alguien con quien puede hablar de sus problemas cotidianos?	0	1	2
2. ¿Cree que hay personas que se preocupan por usted?	0	1	2
3. ¿Tiene amigos o familiares cuando le hacen falta?	0	1	2
4. ¿Siente que no le hacen caso?	2	1	0
5. ¿Se siente triste?	2	1	0
6. ¿Se siente usted solo?	2	1	0
7. ¿Y por la noche, se siente solo?	2	1	0
8. ¿Se siente querido?	0	1	2
Factor 2: Uso de nuevas tecnologías			
	Siempre	A veces	Nunca
9. ¿Utiliza Ud. el teléfono móvil?	0	1	2
10. ¿Utiliza Ud. el ordenador (consola, juegos de la memoria)?	0	1	2
11. ¿Utiliza Ud. Internet?	0	1	2
Factor 3 : Índice de participación social subjetiva			
	Siempre	A veces	Nunca
12. Durante la semana y los fines de semana ¿le llaman otras personas para salir a la calle?	0	1	2
13. ¿Le resulta fácil hacer amigos?	0	1	2
14. ¿Va a algún parque, asociación, hogar del pensionista donde se relacione con otros mayores?	0	1	2
15. ¿Le gusta participar en las actividades de ocio que se organizan en su barrio/pueblo?	0	1	2
Puntuación en soledad socialPts			

Se introdujeron tres cuestiones relacionadas con la salud cuyas opciones de respuestas fueron sí o no.

Factor 4: Bienestar/salud		
	Si	No
16. ¿Acude al médico todas las semanas?	Sí	No
17. ¿Padece de alguna enfermedad?	Sí	No
18. ¿Considera que posee una buena salud?	Sí	No

Se han diferenciado tres niveles de soledad social en función de la puntuación obtenida:

Soledad social	
NIVELES	PUNTUACIÓN
Bajo	0 a 10 puntos
Medio	11 a 20 puntos
Alto	21 a 30 puntos

4.4 Procedimiento

El procedimiento a seguir constó de varios momentos. En un primer instante contactamos de forma telefónica con la directora de la residencia Santa Mónica, Doña Ana María Hernández, a la que explicamos cuáles eran nuestras intenciones y de qué manera queríamos realizar la investigación. Ella accedió a tener una cita con nosotros en persona en la que nos dio el consentimiento para realizar las entrevistas a los usuarios de dicha residencia, siempre y cuando éstos accediesen a colaborar. Antes de tener la cita en persona se habían encargado desde la residencia de informar a los usuarios sobre el asunto y así saber más o menos los que iban a querer colaborar con nosotros. Además nos facilitó una sala en donde podíamos gozar de intimidad tanto nosotros como los usuarios entrevistados.

En un segundo momento, mostramos y utilizamos mediante una entrevista personal, el instrumento de estudio a cada uno de los participantes que accedieron a participar. Todo ello en un lugar con total intimidad como hemos dicho anteriormente.

Los participantes del estudio lo hicieron de forma voluntaria. Se les dio a conocer los objetivos que perseguía el estudio y se les mostró e hizo conocer un documento de consentimiento informado ofreciéndoles la oportunidad de firmar aunque ninguno lo hizo porque habían acordado que “querían ayudarnos y confiaban en nosotros y en la confidencialidad del documento”. Decidieron poner la edad como algo significativo.

Una vez realizadas todas las entrevistas y pasado el instrumento agradecemos a todos, y en especial a la directora y los participantes, su amabilidad y colaboración en todo momento.

5. RESULTADOS

La aplicación de la escala ESTE II que trata de medir la soledad social, se llevó a cabo con un total de 28 personas de la ciudad de Valladolid que habían superado los 65 años de edad, más específicamente usuarios de la residencia Santa Mónica.

En el estudio participaron 18 mujeres y 10 hombres con edades comprendidas entre los 71 y 83 años., lo que hacía una media de 75,89 años.

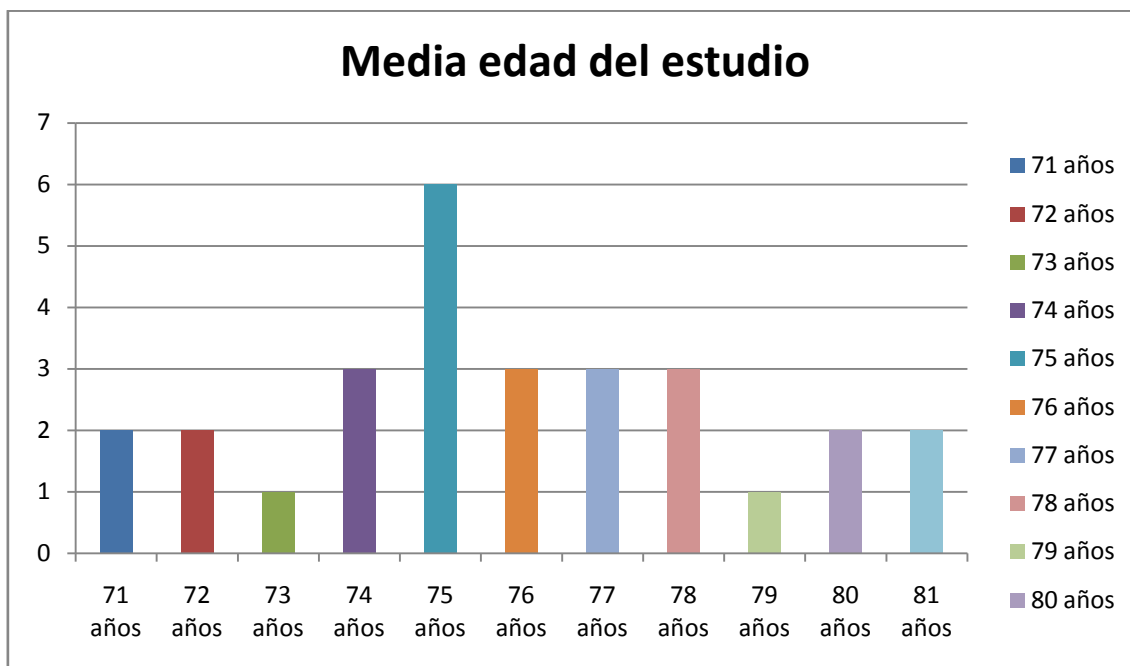
A continuación se mostrará un gráfico con el porcentaje de hombres y mujeres que han participado en el estudio y un gráfico con la media de edad de los participantes.

Gráfica 1: Porcentaje de hombres y mujeres participantes en el estudio.



El porcentaje de mujeres atendía a un 64,28% del total, mientras que el de hombres correspondía con el 35,72% restante.

Gráfica 2: Media de edad de los participantes

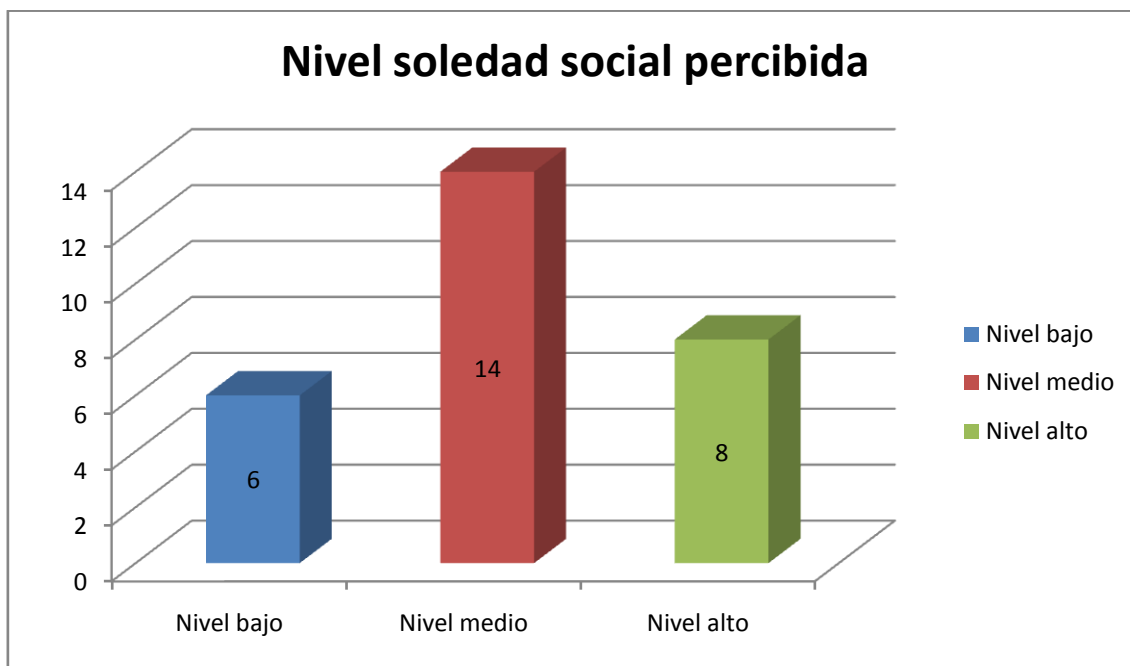


La edad que más presente estuvo en el estudio fue la de 75 años con 6 participantes, por el contrario, las edades que menos presentes estuvieron fueron la de 73 y 79 años con 1 participante. Con estos datos, la media de edad corresponde a 75,89 años.

Datos según nivel de soledad social percibida

De entre los usuarios de la residencia que entrevistamos, los resultados que se obtuvieron en percepción de soledad social haciendo referencia a un nivel bajo, a un nivel medio y a un nivel alto de la misma fueron los siguientes:

Gráfica 3: Nivel de soledad social percibida

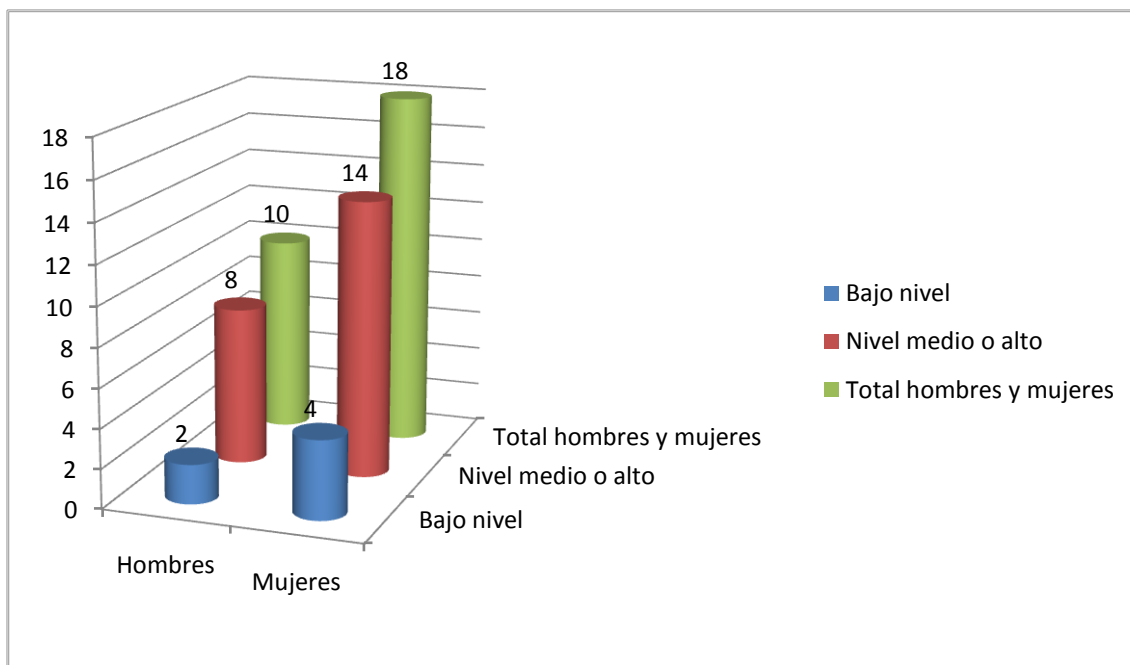


El nivel de soledad social percibida que más presente estuvo en el estudio fue el nivel medio con 14 participantes de un total de 28. El nivel bajo estuvo presente con 6 participantes y el nivel alto estuvo presente con 8 participantes.

Datos percibidos de soledad social según el sexo del entrevistado

Otro de los aspectos observados es cuál de los dos sexos había mostrado unos resultados más “alarmantes” en cuanto a lo que soledad social se refiere. El rol protector hacia su familia que ha ido desempeñando la mujer a lo largo de toda su vida, al llegar a esta etapa de edad tan avanzada cambia, y comienza a ocurrir lo contrario, es decir, sienten como que deben ser protegidas. Esto se puede deber a que suelen ser la que han sufrido la pérdida de su pareja ya que poseen una esperanza de vida mayor, al síndrome del nido vacío, o la pérdida de redes sociales de apoyo entre otras cosas. Los resultados fueron los siguientes:

Gráfica 4: Soledad social percibida según sexo



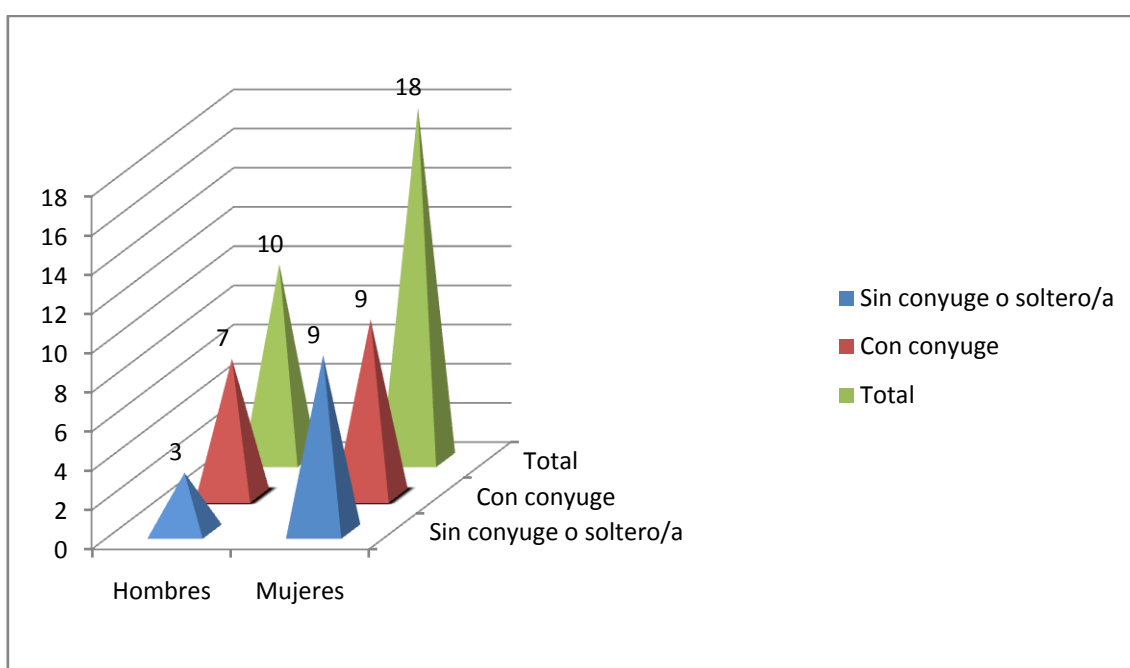
En el sexo masculino obtuvimos unos datos que mostraban que de los 10 hombres entrevistados, 2 de ellos presentaban un nivel bajo de soledad social y 8 de ellos un nivel medio o alto de la misma. En el sexo femenino obtuvimos unos datos que mostraban que de las 18 mujeres entrevistadas, 4 de ellas presentaban un nivel bajo de soledad social y 14 de ellas mostraban un nivel medio o alto de la misma.

Datos percibidos de soledad social según el estado civil

Uno de los aspectos centrales del estudio era estudiar y saber si existía relación alguna entre la soledad y el contar aún con el cónyuge o haberlo perdido. El estudio se centró en este aspecto ya que se considera como algo muy doloroso el perder a este tipo de ser querido. Esto unido a estar en una etapa vital complicada debido a que el paso de los años hace que exista una menor adaptación a los cambios y

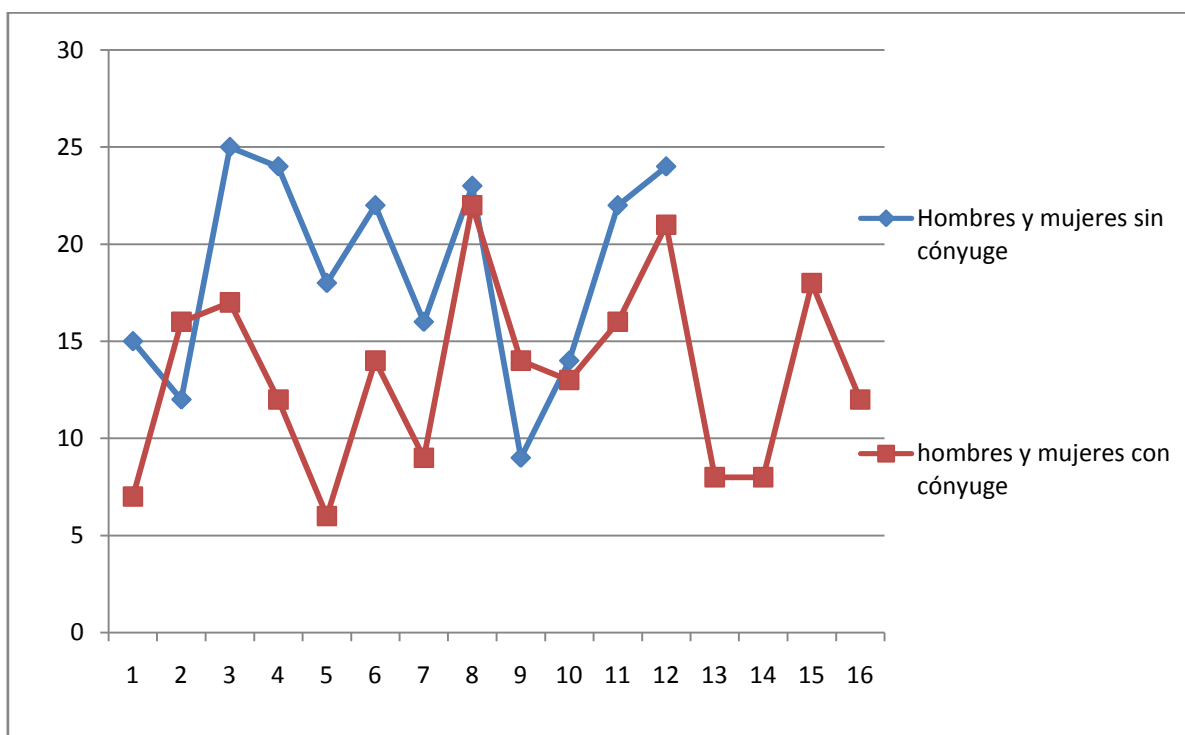
como consecuencia de ello pueda existir un mayor nivel de soledad social, se considera como un aspecto con mucha influencia en el bienestar de las personas. Por todo esto, a continuación, mostramos dos gráficas. En una se muestra el estado civil de los entrevistados según su sexo y en la otra el nivel de soledad social percibida según el estado civil. Los resultados obtenidos en este apartado son los siguientes:

Gráfica 5: Estado civil según el sexo del entrevistado



En el sexo masculino obtuvimos unos datos que mostraban que de los 10 hombres entrevistados, 7 de ellos continuaban disfrutando de la presencia de su cónyuge y 3 de ellos o bien le habían perdido o eran solteros. En el sexo femenino obtuvimos unos datos que mostraban que de las 18 mujeres entrevistadas, 9 de ellas continuaban disfrutando de la presencia de su cónyuge y las otras 9 restantes le habían perdido o eran solteras.

Gráfica 6: Nivel de soledad social y estado civil



El eje de ordenadas que es el eje vertical, nos muestra el nivel de soledad social percibida por las personas entrevistadas. El eje de abscisas que es el horizontal, representa el número de personas que pertenecían a los dos grupos que vemos en la leyenda de la imagen (en azul hombres y mujeres sin cónyuge que hacen un total de 12 personas, y en rojo hombres y mujeres con cónyuge que hacen un total de 16). Cada uno de los puntos representados en el gráfico hace referencia a uno de los participantes del estudio.

En cuanto a los resultados se obtuvo que de las personas con cónyuge 5 de ellas muestran un nivel bajo de soledad social, 9 de ellas muestran un nivel medio de soledad social y sólo dos de ellas muestran un nivel alto. En las personas sin cónyuge la cosa cambia, tan sólo 1 de esas personas muestra un nivel bajo de

soledad social, 5 de ellas muestra un nivel medio y las 6 restantes muestran un nivel alto.

Estado de soledad social y salud

Para finalizar este apartado, señalamos los resultados que obtuvimos tras la realización de las preguntas dicotómicas (SI/NO) sobre la percepción de los participantes y su estado de salud unido a la existencia o no de una situación de soledad.

Hemos considerado como ausencia de situación de soledad a los participantes que mostraron un nivel bajo tras la realización de los ítems de la escala ESTE II. En total había 6 de todos los participantes en esta situación por lo que la muestra no es muy significativa pero en cierto modo se pueden vislumbrar por dónde irían las líneas de una investigación más cuantificada.

De las 6 personas con nivel bajo de soledad social, 4 de ellas respondieron que acuden al médico solo cuando les es muy necesario, que no padecían ninguna enfermedad que se pudiera resaltar y que desde su punto de vista gozaban de una salud más que aceptable. Otra de esas seis personas si reconocía que acudía al médico a menudo y que consideraba que su salud no era muy buena, y el último participante de este grupo consideraba que gozaba de buena salud y acudía al médico cuando era imprescindible a pesar de estar en silla de ruedas debido a que sufrió un ictus años atrás.

De las 22 personas englobadas en el grupo considerado como susceptible de estar percibiendo situación de soledad social, 18 de ellas admitían que acudían al médico al menor síntoma de dolor y en muchos de los casos mostraban mucha lástima y resignación y decían frases como “de hace unos años aquí he entorpecido mucho” o

“no soy el/la que era”. También consideraban que su salud no era buena. En las cuatro personas restantes de este grupo las respuestas eran parecidas a estas pero lo que me llamó la atención fue que achacaban su empeoramiento a la ausencia de seres queridos y muy en especial al vacío que le había dejado la pérdida de su cónyuge.

Dados los resultados obtenidos en este apartado se puede extraer una conclusión, cuando las personas mayores se perciben en una situación de soledad social su autoestima, y por consiguiente su salud se ven afectados a pesar de que en muchas ocasiones la realidad sea que se encuentran en un estado bueno de salud. Por el contrario, las personas en las que la soledad social se encuentra en un nivel bajo o no existe, su percepción sobre la salud que poseen es mucho más optimista haciendo latente que el sentirse solo puede ser caótico ya que repercute de forma directa tanto en el bienestar psíquico como en el bienestar físico.

6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Después de plasmar los datos obtenidos en el estudio llevado a cabo en la ciudad de Valladolid, en la residencia Santa Mónica para la tercera edad, procederemos a tratar de hacer una comparativa con los datos obtenidos en otras investigaciones similares a ésta. Las investigaciones elegidas para la comparación de datos son, por un lado, la realizada en Granada por Mercedes Pinel Zafra, y Doña Ramona Rubio Herrera (Catedrática de Psicogerontología) sobre la soledad en la tercera edad, y por otro lado, la realizada en Bilbao por María Teresa Bazo (Universidad del País Vasco, Bilbao), sobre salud y soledad.

La investigación de Granada se realizó de forma telefónica a 780 personas de la provincia de Granada que debían de cumplir el requisito de ser mayores de 65 años de edad (Pinel & Rubio, 2009). La investigación de Bilbao fue realizada en forma de encuestas a 412 personas de más de 64 años de edad (Bazo, 1990). La edad media de unos estudios y otros es similar, en Granada 76,33 años, en Valladolid 75,89 años, y en Bilbao no consta este dato.

Para todos los aspectos excepto el de salud la comparación se realiza con la investigación de Granada. En cuanto a la participación por sexo, decir que en la investigación de Granada el 67,70% de los participantes eran mujeres y el 32,30% restante eran hombres. Se puede observar que son datos muy similares a los de este estudio ya que aquí es el 64,28% la población participante femenina y el 35,72% la población participante masculina, variando en apenas 3 puntos un estudio de otro.

En el aspecto de la soledad social percibida atendiendo al género, en el estudio de Granada es el género femenino el que obtiene mayor puntuación y por tanto se percibe en él un mayor arraigo de soledad. En este estudio es también el género femenino en el que se observa una mayor puntuación. Si eres hombre es muy probable que aun puedas contar con tu cónyuge, de los 10 entrevistados 7 aun lo

tenían, es decir, más de un 70%. Si eres mujer la cosa cambia ya que de las 18 entrevistadas, eran 9 de ellas las que podían disfrutar aun de la existencia de su cónyuge, es decir, el 50%. Es muy probable que la mayor esperanza de vida de las mujeres junto con los roles de cada uno de los sexos en la sociedad actual, sean los factores más decisivos para que se den estos resultados. En este apartado destacar que las puntuaciones obtenidas en el estudio de Granada son muy inferiores a las puntuaciones obtenidas en el estudio de Valladolid, cosa que puede explicarse por dos factores. Por un lado, en el estudio de Granada el instrumento de la Escala Este se pasó de forma telefónica lo que pudo originar que al ser una forma menos directa y cercana que la entrevista en persona, en algunas preguntas los participantes no ajustasen del todo su respuestas a la realidad y las puntuaciones se dieron más bajas. Por otro lado, en el estudio de Granada las personas entrevistadas vivían en sus casas lo que hace pensar que se encontraban en un contacto diario o casi diario con amigos o seres queridos, circunstancia que hace que la soledad social percibida sea menor que la pueda percibirse al vivir en una residencia, como ocurre en el estudio de Valladolid, en la cuál es más complicado sentir esa cercanía con amigos y seres queridos.

En el aspecto de la soledad social percibida atendiendo al estado civil, en el estudio de Granada sí que se observan diferencias entre las puntuaciones obtenidas de las personas con cónyuge y las personas solteras o sin cónyuge, pero las diferencias son muy pequeñas. Las puntuaciones varían entre los 10 y los 15 puntos de la escala. En el estudio de Valladolid, aparte de lo ya comentado de que las puntuaciones son más altas, las diferencias entre participantes con cónyuge y participantes sin él o solteros son bastante grandes y visibles. En el grupo de hombres y mujeres con cónyuge los niveles predominantes son el nivel bajo y el nivel medio, mientras que en el grupo de hombres y mujeres sin cónyuge los niveles predominantes son el nivel medio y el nivel alto. Este resultado puede deberse a que la ausencia o no ausencia de cónyuge influye mucho en este aspecto de la realidad de la tercera edad como es la soledad social (Ussel, 2001). Junto a esto, se han asociado algunas circunstancias que motivan la soledad tras la viudez como pueden ser la falta de preparación del hombre en las tareas domésticas, la

pérdida de la intimidad conyugal, los problemas relacionados con el sueño, la no asimilación de la viudedad o la desilusión por la vida (Ussel, 2001).

La puntuación de las personas con cónyuge está de media en torno a los 13 puntos, mientras que la puntuación de las personas sin cónyuge o solteras está de media en torno a los 19 puntos. El sentir el apoyo de los seres más allegados en esta etapa de la vida es muy importante en España, tanto es así que, en muchas ocasiones, cuando se sufre la pérdida del cónyuge el estado de salud física y mental de las personas disminuye a una velocidad muy alta. Un estudio realizado con personas mayores en España y Suecia concluye que los mayores con buena salud que viven solos son 5 veces más propensos a sentirse solos en España (45%) que en Suecia (9%) y 2-3 veces más probable cuando viven solos y con mala salud (82-32%). Mientras que los mayores que conviven con su pareja, y con buena salud no experimentan soledad tanto sean españoles como suecos (Del Barrio, Castejón, Sancho-Castello, Tortosa, Sundström, & Malmberg, 2010).

En el aspecto de la soledad y la salud, concluimos que las personas que presentan una percepción de soledad notable, por lo general, sí que tienden a mostrar mayor preocupación por su estado de salud. La soledad en algunas circunstancias provocan pensamientos negativos, depresión e incluso en los casos más extremos el suicidio (Ussel, 2001). Estos resultados no coinciden con los obtenidos por Bazo (1990) al considerar que el estado de salud está más ligada al género que al estado civil. Siendo los hombres los que peor estado de salud tienen en las edades más avanzadas.

7. CONCLUSIONES

Este trabajo ha consistido en realizar una investigación en la Residencia Santa Mónica, para personas de la tercera edad. El objetivo era estudiar el nivel de soledad social en los usuarios de esta residencia que accediesen voluntariamente al estudio y presentasen las características ya mostradas anteriormente, atendiendo especialmente a la influencia de contar o no con la existencia de cónyuge.

Tiene su origen en el incremento del número de personas en esta etapa vital que se está produciendo en nuestro país en la actualidad y que se producirá en un futuro próximo, con el fin de saber que problemáticas afectarán a este gran colectivo, desde la perspectiva social, y poder abordarlas en su momento. Consideramos el estudio como algo novedoso ya que nunca se había hecho algo parecido en la Residencia Santa Mónica, siendo pionera junto con un estudio realizado en Granada en investigación sobre este aspecto. Para conocer el nivel de soledad social se utilizó la escala ESTE, pasándosela a 28 usuarios de la residencia, y pudimos observar como las puntuaciones entre usuarios pertenecientes a distintos colectivos eran diferentes, por lo que se obtuvieron dos hipótesis:

- El estado civil influye de manera directa en la situación de soledad social percibida, aumentándola.
- En caso de encontrarse en un nivel bajo, o por el contrario, medio o alto de soledad social percibida, el estado de salud percibida varía.

Tras analizar los resultados y recoger estas dos hipótesis, podemos verificar la hipótesis que habíamos planteado en el apartado de nuestros objetivos “Relación existente entre el sentimiento de soledad y la existencia o ausencia del cónyuge”. Además, extraemos que la salud está relacionada a la vez con la percepción de soledad social y el género de la persona.

En cuanto a los límites que se nos han planteado durante el estudio, destacaríamos en primer lugar la dificultad para comparar resultados con otros estudios similares debido a la escasa existencia de éstos. En segundo, la variación en los resultados que puede aparecer al estar éstos muy relacionados a los valores, sentimientos y circunstancias de cada usuario participante. Como otra limitación del estudio, destacaríamos el tamaño de la muestra que aunque nos ha permitido acercarnos a la realidad particular de la Residencia Santa Mónica, no permite hacer inferencias sobre la soledad percibida a nivel general.

Este estudio tiene gran importancia para el Trabajo Social, ya que nos muestra algunos de los problemas que sufren y van a sufrir las personas durante la tercera edad, siendo dichas personas uno de los colectivos más amplios hacia el cual va dirigida nuestra intervención, por lo que es de vital importancia conocer los factores o las consecuencias derivadas de la conflictiva estudiada (en nuestro caso la soledad social) para así poder orientar nuestra intervención por el camino correcto, entendiendo la demanda y respondiendo a esta con los recursos y servicios disponibles más óptimos. Como propuesta para mejorar las situaciones de soledad social, consideramos interesante la creación de un servicio que ayude a relacionarse a personas en esta circunstancia, con otras personas en su misma situación, mediante el acompañamiento en su casa, en centros de personas mayores, centros cívicos o asociaciones, dónde profesionales a través de dinámicas llevarán a cabo actividades integradoras. La visualización de un servicio así, sería muy parecida al funcionamiento del Servicio de Ayuda a Domicilio pero encaminado a satisfacer esta otra necesidad ya que el sentirse solo disminuye de forma muy considerable la calidad de vida de las personas.

Consideramos importante que se introdujera en los protocolos de los servicios, que atiende a las personas mayores, Centros de Acción Social, centros de día o residencias, la evaluación de este aspecto pues ayudaría a mejorar la atención social de este colectivo dando respuestas de carácter más integral.

8. BIBLIOGRAFÍA

Acosta, C. I. (2011). *El sentido de la vida humana en adultos mayores (Tesis doctorado)*. Madrid: Universidad nacional de educacion a distancia.

Bazo, M. T. (1990). Personas mayores: Saluy y soledad. *Reis*, 89 (47), 193-223.

Cerquera, A. M., Cala, M. L., & Galvis, M. J. (2013). Validación de constructo de la escala ESTE para medición de la soledad en la vejez. *Diversitas: Perspectivas en psicología*, 9 (1), 45-53.

Del Barrio, E., Castejón, P., Sancho-Castello, M., Tortosa, M., Sundstrôm, G., & Malmberg, B. (2010). La soledad en las personas mayores en España y Suecia: Contexto y cultura. *Revista española de geriatría y gerontología*, 45 (4), 189-195.

Estadística, I. N. (s.f.). *www.ine.es*. Recuperado el 20 de 4 de 2025

Farmacéutica, O. (s.f.). *www.portalfarma.com*. Recuperado el 22 de 4 de 2015, de <http://www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/categorias/Paginas/Alimentacion/planeducacionplenufar4.aspx>

Fernández, O., Muratori, M., & Zubieta, E. (2013). Bienestar eudaemónico y soledad emocional y social. *Boletín de psicología* (108), 7-21.

Fernández, S., & Ramirez, A. (2001). Factores psicosociales presentes en la tercera edad. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 2 (39), 77-81.

Hernández, E. R. (2011). Acompañar en el proceso del envejecimiento. *Trabajo social y problemas sociales*, 1 (16), 143-156.

Pastor, E. (2005). *La soledad y las ancianas: un estudio de caso (Tesis doctorado)*. Almeria: Universidad de Almeria.

Pinel, M., & Rubio, R. (2009). *Un instrumento de medición de soledad social: escala ESTE II*. Granada: Calidad de vida.

Rubio, R. (30 de 6 de 2004). *www.imsersomayores.csic.es*. Recuperado el 12 de 4 de 2015, de <http://www.imsersomayores.csic.es>

Rubio, R., & Pinel, M. (2009). Prevención del aislamiento social en personas mayores. *Revista española de geriatría y gerontología*, 32 (2), 85-89.

Sánchez, C. D. (1990). *Trabajo social y vejez: Teoría e intervención*. Buenos Aires: Humanitas.

Sánchez, M. M. (2009). *Determinantes sociales de la soledad en las personas mayores españolas: Dar y recibir apoyo en el proceso de envejecer (Tesis doctorado)*. Salamanca: Universidad de Salamanca.

Sequeira, D. (2011). *La soledad en las personas mayores: Factores protectores y de riesgo (Tesis doctorado)*. Granada: Universidad de Granada.

Ussel, J. I. (2001). *LA SOLEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES: Influencias Personales, Familiares y Sociales. Análisis Cualitativo*. Madrid: Ministerio de educación y asuntos sociales.

ANEXOS

Consentimiento informado para la participación de personas en el presente estudio

Yo.....
como persona invitada a participar en un estudio sobre el sentimiento de soledad he sido informado/a que Adrián Álvaro Coca, estudiante de la Universidad de Valladolid en la Facultad de Educación y Trabajo Social, está realizando una investigación para conocer cómo actúa la soledad y qué relación se puede establecer entre el sentimiento de soledad y el estado civil.

Yo he elegido libremente participar en el estudio.

Se me ha explicado que mi participación es totalmente voluntaria y que puedo acabar con la entrevista y sus resultados en cualquier momento.

Entiendo que la participación en el estudio no tiene ningún riesgo, que no se obtendrá beneficio individual alguno y que lo que se busca es el beneficio extraído de los conocimientos procedentes tras la realización del presente estudio.

Tengo el conocimiento de que la información obtenida se tratará de manera confidencial y que no me veré personalmente identificado de ningún modo en los resultados del estudio.

Firma del entrevistado:

.....