



## Experiencias de soledad y dependencia en (algunas) personas mayores hospitalizadas: La crisis de los cuidados como un reto para el Trabajo Social.

*Experiències de soledat i dependència en (algunes) persones grans hospitalitzades: La crisi de les cures com a repte per el Treball Social.*

*Experiences of loneliness and dependency in (some) hospitalized elderly people: The care crisis as a challenge for Social Work.*

Joan Casas-Martí 

### Resumen

A partir de una aproximación cualitativa, se exploran los factores socioculturales que explican y significan las soledades de algunas personas mayores. Los resultados apuntan a que la pérdida de funcionalidad subyacente a algunos procesos de salud-enfermedad, y la consecuente necesidad de un mayor cuidado social que no siempre puede ser satisfecha, se convierten en una coyuntura a través de la cual la soledad puede hacerse patente, escenificándose, en ocasiones, en los procesos de hospitalización. La crisis de los cuidados se ha situado como un marco explicativo sobre el que estas experiencias individuales trascienden al sujeto, reconociendo su dimensión política y social.

**Palabras clave:** soledad, envejecimiento, dependencia, crisis de los cuidados, Trabajo Social hospitalario.

### Resum

Mitjançant una aproximació qualitativa i reflexiva, s'exploraven els factors socioculturals que expliquen i signifiquen les soledats d'algunes persones grans. Els resultats apunten a que la pèrdua de la funcionalitat subjacent en alguns processos de salut-malaltia i la consegüent necessitat d'una major cura social, que no sempre pot ser satisfeta, es converteixen en una conjuntura per mitjà la soledat es pot fer patent; escenificant-se a vegades en els processos d'hospitalització. La crisi de les cures s'ha situat com a marc explicatiu sobre el que aquestes experiències personals transcendeixen al subjecte i reconeixen la seva dimensió política i social.

**Paraules clau:** soledat, envelliment, dependència, crisi de les cures, Treball Social hospitalari.

### Abstract

From a qualitative approach, the socio-cultural factors that explain and signify the loneliness of some elderly are explored. The results indicate that the loss of functionality underlying some health-disease processes, and the consequent need for greater social care that cannot always be satisfied, become a conjuncture through which loneliness can become apparent, thus being staged, in occasions, in the hospitalisation processes. The care crisis has been an explanatory framework on which these individual experiences transcend the subject, recognizing its political and social dimension.

**Keywords:** loneliness, aging, dependency, care crisis, hospital Social Work.

ACEPTADO: 15/12/2022

PUBLICADO: 23/01/2023

<sup>1</sup>Universitat de Barcelona.

✉ Joan Casas-Martí.  
jcasasma@gmail.com

Casas-Martí, J. (2023). Experiencias de soledad y dependencia en (algunas) personas mayores hospitalizadas: La crisis de los cuidados como un reto para el Trabajo Social. *Itinerarios de Trabajo Social*, 3, 58-65. <https://doi.org/10.1344/its.i3.40753>

## 1. Introducción.

Algunos datos apuntan a que la soledad de las personas mayores es un fenómeno sociológico creciente (Yusta, 2019). Además, muchas personas mayores que están solas –en términos de aislamiento social, más que de soledad en sentido subjetivo<sup>1</sup>– no salen de sus casas, y la falta de vinculación con la comunidad hace que ni siquiera las veamos (Victor et al., 2000). Sin embargo, hay espacios que, por su naturaleza, conviven paradójicamente con ellas, convirtiéndose en privilegiados para su estudio. Normalmente, los hospitales son instituciones de confianza (Comelles et al., 2017) donde uno llega cuando requiere de una determinada asistencia médico-sanitaria y, en principio, independientemente de la calidad o extensión de su red relacional. A la luz de la alarma que ha generado el ingreso hospitalario –o incluso la muerte– en soledad de muchas personas mayores en el contexto pandémico (Martínez, 2020), las personas que están en contacto con personas hospitalizadas explican que el/la enfermo/a<sup>2</sup> no siempre ha estado acompañado/a; las soledades circunstanciales surgidas del aislamiento impuesto por el riesgo de contagio, o para evitar la propagación del virus, no son las únicas. Hay un entramado de soledades –y de confinamientos– previo y persistente, que cada vez afecta a más personas mayores, que se manifiesta –también– en los hospitales, y que responde a una serie de factores sociales y culturales que le dan amparo. A este hecho se le suma la emergencia y la extensión de las enfermedades crónicas en este momento del ciclo vital, las cuales motivan ingresos hospitalarios frecuentes que, a menudo, van acompañados de una pérdida de funcionalidad o autonomía; una pérdida, irreversible o no, que lleva a las personas mayores a depender más de los demás (Muñoz, 2004).

Los primeros meses de ejercicio profesional como trabajador social se desarrollaron en un hospital de atención intermedia donde se me hacía partícipe del creciente número de personas que, encontrándose en una situación de gran vulnerabilidad, no tenían a nadie que las pudiera acompañar durante la hospitalización y, especialmente, que las pudiera cuidar en el momento de recibir y afrontar el alta médica. La situación de dependencia generada por determinados procesos de salud-enfermedad obliga a las personas mayores afectadas a hacer una transición entre una vida autónoma y una vida donde requieren de una mayor asistencia de terceros para poder realizar más o menos las actividades de la vida diaria, tales como levantarse, vestirse, lavarse, cocinar o comer (Bofill-Poch y Comas d'Argemir, 2021). En muchos casos, no tener a nadie que te cuide representa un riesgo real para la vida o el bienestar de las personas y, además, puede hacer brotar sensaciones dolorosas en los pacientes solos, de desamparo, de vacío; de una soledad que, aunque ya podía formar parte de sus vidas en forma de aislamiento social, hasta entonces no se había manifestado necesariamente desde una vertiente emocional.

La forma con la que damos respuesta a las necesidades de cuidado de las personas mayores en situación de dependencia, se relaciona con una multitud de factores socioculturales y políticos que se plasman en la configuración de un modelo de Estado del bienestar que (re) distribuye el peso de estas responsabilidades entre los dife-

rentes agentes del *care diamond*: el Estado, el mercado, la familia y la comunidad (Razavi, 2007). Algunos modelos continúan privatizando el cuidado, es decir, trasladándolo casi por completo al ámbito familiar. En nuestro modelo mediterráneo, han sido las familias, y no otras instituciones, las que tradicionalmente se han tenido que hacer cargo (Daly y Lewis, 2011). Los cuidados están desigualmente repartidos; recaen desproporcionadamente en las familias, en concreto en las mujeres, generando desigualdades basadas en componentes de género (Comas d'Argemir y Soronellas-Masdeu, 2021). La incorporación de las mujeres al mercado laboral no ha ido acompañada de una disminución o redistribución de la carga de trabajo que tienen en sus hogares. Y, junto con la falta de provisión pública de servicios, ha generado una refamiliarización (y, por tanto, refeminización) de las actividades de cuidado (Ezquerro, 2012). En este sentido, se ha definido la *crisis de los cuidados* como la crisis de un modelo basado en el cuidado familiar que hacen las mujeres, siendo cada vez más frecuente que la familia no esté, deje de estar o no disponga de los recursos necesarios para poder cuidar (Pérez-Orozco, 2006). Además, en este marco, el hecho de que la familia sea vista como la principal forma de acceso a disponer de compañía y de protección social se constituye como un escenario cultural desde el que las personas evaluamos y contrastamos nuestras experiencias de compañía o soledad (Gajardo, 2015).

## 2. Objetivo y metodología.

Con la finalidad de comprender los factores socioculturales que explican y significan las soledades, se concreta el objetivo de explorar la relación entre la crisis de los cuidados y la soledad experimentada por personas mayores en situación de dependencia en los procesos de hospitalización.

A nivel metodológico, se opta por una aproximación cualitativa que incorpora experiencias sistematizadas (Rodríguez, 2019) recogidas, durante los meses de febrero de 2019 y febrero de 2020, durante la praxis profesional en el servicio de geriatría de un hospital de atención intermedia de la ciudad de Barcelona (España). Se utiliza también un diario de campo en el que se plasman reflexiones personales fruto de la actividad profesional sobre las soledades, sin recabar ningún tipo de dato sobre instituciones o personas hospitalizadas, y siguiendo las propuestas metodológicas realizadas, a su vez, por académicas del ámbito del Trabajo Social (Cifuentes-Gil y Pantoja-Kauffmann, 2019). Por otro lado, la realización de entrevistas en profundidad, durante los meses de febrero y septiembre de 2020, configura la segunda etapa de trabajo de campo. A partir de un muestreo de bola de nieve (Brunet et al., 2002), estas se realizaron a cinco profesionales de diferentes dispositivos hospitalarios de geriatría de la ciudad de Barcelona (una médica, una enfermera y tres trabajadoras sociales)<sup>3</sup>, coincidiendo con el estallido de la pandemia. Todas las profesionales tienen más de diez años de experiencia en el ámbito, excepto una de las trabajadoras sociales, que tiene dos años de experiencia. Con previo consentimiento de las personas participantes, todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas manualmente.

Para el análisis se contó con el soporte del programa ATLAS.ti. El procedimiento consistió en la construcción de un sistema de códigos a partir de una revisión bibliográfica que puso en relación diferentes aproximaciones teóricas a la soledad con las teorías feministas del cuidado y la dependencia, aunque también se destaca la incorporación de códigos *emic* durante el transcurso de la primera etapa de trabajo de campo. Todos ellos quedaron agrupados en tres grandes dimensiones que han dado lugar, con diferentes enunciados, a la estructura de presentación de los resultados del presente artículo: la concepción de los cuidados en el entorno hospitalario, el encuentro con las soledades por parte de los y las profesionales sanitarias, y la relación entre soledad, dependencia y patología.

## 3. Resultados.

### 3.1. Siempre se presupone que hay alguien: El hospital como escenario cultural.

Si bien hay una creciente tecnificación y voluntad de optimización de los hospitales de hoy –ajustando, por ejemplo, los días de estancia–, la realidad social ha obligado a repensar y adaptar algunos recursos sanitarios. El envejecimiento de la población y el incremento de las enfermedades crónicas llevan a determinados perfiles poblacionales a realizar un mayor número de ingresos hospitalarios con tiempos y complejidades sociales superiores a los de otros procesos (Casas-Martí y González, 2019). La consolidación de la hospitalización intermedia como alternativa a la hospitalización de agudos responde, al fin y al cabo, a esta cuestión (Generalitat de Catalunya, 2017). El perfil de pacientes del hospital de atención intermedia, acorde con lo relatado –*grosso modo*– por las personas informantes, es el de personas mayores con enfermedades crónicas o procesos postoperatorios, que necesitan cuidados profesionalizados, rehabilitación funcional o control de síntomas en procesos de final de vida, enfermedades oncológicas avanzadas, etc. A los hospitales (casi) todos y todas llegamos en un momento determinado de nuestro ciclo vital: cuando enfermamos, cuando envejecemos, cuando ante el dolor buscamos ayuda, o cuando caemos en la calle y, al no poderlos levantar, alguien alerta a la ambulancia. Las personas que en situación de aislamiento social y/o soledad no deseada también llegan, representando un porcentaje más o menos fiel al de una realidad que se impone y que nos alerta del número creciente de personas desvinculadas de todo y de todos o con vínculos poco satisfactorios. En un contexto no pandémico, muchas personas mayores y solas llegan a los hospitales –por iniciativa propia o de terceros– porque, culturalmente, son identificados como espacios seguros. El *hospitalocentrismo* nos habla de cómo la reforma de los sistemas sanitarios europeos, y el desarrollo de los estados del bienestar a lo largo del siglo XX, han cambiado las representaciones locales de los hospitales, pasando de ser concebidos como asilos para los incurables o refugios para los pobres, a espacios de referencia en los procesos de salud - enfermedad a través de la legitimación cultural que se les otorga (Comelles et al., 2017).

El primer dato clave que emerge de los resultados de esta investigación, y que va a permitir relacionar la crisis

de los cuidados con las soledades, es el hecho de que, paradójicamente, la cuidadora informal, en el seno de la familia, sigue siendo un elemento indispensable para el engranaje hospitalario. Y es que esta, aun con la evidente crisis de los cuidados, no ha dejado de ser –cultural y sociológicamente– la columna vertebral de la provisión de los cuidados en nuestro contexto (Comas d'Argemir y Soronellas-Masdeu, 2021). No es de extrañar que, desde esta lógica, se pida que el/la paciente tenga una persona de referencia, una interlocutora accesible a lo largo de todo el proceso. Desde la maquinaria hospitalaria (más que desde sus profesionales) hay una expectativa de acompañamiento a la persona enferma que nos remite a una estructura social determinada. De hecho, lo primero que se pregunta al enfermo/a que ingresa es si viene acompañado/a. ¿A quién se avisa si esta persona entra en situación de últimos días? ¿Con quién se coordina el alta hospitalaria? ¿Con quién se toman las decisiones terapéuticas? Según Marta Allué, cada paciente es él y sus circunstancias, en tanto que sus acompañantes, si están, forman parte del conjunto y no pueden ser obviadas en el proceso terapéutico, ya que también serán útiles en el futuro. No hay que olvidar que, al salir del hospital, describe la autora, las cuidadoras informales serán las que se hagan cargo del enfermo/a (Allué, 2013, p. 114). Esta expectativa es la que lleva, especialmente en aquellos ingresos con vulnerabilidades asociadas, a la detección de determinadas formas de soledad.

*En los hospitales hay gente que va a operarse, el mismo día se va y no te das cuenta de nada. [...] Cuando los ingresos son por enfermedades más complejas, y hay un empeoramiento importante, están más tiempo. En cierto modo convives con ellos y te das cuenta de muchas cosas de su vida. [...] Sobre todo cuando son dependientes y ves si tienen quien los cuide o no (Anna, enfermera, entrevista).*

En la mayoría de las familias presentes (aquí, evidentemente, no hago referencia a aquellos casos en los que la familia no está) suele ser una única persona la que asume la responsabilidad de los cuidados. La mayoría de estas cuidadoras son mujeres –hijas, esposas, nueras– una gran parte de las cuales comparten domicilio con la persona cuidada, comparten esta labor con otros roles y no suelen recibir ayuda de otras personas; “la rotación familiar o sustitución del cuidador principal por otros acompañantes es moderadamente baja” (Allué, 2013, p. 116). En momentos de crisis por enfermedad, se espera una actitud de cuidado de la familia del paciente y la percepción de prestación de ayuda es la atención permanente. Incluso algunos hospitales ofrecen trípticos informativos a los familiares donde, además de informarles de los horarios de visita, se especifican los procedimientos para ser algo similar a familiares ejemplares: contactar con el equipo asistencial, recibir información del proceso terapéutico, etc. Eso es lo esperable, lo normal. Canguilhem (1970) nos habla de la normalidad como una construcción social que deriva de los sistemas simbólicos de normas y valores de una sociedad para delimitar lo aceptable de lo desviado (p. 91). El engranaje de un hospital contempla el no estar acompañado como una desviación, aunque no sea extraño encontrarse con personas solas; todo está predispuesto a contar con una cómplice familiar que, aparte

<sup>1</sup> En algunos ámbitos académicos, se habla de *soledad objetiva* y *subjetiva*, contraponiendo el *estar solo* con el *sentirse solo* (Yusta, 2019). En diferentes casos se hablará de soledades –en plural– para englobar ambos conceptos y visibilizar, al mismo tiempo, sus complejidades inherentes.

<sup>2</sup> En algunos casos, y con el fin de aproximarnos a las nomenclaturas hospitalarias, se empleará el término *enfermo/a* o *paciente* haciendo referencia a las personas hospitalizadas.

<sup>3</sup> La estrategia para preservar la privacidad de las informantes es la pseudonimización. A lo largo del texto, haré referencia a ellas como Cori (médica), Anna (enfermera) y Verónica, Mia y Claudia (trabajadoras sociales o TS).

de acompañar, facilite la salida del / de la paciente en aquellos casos en que irrumpa una situación de limitación física que haga necesaria su presencia, con el fin de asegurar los cuidados que la persona enferma requerirá en el momento del alta.

En el hospital, si no tienes una persona de referencia estás solo/a y eso tendrá unas implicaciones, especialmente si la soledad va acompañada de necesidad de cuidados, supervisión en los tratamientos médicos al alta o dependencia para las actividades de la vida diaria. Pero al margen de esto, una enfermera también comentaba que trabajar con las personas que están solas es mucho más difícil que trabajar con personas que están acompañadas, tanto para el equipo que las atiende como para los/as usuarios/as. Por un lado, hay una percepción de que los familiares, si están, suelen dar más información sobre el proceso de enfermedad del paciente a los/las profesionales sanitarios y, en definitiva, más elementos para el diagnóstico. Y, por otro lado, también hizo referencia a algunos/as pacientes en situaciones críticas que hacen una negación del diagnóstico y delegan a las familias el intercambio con los y las profesionales: “Habla tú con el médico que yo prefiero no saberlo”.

### 3.2. Cuando la soledad deja de ser invisible: Algunos perfiles de soledad en los hospitales.

*Uno de los días que pasaba por las habitaciones, me encontré a un enfermo que estaba solo. Lo vi un poco triste. Cuando lo saludé le pregunté si tenía algún problema, pues lo veía preocupado; alzó la mirada y dijo: ‘La soledad que está impuesta por las circunstancias de la vida no es buena. Es una soledad que no ayuda a vivir con ilusión, se pierde el interés por las cosas de la vida, no encuentras el sentido de por qué vives’ (Puga, 2018, p. 65).*

Más allá de lo que se entienda por soledad en el ámbito hospitalario, estudiar las soledades, y tratar de comprender el orden social que subyace en las mismas, implica darse cuenta de la variabilidad de formas de vivirla. Para entender mejor la soledad de las personas mayores, es necesario observar cómo ha sido su curso de vida, las desigualdades y oportunidades con las que se han encontrado, así como el contexto social en el que han vivido (Martínez y Celdrán, 2019). Por eso, es importante no homogeneizar, y entender que los envejecimientos son diversos y, por tanto, las soledades también.

En los servicios hospitalarios de geriatría se encuentran personas muy acompañadas y personas sin ningún tipo de acompañamiento. La escala de grises entre estas dos casuísticas polarizadas es muy amplia y nos ocuparía largas discusiones, así como por el hecho de que estar, o no, acompañado/a no implica sentirse, o no, solo/a, aunque ambas casuísticas mantengan una estrecha relación (Victor et al., 2000). En este sentido, y aunque la hospitalización se conciba como un proceso de vulnerabilidad que debe ser acompañado por imperativo moral (Allué, 2013), los testimonios que se han recogido comparten que cada vez es más frecuente encontrar personas que están solas, en sentido objetivo, durante los ingresos. Personas mayores que se encuentran solas debido a pérdidas asociadas a su edad, personas que no han tenido hijos, personas que han tomado la decisión de vivir solas,

personas que han vivido eventos traumáticos, personas acompañadas, pero sin una reciprocidad en el cuidado, personas que dicen estar acompañadas y más adelante reconocen no estarlo, etc.

*Con el paso del tiempo vemos que nuestros pacientes cada vez llegan a ser más mayores y, a veces, por circunstancias de la vida, pasan a estar solos. Tenemos pacientes a los que incluso sus hijos ya han muerto, por diferentes motivos como accidentes o enfermedades. (Anna, enfermera, entrevista).*

A medida que las personas envejecemos, diversos cambios o eventos, como la jubilación o la pérdida, se convierten en más probables y prevalecen, lo que limita nuestras redes sociales (Victor et al., 2000). Distintas investigaciones que han abordado la amistad a lo largo de la vida ponen sobre la mesa que los cambios y la pérdida de contacto con los amigos y amigas generan soledad. Además, y de acuerdo con algunas teorías contractivas, el envejecimiento restringe las perspectivas de escapar de la vida individual y hace que las circunstancias parezcan definitivas, por lo que puede haber una resignación (Nicolaisen & Thorsen, 2014). En clave de género, algunos/as sanitarios/as explican que las mujeres suelen estar más acompañadas durante los ingresos por el hecho de haber construido un vínculo de reciprocidad con sus familiares que, si bien amenaza con desaparecer, sigue más presente que con los hombres. La enfermera entrevistada dice que se encuentran muchos más hombres desvinculados, sin red de apoyo: “Es una impresión, pero creo que [los hombres] no crean un vínculo tan emocional con sus familias, con sus hijos... y eso hace que se desvinculen más fácilmente”. Algunos estudios contradicen o hacen más compleja esta cuestión, mostrando resultados divergentes al respecto (Pinazo-Hernandis y Donio-Bellegarde, 2018). Otra variable a considerar es la viudedad, la cual también ha sido estrechamente vinculada a la soledad emocional (Weiss, 1973), definida como el sentimiento de vacío que conlleva la ausencia de una relación en la que el otro había vertido todo su ser.

*Hay parejas de personas mayores que, incluso con una leve dependencia, mínimamente iban tirando. Se han acompañado siempre y no han necesitado a nadie más. Algunas de ellas no han tenido hijos por diversas circunstancias. [...] Cuando uno de ellos cae, y muere, el otro se queda solo, sin ningún tipo de apoyo: ni primos, ni hermanos, nadie. Tampoco han tenido la oportunidad de hacer amigos o de tener contacto con alguien más. [...] Cuando uno se queda solo de esta manera pasa a sentirse muy solo, lo cual es normal. (Cori, médica, entrevista).*

Retomando la dimensión subjetiva de la soledad –o la llamada soledad no deseada– hay personas que, por determinadas circunstancias, son más susceptibles de sufrirla en un hospital: personas con barrera idiomática, déficits sensoriales, visuales o auditivos, deterioro cognitivo, bajo nivel de instrucción, etc. Además, las personas llegan al hospital con su mochila de relaciones; es decir, partiendo de una situación personal y relacional concreta que puede tomar más o menos relevancia –en términos de soledad– en función del motivo de ingreso o del proceso de enfermedad que estén viviendo. En esta línea, la

médica entrevistada –Cori–, que durante su residencia había podido rotar en diferentes servicios sanitarios, explicaba que en los centros de atención primaria llegan muchas personas mayores que se sienten solas y, a diferencia de los hospitales, sin un motivo médico aparente: “Van con el pretexto de la analítica, de la receta, o porque tienen un dolor por aquí o por allá, y solamente es para estar con el médico, sentarse y hablar”. Son situaciones de soledad que muchas veces no traspasan la barrera emocional y eso hace que no se consideren prioritarias. Si bien diversos estudios sobre la hiperfrecuentación médica hablan de este fenómeno como un problema que contribuye al colapso de los recursos sanitarios (Sandín y Conde, 2010), son situaciones de soledad que no representan un problema desde un punto de vista biomédico; más allá de sentirse solas, tienen sus necesidades básicas cubiertas –a ojos de la institución–, y tampoco se concibe como una señal de alarma.

En el ámbito sanitario, las soledades que pueden ser leídas como problemáticas, u ocasionar conflictos, son aquellas que tienen que ver con la falta de una familia, o de un entorno inmediato equiparable, que pueda dar respuesta a las necesidades de cuidado social producidas por la enfermedad. Necesidades insatisfechas, en tanto que la institución que –en el modelo actual– debería dar respuesta no está, o no tiene capacidad para darla. En este marco, la soledad objetiva se convierte en un problema de múltiples ejes que incumbe a la organización social de los cuidados (Comas d’Argemir y Soronellas-Masdeu, 2021). Por un lado, por el desamparo al cual se ve abocada la persona, extendido en una coyuntura de austeridad de los servicios públicos y de inaccesibilidad o falta de respuesta por parte de otros/as agentes de cuidado, como el mercado o la comunidad; y, por otro lado, por las implicaciones emocionales que se derivan de ello, en términos de malestares causados por las frustraciones relacionadas con las expectativas de compañía y protección social que, culturalmente, situamos al constructo de familia (Gajardo, 2015).

### 3.3. Soledades, dependencia y patología: El ingreso como un antes y un después.

Durante el envejecimiento es frecuente que algunos procesos de enfermedad impliquen una pérdida progresiva de funcionalidad. Las enfermedades crónicas, o eventos repentinos como caídas o fracturas, motivan ingresos hospitalarios en los que la persona experimenta un retroceso de su autonomía. Con la edad, cada vez es más común la irreversibilidad de estas pérdidas. El ingreso hospitalario es escenario de la toma de conciencia de aquellas personas que quizás no podrán vivir autónomamente, al menos por un periodo de tiempo. Drotbohm (2015) habla de la crisis haciendo referencia a aquellas situaciones de vulnerabilidad que llevan a los miembros de la sociedad caboverdiana a reclamar la ayuda de otros. Tomando esta idea, perfectamente extrapolable, la enfermedad, la pérdida de autonomía, son una crisis para el paciente en tanto que le obligará a reorganizar su vida para tener cubiertas sus necesidades más básicas y, en definitiva, poder sobrevivir.

*Tenemos ingresada a una señora a quien le robaron la bolsa saliendo de un centro comercial. Se fracturó el sa-*

*cro. Es una mujer de 75 años que vivía sola, llevaba una vida muy autónoma, salía a caminar cada día. De un momento a otro pasó a ser totalmente dependiente. [...] Ahora tiene miedo de volver a casa, temor de no poder hacer las cosas que hacía antes. (Verónica, TS, entrevista).*

Las personas inmersas en una situación de soledad objetiva (Yusta, 2019) viven, en estos momentos de vulnerabilidad, una insatisfacción de las demandas de cuidado: “Por tanto, la noción de crisis puede interpretarse como la ausencia, amenazante o real, de atención en un momento determinado” (Drotbohm, 2015, p. 97). Las personas que se encuentran en esta situación necesitan de los demás y no los tienen: “¿Qué hago cuando me den el alta? ¿Quién cuidará de mí? A partir de ahora no me puedo cuidar yo solo”. La crisis de los cuidados nos habla, precisamente, de un modelo que, habiéndose basado en la solidaridad familiar intergeneracional, amenaza con desaparecer (Pérez-Orozco, 2006). De acuerdo con las observaciones y con los testimonios de las profesionales entrevistadas, algunas personas empiezan a sentirse solas, o al menos así lo verbalizan, cuando se dan cuenta de que no disponen del apoyo que necesitan. Pero también es común que aquellas soledades que no iban más allá de una sensación incómoda o dolorosa pasen, en esta coyuntura, a visualizarse desde el riesgo.

La falta de alguien que pueda proveer los cuidados necesarios a la persona en situación de dependencia pone en riesgo su supervivencia y bienestar. Mia –TS– hablaba del hospital como un lugar donde las personas están más frágiles, más vulnerables y también más expuestas: “su cuerpo y su psicología están expuestos”. La primera detección de la soledad que amenaza la vida suele venir por parte de enfermería: “al final son ellas las que están con los pacientes todo el rato”. El hecho de convivir con las personas enfermas pone en evidencia la dependencia y el desamparo. En el hospital donde trabajé el equipo de enfermería hacía una valoración al ingreso a todos los y las pacientes. Una de las preguntas que hacían a los enfermos era si vivían solos y si tenían familia. “En caso de que se detecte que hay un aislamiento, se envía una alerta al equipo de Trabajo Social, como ha pasado con Josep<sup>4</sup>”, me comentaba la TS. Josep era un hombre con deterioro cognitivo que el Servicio de Emergencias Médicas (SEM) llevó a urgencias después de haber caído en la calle. Resulta que la dirección que dio al hospital no correspondía con la suya. Las personas que vivían allí contestaron que no conocían a aquel señor. La agudización del deterioro cognitivo de base lo llevó a no recordar dónde vivía. Tampoco recordaba si tenía familia y en la historia clínica no constaba ningún teléfono de referencia. Nadie lo fue a buscar y tampoco denunciaron su desaparición. El hospital es una puerta de entrada a la soledad, en tanto que en un momento de debilidad y vulnerabilidad –cuando se escenifica que necesitamos de los demás–, llegan personas invisibles, desvinculadas de todo y de todos.

La incuestionable emergencia de las soledades en el ámbito hospitalario llevó a formular preguntas sobre su relación con los procesos mórbidos objeto de su atención. En la revisión bibliográfica efectuada, los vínculos entre soledad, aislamiento y mala salud física y mental aparecían

<sup>4</sup> Mia hizo referencia a este paciente a partir de un nombre ficticio.

de forma constante (Segura et al., 2020; Víctor et al., 2000). Y, además, el apoyo y las relaciones sociales satisfactorias han sido consideradas, en estudios de máximo rigor e impacto, como uno de los principales factores de protección de la salud (Wilkinson y Marmot, 2003).

A lo largo de mi experiencia profesional, me ha sorprendido ver informes médicos e historias clínicas donde la falta de apoyo social es colocada como un diagnóstico, compartiendo líneas con la diabetes tipo I o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Paradójicamente, cuando confrontaba a los/las profesionales, sobre todo médicos y médicas, me lo reconocían más bien como una circunstancia que interfiere en el proceso de salud - enfermedad y que debe tenerse en cuenta de cara a planificar el tratamiento y el alta. También destacaban que hay determinadas enfermedades que son especialmente enemigas de la soledad, como las demencias. Si bien plantearse la soledad como una enfermedad generaba dudas entre los/las informantes, en un entorno hospitalario es comúnmente aceptado por parte de sus profesionales que las personas mayores que viven solas y/o no disponen de un entorno que satisfaga sus necesidades de cuidado, realizarán un mayor número de descompensaciones a nivel clínico y requerirán más ingresos hospitalarios.

En esta línea, expertos en soledad como Yanguas (2022), han advertido de la necesidad de no patologizar la vida cotidiana, entendiendo la soledad como un sentimiento que –como la tristeza– nos acompaña a lo largo de las trayectorias vitales.

*La soledad no es una enfermedad, pero sí es parte de las enfermedades. [...] Si hay alguna patología previa, es muy fácil que el paciente se desestabilice con más facilidad y necesite más ingresos hospitalarios. Por ejemplo, alguien que tiene una insuficiencia cardíaca o una diabetes y que vive solo, que no tiene quien le controle lo que come, que no tiene conciencia de enfermedad... es alguien que se descompensará y volverá pronto al hospital. (Cori, médica, entrevista).*

La soledad se diagnostica, en los hospitales, en aquellos casos en que hay una falta de cuidadora y una mayor necesidad de recibir cuidados. Esto se debe a que, esta situación, supone un riesgo real para la supervivencia del / de la paciente, yendo más allá de las implicaciones emocionales que pueda tener para la persona. Que determinadas formas de soledad se diagnostiquen no es casual, ya que tendrá unas implicaciones en las intervenciones médicas y sociales que se realizarán en el seno del proceso terapéutico, incluyendo la planificación del alta hospitalaria por parte de Trabajo Social (Colom, 2000). El objeto de este artículo no ha sido el de indagar sobre esta cuestión, pero sí es importante recalcar que las respuestas que se pueden dar desde las otras instituciones proveedoras de cuidado, más allá de la familia, son totalmente insuficientes, especialmente si no se cuenta con capacidad económica para acudir al mercado de servicios. Y es que, aunque la Ley de dependencia, del año 2006, supuso un gran avance en términos de reconocimiento de la dimensión social del cuidado, los años de austeridad la han abocado a la imposibilidad de dar la atención necesaria (Comas d'Argemir, 2014).

#### 4. Reflexiones finales.

Este es el resultado de una investigación que, desde el ámbito hospitalario, ha tratado de contribuir al análisis de los factores socioculturales que explican y significan las soledades, concretamente, explorando la relación que estas establecen, en personas mayores en situación de dependencia, con el fenómeno de la crisis de los cuidados. Una relación que se ha visto como conflictiva, en tanto que, en un contexto de mayor necesidad de acompañamiento, genera malestares imbricados en un modelo que sigue situando a la familia en el centro de la provisión del cuidado cuando esta no siempre puede dar respuesta, y en un momento en el que las demás formas institucionales que componen el *care diamond* (Razavi, 2007) destacan por su inaccesibilidad, precariedad o ausencia. Soledades que tienen que ver con personas que, encontrándose en una situación de gran vulnerabilidad, como cuando ingresan en un hospital y experimentan una pérdida importante de autonomía y funcionalidad, se dan cuenta de que no tienen a nadie a su lado que pueda cuidarlas cuando (más) lo necesitan.

El auge de las enfermedades crónicas, y el aumento de la esperanza de vida, lleva a muchas personas mayores a sufrir procesos de pérdida de autonomía más o menos progresivos. La emergencia de la enfermedad con la edad, o las (re)agudizaciones de las enfermedades de base, las llevan a ingresar en los hospitales y, paralelamente, en muchos de los casos, a perder una funcionalidad que las obliga a depender, más que anteriormente, de los/las demás. El ingreso se configura, así, como un punto de inflexión, en especial para aquellas que partían de una situación de (cierto) aislamiento social. Las personas solas y en situación de dependencia deben enfrentarse a sus nuevas limitaciones funcionales; deben tomar conciencia de las pérdidas, pero también del deterioro de sus vínculos sociales y de la necesidad de reorganizar sus vidas.

Teniendo claro que las situaciones de dependencia, en sentido estricto, son las que más fácilmente nos permiten visualizar la relación entre las soledades y la crisis de los cuidados, no hemos de olvidar que –como ya decían las pioneras del Trabajo Social, y posteriormente recuperaron Butler (2006) y otras teóricas feministas– todos y todas somos interdependientes y, por tanto, todos y todas tenemos –en menor o mayor medida– necesidad de recibir cuidados y capacidad para ofrecerlos. Por tanto, es necesario ampliar el constructo y entender que algunas de las soledades que no responden necesariamente a la falta de un cuidado básico u orientado a la supervivencia más que a la calidad de vida –y que, en este trabajo, aparecían como no prioritarias a ojos de los paradigmas biomédicos– podrían, también, encontrar un marco explicativo en esta crisis, comprendiendo la falta o la insatisfacción en relación con elementos de cuidado tan relevantes con el estar, el escuchar o el acompañar. En definitiva, la crisis del modelo de cuidados se presenta, por un lado, como un reto mayúsculo para el Trabajo Social, en tanto que no solo es productora de soledad, sino que también sitúa el quehacer de la profesión en un contexto hostil, extendido en el marco de la insuficiente provisión de asistencia pública, marcada por la crisis económica - financiera de 2008 y de reproducción social,

el austericidio, los recortes a nuestro sistema público, la mercantilización del cuidado, la actual coyuntura de recuperación pospandémica, y la inexistencia de un modelo comunitario o de solidaridad ciudadana. Pero, por otro lado, también se presenta como una oportunidad de cambio que nos permita situar los cuidados en el centro de las prioridades sociales, concibiéndolos en un sentido amplio, y dejando de sustentarlos en la reproducción de desigualdades. En este sentido, las propuestas de futuro no pueden dejar de pasar por la visibilización de estas realidades sociales, reivindicando la posición privilegiada que ocupamos los y las trabajadoras sociales para hacerlo; por el posicionamiento de la profesión en las éticas del cuidado y la justicia social (Cubillos, 2014); así como por la contribución en el debate más amplio en torno al replanteamiento –urgente– de nuestro modelo de cuidados.

#### 5. Bibliografía.

- Allué, M. (2013). *El paciente inquieto: Los servicios de atención médica y la ciudadanía*. Edicions Bellaterra.
- Bofill-Poch, S. y Comas d'Argemir, D. (2021). Promoviendo la justicia social y de género en el cuidado de mayores y dependientes. En Dolors Comas d'Argemir y Silvia Bofill-Poch (Eds.), *El cuidado de mayores y dependientes: Avanzando hacia la igualdad de género y la justicia social* (pp. 9-34). Icaria.
- Brunet, I., Pastor, I. y Belzunegui, À. (2002). *Tipus de mostreig. Tècniques d'investigació social*. Pòrtic.
- Butler, J. (2006). *Vida Precaria. El poder del duelo y la violencia*. Paidós.
- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. S. XXI editores.
- Casas-Martí, J. i González, S. (2019). La dimensió social de la durada de l'estada hospitalària. El cas de la Unitat de Subaguts del Centre Fòrum. *Revista de Treball Social*, 215, 127-143. <https://doi.org/10.32061/RTS2019.215.08>
- Cifuentes-Gil, R. M. y Pantoja-Kauffmann, G. F. (2019). *Sistematización de experiencias para construir saberes y conocimientos desde las prácticas*. Editorial Brujas.
- Colom, D. (2000). *La planificación del alta hospitalaria*. S. XXI de España Editores.
- Comas d'Argemir, D. (2014). Los cuidados y sus máscaras. Retos para la antropología feminista. *Mora*, 20, 167-182. <https://doi.org/10.34096/mora.n20.2339>
- Comas d'Argemir, D. y Soronellas-Masdeu, M. (2021). Envejecimiento, dependencia y cuidados. Retos sociales y retos asistenciales. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 22, 5-18. <https://doi.org/10.17345/aec22.5-18>
- Comelles, J. M., Alegre-Agís, E. y Barceló, J. (2017). Del hospital de pobres a la cultura hospitalo-céntrica. Economía política y cambio cultural en el sistema hospitalario catalán. *Kamchatka. Revista de análisis cultural*, 10, 57-85. <https://doi.org/10.7203/KAM.10.10420>
- Cubillos, C. (2014). Ética para la intervención social. Los valores aportados por el Trabajo Social y las éticas del cuidado y no paternalista como modelos de referencia para la práctica profesional. *Revista Trabajo Social*, 87(1), 3-18. <https://revistatrabajosocial.uc.cl/index.php/RTS/article/view/2570/2532>

Daly, M. y Lewis, J. (2011). El concepto de 'social care' y el análisis de los Estados de Bienestar contemporáneos. En C. Carrasco, C. Borderías y T. Torns (Eds.), *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas* (pp. 225-251). Catarata.

Drotbohm H. (2015). Shifting Care Among Families, Social Networks, and State Institutions in Times of Crisis: A Transnational Cape Verdean Perspective. Dentro de: E. Alber, H. Drotbohm (Eds.), *Anthropological Perspectives on Care*. Palgrave Macmillan.

Ezquerro, S. (2012). Acumulación por desposesión, género y crisis en el Estado español. *Revista de Economía Crítica*, 14, 124-147. <https://revistaeconomiacritica.org/index.php/rec/article/view/507>

Gajardo, J. (2015). Vejez y soledad: implicancias a partir de la construcción de la noción de riesgo. *Acta bioethica*, 21(2), 199-205. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2015000200006>

Generalitat de Catalunya (2017). *Bases per a un model català d'atenció a les persones amb necessitats complexes: Conceptualització i introducció als elements operatius*. Departament de Salut. <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/3305>

Martínez, R. (2020). *Confinar la soledad*. Observatorio de la Soledad, Amigos de los Mayores. <https://amigosdelosmayores.org/es/actualidad/confinar-soledad>

Martínez, R. y Celdrán, M. (2019). *La soledad no tiene edad*. Explorando vivencias multigeneracionales. Observatori de la Soledat, Amics de la Gent Gran.

Muñoz, M. (2004). Reflexiones en torno al trabajo social hospitalario. *Revista de Treball Social*, 176, 51-56.

Nicolaisen, M. & Thorsen, K. (2014). Who are lonely? Loneliness in different age groups (18-81 years old), using two measures of loneliness. *International Journal of Aging and Human Development*, 78(3), 229-257. <https://doi.org/10.2190/AG.78.3.b>

Pérez-Orozco, A. (2006). Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. *Revista de Economía Crítica*, 5, 7-37. <https://revistaeconomiacritica.org/index.php/rec/article/view/388>

Pinazo-Hernandis, S. y Donio-Bellegarde, M. (2018). *La soledad de las personas mayores. Conceptualización, valoración e intervención*. Fundación Pilares. <https://www.fundacionpilares.org/publicacion/la-soledad-de-las-personas-mayores-conceptualizacion-valoracion-e-intervencion/>

Puga, A. (2018). *Y camino con ellos*. Paulinas.

Razavi, S. (2007). The Political and Social Economy of Care in a Development Context. Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options. *Gender and Development Programme, Paper number 3*. United Nations Institute for Social Development. <https://www.unrisd.org/en/library/publications/the-political-and-social-economy-of-care-in-a-development-context-conceptual-issues-research-questio>

Rodríguez, A. (2019). La sistematización de experiencias como método de investigación para la producción del conocimiento. *Revista de Ciencias Humanísticas y Sociales*, 4(1), 113-123. <http://dx.doi.org/10.33936/rehuso.v4i1.2143>

Sandín, M. y Conde, P. (2010). Hiperfrecuentación: Percepción de los profesionales de atención primaria

- sobre su definición, motivos, situaciones y la relación con los pacientes hiperfrecuentadores. *Revista de Calidad Asistencial*, 25(1), 21-27. <http://doi.org/10.1016/j.j.cali.2009.07.007>
- Segura, C., Pinazo-Hernandis, S., Quiles, A. y Yanguas, J. (2020). *Soledad. Fórum de debate: Hacia una Sociedad Cuidadora*. Mémorea Fundación.
- Victor, C., Scambler, S., Bond, J. & Bowling, A. (2000). Being alone in later life: Loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10(4), 407-417. <https://doi.org/10.1017/S0959259800104101>
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. MIT Press.
- Wilkinson, R. y Marmot, M. (2003). *Determinantes sociales de la salud: Los hechos irrefutables*. Organización Mundial de la Salud.
- Yanguas, J. (2022). *Soledad y ciclos de vida*. Mesa redonda en las I Jornadas Internacionales sobre Soledad: 9 y 10 de noviembre de 2022, Barcelona, España.
- Yusta, R. (2019). La soledad no deseada en el ámbito de la Gerontología. *Trabajo Social Hoy*, 88, 25-42. <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2019.0014>