



LH

HUMANIZACIÓN, PASTORAL Y ÉTICA DE LA SALUD

**Acompañar
en la soledad:
Nadie se basta
a sí mismo**

LA
BOR
HOS
PITA
LARIA

n.326

ENERO/FEBRERO/
MARZO/ABRIL

1 /2020

Hermanos de San Juan de Dios Provincia de Aragón - San Rafael

Año 69. Tercera Época
Enero/Febrero/Marzo/Abril
Número 326. Volumen LII

Consejo de Redacción

Dirección - José Luis Redrado, O.H.

Coordinadores

Ética de la Salud - Margarita Bofarull, rscj
Pastoral - Rudesindo Delgado
Humanización - Amèlia Guillerà
Administración - Dolores Sáenz
Redacción - Maite Hereu
Colaboración Provincia
Bética - Calixto Plumed, OH

Consejo Asesor

Humanización - Anna Ramió,
Laura Martínez, Jesús Pineda, OH
Pastoral - Marije Goikoebea,
José Luis Méndez, Mercè Puig Pey
Ética de la salud - Manuel de los Reyes López,
Juan Ramón Lacadena, M^a Pilar Núñez-Cubero

Dirección y Redacción

Curia Provincial
Hermanos de San Juan de Dios
Doctor Antoni Pujadas, 40
Teléfono. 93 630 30 90
08830 Sant Boi del Llobregat - Barcelona
laborhospitalaria@ohsjd.es

Fotografías

Alba Felip
Pixabay
Cathopic

Abstracts

Anna Roca

Información y suscripciones
laborhospitalaria@ohsjd.es

www.ohsjd.es
www.laborhospitalaria.com

Publicación autorizada por el Ministerio
de Sanidad como soporte válido.

Ref. SVR nº. 401
ISSN 0211-8268 - Dep. Legal: B.2998-61
COLOR DIGITAL - BCN



Editorial. p6

Mensaje del Santo Padre Francisco. p8

Campaña Día del Enfermo:
orientaciones. p12

01/ La "locura":
del miedo a la dignidad. p14
Alberto Cano Arenas, SJ

02/ Perspectiva antropológica
de la soledad. p22
José Angel Ceballos Amandi

03/ La soledad 3.0. p28
Rosa María Pinto Lobo

04/ La soledad en la enfermedad. p38
Pablo Morales Álvarez

05/ La soledad
en la enfermedad mental. p48
Marta López Fernández-Escandón

06/ Santa Genoveva Torres Morales:
del carisma a la misión. p54
Hna. Irene Cuende. Superiora/Directora Residencia

07/ La soledad
y las personas mayores. p66
M^a del Pilar Castro Blanco

08/Experiencias. p80

8.1/ Vivencia de la soledad en la enfermedad.
Experiencia personal.

Joan Viñas Salas

8.2/ Combatir la soledad no deseada en la
Residencia Municipal San Íñigo de Calatayud.
Pilar Esteban Tolosa

8.3/ Impacto de una intervención grupal en la
percepción de soledad de las personas mayores.
Jordi Ramon Rizo

09/Proyectos. p94

9.1/ Mesa del Justicia de Aragón sobre Mayores
en Soledad no elegida.

Ángel Dolado Pérez

9.2/ Programa Soledad, un toque
de atención en el corazón juandediano.
Francisca Palmero

10/Recursos p110

10.1/ Bibliografía sobre soledad.

Biblioteca SJD

10.2/ La soledad en el cine.
Juan Manuel Bajo Llauredó

Normas de Publicación

Normas generales para la presentación de artículos.

1. El manuscrito deberá realizarse utilizando el programa **Word** como procesador de texto y en **Excel** o **PowerPoint** cuando se trate de gráficos. Respecto al texto, la presentación será espacio y medio, a un cuerpo de letra de **Arial 12**, en **DIN A4**, dejando los márgenes laterales, superior e inferior de **2,5 cm.**

2. Si se envían imágenes digitales, éstas deben tener una resolución de **300 dpi**, a un tamaño de **10 x 15 cm**, y en formato **jpg**.

3. Para los artículos, el texto del manuscrito, incluida la bibliografía, deberá ajustarse a un **máximo de 3.000 palabras.**

Las tablas, cuadros, gráficos o imágenes se enviarán aparte del texto, cuyo número no excederá de **seis** en conjunto, debiendo estar numeradas y acotadas según su orden de aparición en el texto y conteniendo título, leyenda o pie de foto, según proceda.

Se intentará restringir al máximo las abreviaturas y siglas, que se definirán cuando se mencionen por primera vez. Las páginas se numerarán consecutivamente, desde la página del título, en el ángulo superior o inferior derecho.

Todos los artículos tendrán que incluir un resumen, que **no superará las 150 palabras**, y entre tres y cinco palabras clave, en castellano y en inglés.

Para las experiencias, el texto del manuscrito deberá ajustarse a un **máximo de 1.000 palabras**. No es necesaria la presentación de: bibliografía, resumen y palabras clave.

4. La página del título deberá contener el título del trabajo (que será breve pero informativo), nombre y dos apellidos de cada autor/a, títulos académicos y filiación institucional, así como el nombre, la dirección postal y electrónica (E-mail) y el teléfono

de contacto del autor/a responsable para posible correspondencia.

5. La bibliografía utilizada en la elaboración del manuscrito, deberá ser citada en el texto según la **normativa APA** y así mismo estar referenciada en el apartado correspondiente de Bibliografía.

6. El manuscrito debe acompañarse de una carta de presentación donde el autor/res/ras **autorice su publicación, la cesión de derechos, así como la certificación de que se trata de un trabajo inédito** y que tiene todos los permisos necesarios para reproducir las ilustraciones, fotografías u otros materiales contenidos en el texto que presenta. **No se aceptarán trabajos ya publicados.**

7. El manuscrito debe enviarse por e.mail a la siguiente dirección: **laborhospitalaria@ohsjd.es**

Acceso al fondo bibliográfico y pautas de suscripción

La microsite www.laborhospitalaria.org permitió en su momento tener acceso al fondo bibliográfico de la revista desde 1972 para todos los interesados en temas de humanización, ética y pastoral de la salud, dejando para los suscriptores el acceso a los contenidos de los dos últimos años. Sin embargo, este 2019 los Hermanos de San Juan de Dios han decidido abrir la publicación online a todos los internautas, eliminando el pago de la suscripción online por los contenidos de los dos últimos años.

Se mantiene la suscripción en papel con la que recibir la publicación por correo postal al precio de **36€** para España y **50€** o **50\$** para el resto de países. Para suscribir sólo hay que mandar un correo electrónico a laborhospitalaria@ohsjd.es con los datos personales, dirección donde recibir la revista y número de cuenta para domiciliar el pago.

Para cualquier duda o consulta pueden ponerse en contacto a través de nuestro correo electrónico: laborhospitalaria@ohsjd.es o llamar al 936 303 090 (ext. 12482)

Precio de las suscripciones

LH Año 2020	Papel / Digital	36 € - España
		50 € - Europa
		50 \$ - USA

Les informamos que sus datos serán responsabilidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, y se tratarán para el envío de publicaciones, y bajo la legitimación de su consentimiento. No se cederán datos a terceros, excepto que sea obligación legal. Si desea ejercer sus derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos, así como otros derechos reconocidos, o para más información, pueden contactar con eduardpuig@ohsjd.es



editorial

La soledad, enfermedad del siglo XXI

Cuando me pongo a ofrecer desde esta Editorial nuestro primer número de Labor Hospitalaria 2020 con el título la “SOLEDAD”, siento un gran embarazo por el campo tan amplio que cobija la palabra “soledad” e imaginarse que sean realidad algunas de las afirmaciones como éstas: una enfermedad del siglo XXI, siglo de aglomeraciones, estadios, mass media, aparatos técnicos sofisticados...

¿Será verdad eso, estar en medio de tanta gente y sentirse solo?, ¿sentirse solo en medio de tanta vorágine?, ¿qué pasa si no hay nadie?, ¿qué pasa si nadie te espera?.

Sí, la soledad nos hace “vulnerables”. Recuerdo a nuestros lectores el número anterior de Labor hospitalaria “Vulnerables y sanadores”. Son dos números que se complementan.

La soledad aparece hoy más que nunca como una compañera de viaje, como una fotografía llena de rostros, todos diferentes; de ahí que no podamos fijarnos en un solo modelo de soledad, como si fuera un patrón, quizá subrayando la soledad del anciano, cuando la tenemos tam-

bién en el niño, en el adolescente, en el enfermo, en el emigrante y, si alargamos la vista, la encontramos también en el líder, en los padres, en los famosos - “porque nadie dijo que el éxito fuera de digestión fácil”.

Vulnerabilidad y también pobreza, eso de la soledad: nos lo dice la **Madre Teresa de Calcuta**: “La más terrible pobreza es la soledad y el sentimiento de no ser amado”.

“El ser humano no es una criatura solitaria, sino social” (**San Basilio**). Nadie se basta a sí mismo.

Este pequeño “aperitivo” de frases me sirve para señalar a nuestros lectores el material que sigue a continuación. Esta vez son voces desde diversos grupos de reflexión en los que hemos estado presentes: Departamento Nacional de Pastoral de la salud de la Conferencia Episcopal Española y Pastoral de la salud de las diócesis de Aragón.

A través de ellos de forma especial hemos obtenido la reflexión puntual, las experiencias, los proyectos para paliar la soledad y los recursos.

Nuestro agradecimiento sincero a quienes hacéis realidad este número de la revista que se presenta de gran actualidad, siempre “condicionados” por no poder abarcarlo todo, pero lo suficientemente amplio para poder abrir a los lectores un buen ángulo de visión.

No quisiera terminar sin hacer algunas referencias en la línea a “paliar” la soledad. Me refiero en primer lugar a los cuatro verbos que el **Papa Francisco** nos ofreció en el mensaje sobre la Jornada Mundial de Migrantes y Refugiados 2019: “Acoger, proteger, promover e integrar”.

En la misma línea va también el Mensaje de la Jornada Mundial del enfermo 2020: “Venid a Mí todos los que estáis cansados y agobiados, y yo os aliviaré” (**Mt 11, 18**), que expresan dice el Papa la “solidaridad de Jesús frente al hombre que sufre”. Es palabra de esperanza, de presencia, de personalización.

Todo enfermo, también quien se siente solo, necesita apoyo, solicitud, atención y amor.

La Iglesia, dice el Papa, desea ser “posada” del Buen samaritano, “casa” donde encontrar gracia, acogida y consuelo en la fragilidad. Esta es la tarea de los agentes sanitarios.

Preciosas también las claves de aplicación que nos ofrece el profesor **Alberto Cano** cuando hablando de la dignidad de la persona nos ofrece, repito, tres verbos: contemplar, palpar, consolar; también para momentos de soledad.

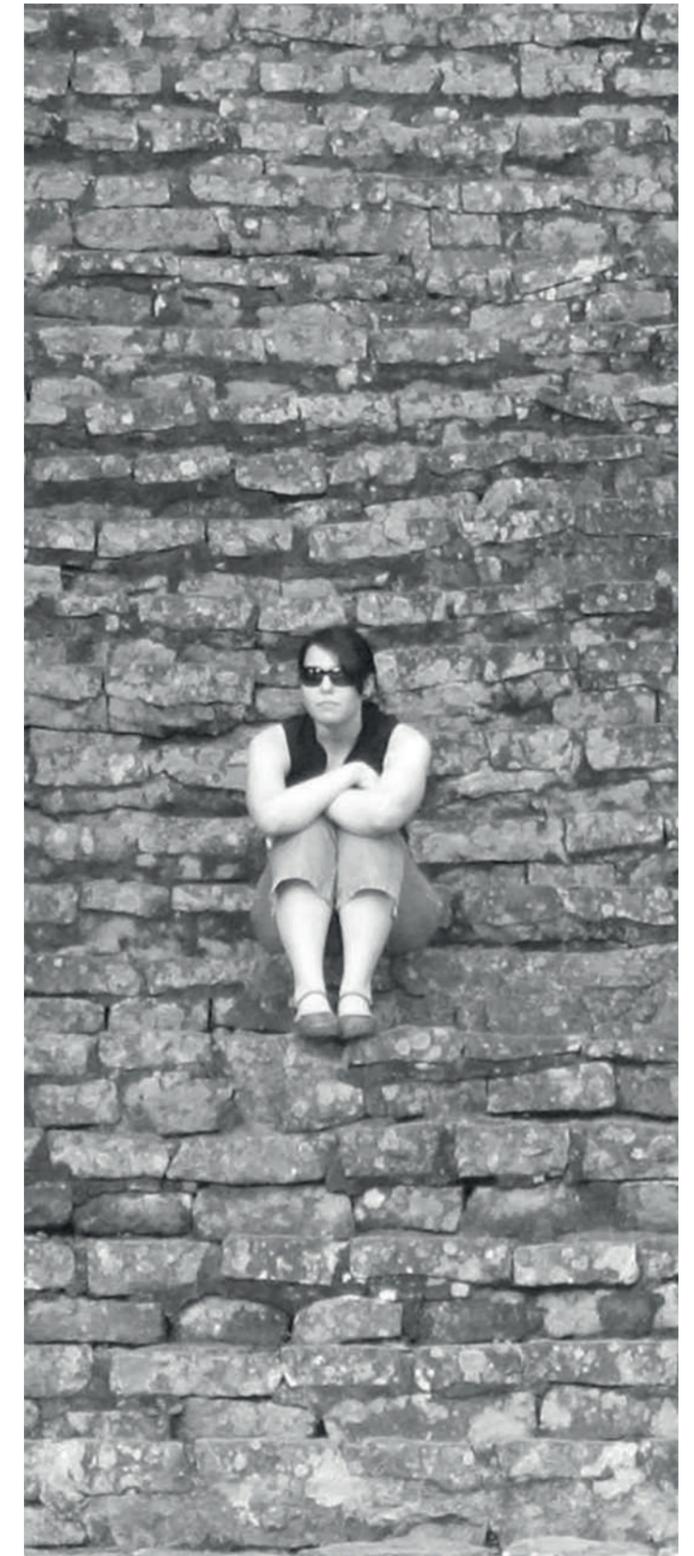
También traemos en este número la voz de una santa, **Genoveva Torres Morales**, llamada el “ángel de la soledad”; lo que ella fue y lo que ella alumbró, una Institución religiosa al servicio de las personas que se sienten solas. Una misión de gran actualidad - “ángeles de la soledad”.

No faltan tampoco proyectos en marcha, como indicadores de lo que podemos y necesitamos hacer. Por ello, nuestro agradecimiento al Justicia de Aragón que en varias ocasiones y a grupos diversos nos ilustró el proyecto que ofrecen a la sociedad. Y también por parte de la Orden Hospitalaria, “Programa Soledad, un toque en el corazón juanediano”.

Sí, hemos comenzado diciendo que la soledad es la enfermedad del siglo XXI. ¡Ojalá que esta pequeña contribución de Labor Hospitalaria ayude a curarla!

Lectores, mucho ánimo. Parte está en vuestras manos.

+ **José Luis Redrado, O.H.**
Director



Mensaje del
Papa Francisco
para la XXVIII
Jornada Mundial
del Enfermo.
11 de febrero de 2020



“Venid a mí todos los que estáis cansados y agobiados, y yo os aliviaré (Mt 11,28)”

Queridos hermanos y hermanas:

1. Las palabras que pronuncia Jesús: «**Venid a mí todos los que estáis cansados y agobiados, y yo os aliviaré**» (Mt 11,28) indican el camino misterioso de la gracia que se revela a los sencillos y que ofrece alivio a quienes están cansados y fatigados. Estas palabras expresan la solidaridad del Hijo del hombre, Jesucristo, ante una humanidad afligida y que sufre. ¡Cuántas personas padecen en el cuerpo y en el espíritu! Jesús dice a todos que acudan a Él, «**venid a mí**», y les promete alivio y consuelo.

«**Cuando Jesús dice esto, tiene ante sus ojos a las personas que encuentra todos los días por los caminos de Galilea: mucha gente sencilla, pobres, enfermos, pecadores, marginados... del peso de la ley del sistema social opresivo... Esta gente lo ha seguido siempre para escuchar su palabra, ¡una palabra que daba esperanza!**» (Ángelus, 6 julio 2014).

En la XXVIII Jornada Mundial del Enfermo, Jesús dirige una invitación a los enfermos y a los oprimidos, a los pobres que saben que de-

penden completamente de Dios y que, heridos por el peso de la prueba, necesitan ser curados. Jesucristo, a quien siente angustia por su propia situación de fragilidad, dolor y debilidad, no impone leyes, sino que ofrece su misericordia, es decir, su persona salvadora.

Jesús mira la humanidad herida. Tiene ojos que ven, que se dan cuenta, porque miran profundamente, no corren indiferentes, sino que se detienen y abrazan a todo el hombre, a cada hombre en su condición de salud, sin descartar a nadie, e invita a cada uno a entrar en su vida para experimentar la ternura.

2. ¿Por qué Jesucristo nutre estos sentimientos? Porque él mismo se hizo débil, vivió la experiencia humana del sufrimiento y recibió a su vez consuelo del Padre. Efectivamente, sólo quien vive en primera persona esta experiencia sabrá ser consuelo para otros. Las formas graves de sufrimiento son varias: enfermedades incurables y crónicas, patologías psíquicas, las que necesitan rehabilitación o cuidados paliativos, las diversas discapacidades, las enfermedades de la infancia y de la vejez...

En estas circunstancias, a veces se percibe una carencia de humanidad y, por eso, resulta necesario personalizar el modo de acercarse al enfermo, añadiendo al curar el cuidar, para una recuperación humana integral. Durante la enfermedad, la persona siente que está comprometida no sólo su integridad física, sino también sus dimensiones relacionales, intelectual, afectiva y espiritual; por eso, además de los tratamientos espera recibir apoyo, solicitud, atención... en definitiva, amor. Por otra parte,

junto al enfermo hay una familia que sufre, y a su vez pide consuelo y cercanía.

3. Queridos hermanos y hermanas enfermos: A causa de la enfermedad, estáis de modo particular entre quienes, “**cansados y agobiados**”, atraen la mirada y el corazón de Jesús. De ahí viene la luz para vuestros momentos de oscuridad, la esperanza para vuestro desconsuelo. Jesús os invita a acudir a Él: «**Venid**».

En Él, efectivamente, encontraréis la fuerza para afrontar las inquietudes y las preguntas que surgen en vosotros, en esta “**noche**” del cuerpo y del espíritu. Sí, Cristo no nos ha dado recetas, sino que con su pasión, muerte y resurrección nos libera de la opresión del mal.

En esta condición, ciertamente, necesitáis un lugar para restableceros. La Iglesia desea ser cada vez más -y lo mejor que pueda- la “**posada**” del Buen Samaritano que es Cristo (cf. Lc 10,34), es decir, la casa en la que podéis encontrar su gracia, que se expresa en la familiaridad, en la acogida y en el consuelo.

En esta casa, podréis encontrar personas que, curadas por la misericordia de Dios en su fragilidad, sabrán ayudaros a llevar la cruz haciendo de las propias heridas claraboyas a través de las cuales se pueda mirar el horizonte más allá de la enfermedad, y recibir luz y aire puro para vuestra vida.

En esta tarea de procurar alivio a los hermanos enfermos se sitúa el servicio de los agentes sanitarios, médicos, enfermeros, personal sanitario y administrativo, auxiliares y voluntarios que

actúan con competencia haciendo sentir la presencia de Cristo, que ofrece consuelo y se hace cargo de la persona enferma curando sus heridas. Sin embargo, ellos son también hombres y mujeres con sus fragilidades y sus enfermedades. Para ellos valen especialmente estas palabras:

«**Una vez recibido el alivio y el consuelo de Cristo, estamos llamados a su vez a convertirnos en descanso y consuelo para los hermanos, con actitud mansa y humilde, a imitación del Maestro**» (Ángelus, 6 julio 2014).

4. Queridos agentes sanitarios: Cada intervención de diagnóstico, preventiva, terapéutica, de investigación, cada tratamiento o rehabilitación se dirige a la persona enferma, donde el sustantivo “**persona**” siempre está antes del adjetivo “**enferma**”.

Por lo tanto, que vuestra acción tenga constantemente presente la dignidad y la vida de la persona, sin ceder a actos que lleven a la eutanasia, al suicidio asistido o a poner fin a la vida, ni siquiera cuando el estado de la enfermedad sea irreversible.

En la experiencia del límite y del posible fracaso de la ciencia médica frente a casos clínicos cada vez más problemáticos y a diagnósticos infaustos, estáis llamados a abrirnos a la dimensión trascendente, que puede daros el sentido pleno de vuestra profesión. Recordemos que la vida es sagrada y pertenece a Dios, por lo tan-

to, es inviolable y no se puede disponer de ella (cf. Instr. *Donum vitae*, 5; Carta enc. *Evangelium vitae*, 29-53).

La vida debe ser acogida, tutelada, respetada y servida desde que surge hasta que termina: lo requieren simultáneamente tanto la razón como la fe en Dios, autor de la vida.

En ciertos casos, la objeción de conciencia es para vosotros una elección necesaria para ser coherentes con este “sí” a la vida y a la persona. En cualquier caso, vuestra profesionalidad, animada por la caridad cristiana, será el mejor servicio al verdadero derecho humano, el derecho a la vida.

Aunque a veces no podáis curar al enfermo, sí que podéis siempre cuidar de él con gestos y procedimientos que le den alivio y consuelo.

Lamentablemente, en algunos contextos de guerra y de conflicto violento, el personal sanitario y los centros que se ocupan de dar acogida y asistencia a los enfermos están en el punto de mira. En algunas zonas, el poder político también pretende manipular la asistencia médica a su favor, limitando la justa autonomía de la profesión sanitaria.

En realidad, atacar a aquellos que se dedican al servicio de los miembros del cuerpo social que sufren no beneficia a nadie.

5. En esta XXVIII Jornada Mundial del Enfermo, pienso en los numerosos hermanos y hermanas que, en todo el mundo, no tienen la posibilidad de acceder a los tratamientos, por-

que viven en la pobreza. Me dirijo, por lo tanto, a las instituciones sanitarias y a los Gobiernos de todos los países del mundo, a fin de que no desatiendan la justicia social, considerando solamente el aspecto económico. Deseo que, aunando los principios de solidaridad y subsidiariedad, se coopere para que todos tengan acceso a los cuidados adecuados para la salvaguardia y la recuperación de la salud.

Agradezco de corazón a los voluntarios que se ponen al servicio de los enfermos, que suplen en muchos casos carencias estructurales y reflejan, con gestos de ternura y de cercanía, la imagen de Cristo Buen Samaritano.

Encomiendo a la Virgen María, Salud de los enfermos, a todas las personas que están llevando el peso de la enfermedad, así como a sus familias y a los agentes sanitarios. A todos, con afecto, les aseguro mi cercanía en la oración y les imparto de corazón la Bendición Apostólica.

Francisco



Campaña del Enfermo 2020

Orientaciones del Departamento de Pastoral de la Salud de la Conferencia Episcopal Española.

En este año 2020 el Dicasterio para la Promoción Humana Integral de la Persona nos propone como tema para la Jornada Mundial del Enfermo del 11 de febrero:

«Venid a mí todos los que estáis cansados y agobiados, y yo os aliviaré» (Mt 11,28).

Para quienes nos dedicamos a la Pastoral de la Salud supone una particular invitación a poner nuestra mirada en quienes están cansados y agobiados por la enfermedad y llevarles el alivio de Cristo. Esto implica haber tenido esa experiencia del consuelo del Señor.

En España, la Campaña del Enfermo, comprendida entre el 11 de febrero y el VI domingo de Pascua (17 de mayo), acogiendo este tema, nos proponemos fijarnos en una de las causas de ese cansancio que piden ser aliviadas: la soledad. Con sólo echar una vista a los datos de la soledad nos damos cuenta que tiene las dimensiones de una auténtica epidemia. Según el Instituto Nacional de Estadística, se estima que en España hay 4,7 millones de hogares unipersonales. Dos millones de personas mayores de 65 años viven solas. Más de 850.000 mayores de 80 años viven solos y muchos presentan problemas de movilidad. Solo estas cifras son un dato preocupante. Si además sumamos, entre otras formas

de soledad, la de quienes están ingresados en los hospitales o la de las familias con miembros con una enfermedad mental grave, por ejemplo, descubrimos lo acuciante de reflexionar para buscar el modo de aliviar tanta soledad. Ofrecemos estas sencillas orientaciones como material que puede ayudar a una necesaria preparación y celebración en los diferentes ámbitos -nacional, interdiocesano, diocesano y local- a las Delegaciones Diocesanas y, por ello, a cuantos deseen colaborar activamente para lograr que la Campaña sea una realidad pastoral fecunda en nuestra Iglesia.

Líneas fundamentales de la Campaña.

El lema central de la Campaña de este año es: «Acompañar en la soledad», con el tema bíblico

«Venid a mí todos los que estáis cansados y agobiados, y yo os aliviaré» (Mt 11, 28).

Esperamos que esta Campaña del Enfermo ayude a mentalizarnos y hacer visible tanta soledad “invisible”. Para facilitar la reflexión sobre ello, pueden servirnos estas orientaciones.

1. Hay una soledad sana y necesaria. En la conciencia de sí el hombre aprende a conocerse y a escuchar la voz de Dios, que habla en el silencio. Dios habla en el silencio, pero hay que saberlo escuchar (cf. 1 Re 19, 11-13).

Se trata, por tanto de una soledad deseable y necesaria de cultivarla. En una medida importante aprender a vivir esta soledad nos prepara para la soledad no deseada. El Papa Benedicto XVI nos recordaba cómo

“Cada vez más, incluso sin darse cuenta, las personas están inmersas en una di-

mensión virtual, a causa de los mensajes audiovisuales que acompañan su vida desde la mañana hasta la noche. Los más jóvenes, que han nacido ya en esta condición, parecen querer llenar de música y de imágenes cada momento vacío, casi por miedo a sentir, precisamente, este vacío. (...) Algunas personas ya no son capaces de permanecer largo tiempo en silencio y soledad” (10.VIII.2011).

2. Más de dos millones de personas mayores de 65 años viven solas y, frente a quienes lo hacen por decisión personal, muchas viven aisladas, sin protección e invisibles para la sociedad. Una de cada tres personas dicen sentirse solas en nuestro mundo occidental. En una sociedad de la información y los meta datos, pueden darse situaciones particularmente dolorosas: hombres o mujeres que mueren solos en sus casas y tardamos semanas en descubrirlo. Y el número de personas que sufren la soledad no deja de crecer

3. Es importante hacer una reflexión que nos permita descubrir las causas de las diferentes formas de soledad para encontrar el mejor medio de aliviarlas. Las maneras de hacerlo no serán las mismas. El papa Francisco nos recordaba en la homilía de la Misa de inauguración del Sínodo de los Obispos sobre la Familia (4.X.2015): El drama de la soledad es experimentado por innumerables hombres y mujeres de nuestro tiempo.

Pienso en los ancianos, abandonados incluso por sus seres queridos, y los niños; viudas y viudos; los muchos hombres y mujeres que son dejados por sus cónyuges; todos los que se sienten solos, incomprendidos y sin precedentes; migrantes y refugiados que huyen de la guerra y la persecución; y los muchos jóvenes que son víctimas de la cultura del consumismo, la cultura de los desechos, la cultura del descarte. La soledad es una de las principales causas de exclusión social.

4. No se resuelve teniendo al lado a alguien a quien simplemente le cuento las cosas que me



pueden preocupar o entristecer, sin que mi interlocutor se sienta involucrado. No necesito únicamente ser oído, sino escuchado, acogido. En este sentido sólo podremos aliviar la soledad en una relación que implique el don de uno mismo y la acogida del otro como un don.

En una palabra, **sólo el amor dado y recibido puede aliviar el sentimiento de soledad.** Quien hace esta experiencia, quien acompaña así a quienes se sienten solos, descubre enseguida que quien acompaña es a su vez acompañado, enriquecido en humanidad.

5. La soledad es una auténtica fuente de sufrimiento. El papa Francisco en una Audiencia el 16 de marzo de 2019 nos anima a superar la soledad que convierte la vida en un infierno.

«Nuestro mundo está enfermo de soledad». Cuando el hombre se siente solo, experimenta el infierno. El número de personas que se sienten solas sigue creciendo, al igual que el número de aquellos que están atrapados en el egoísmo, la tristeza, la violencia destructiva y la esclavitud al placer y dinero. Por otro lado cuando el hombre siente que no está siendo abandonado, entonces puede enfrentarse a todo tipo de dificultades y fatigas.



01/La “locura”: del miedo a la dignidad

Alberto Cano Arenas, SJ,
Médico Psiquiatra. Unidad de
Intervención Psicosocial (UNINPSI).
Equipo de Atención a Vida Religiosa.
Universidad Pontificia Comillas. Madrid

El miedo a volvernos locos, a perder la cabeza o a enloquecer es una de las experiencias más aterradoras en la vida. Por eso, hoy se sigue haciendo necesario reivindicar los modos sagrados que tienen algunas personas para hacer frente a situaciones y conflictos nada fáciles de tolerar; es decir, la “locura”. Más aún, resulta apremiante recuperar la dimensión espiritual del ser humano que sufre problemas serios de salud mental: ni todo lo que ocurre se agota en lo biológico ni puede reducirse a la vida psicológica o social. Para ello se proponen tres verbos que, desde la perspectiva de la espiritualidad, permiten acercarse a este misterio de forma respetuosa y cordial: contemplar, palpar y consolar. El reconocimiento del otro distinto desde el espíritu permitirá entender, atender, expresar y cuidar esta dimensión constitutiva del ser humano, que juega un papel crucial para situar a la locura en un plano de total dignidad.

Palabras clave: Salud mental, Espiritualidad, Sufrimiento, Misterio, Dignidad.

Our fear of going crazy or becoming mentally ill is one of the scariest realities in life. For this reason, it is still necessary today to turn to the sacred methods that some people support in order to confront situations and conflicts that are not easy to tolerate: this is what we call “madness”. Moreover, it is urgent to recover the spiritual dimension of the human being who suffers from serious mental health conditions, because everything that happens cannot be explained by the biological field nor can it be reduced to a psychological or sociological problem. Hence, three keys of spirituality have been proposed to allow us to approach this mystery in a respectful and cordial way: contemplate, palpate and console. The recognition of the other distinct from the spirit will allow us to understand, attend, express and care for this constitutive dimension of the human being, which plays a crucial role in placing madness on a level of dignity.

Key words: Mental health, Spirituality, Suffering, Mystery, Dignity.

“Cuando me desperté estaba sola, vestida de blanco y atada a la cama de un hospital. ¿Cuál fue la acusación? Trastorno Bipolar. Pero para mí, algunas veces, creerme Dios era mejor que saberme nadie”.

1/

Sobre miedos, locuras... y mucho más.

Una de las experiencias más aterradoras en la vida es el miedo a volvernos locos, a perder la cabeza, a enloquecer. O a que alguien cercano, a quien queremos, sea “víctima” de la locura. Pues bien, justamente de esto vamos a hablar a lo largo de las páginas que tienes entre manos. De locura y de miedos. Y también de dignidad.

Las personas que viven con algún tipo de sufrimiento mental no son solo (ni principalmente) enfermos indefensos a quienes no les queda más que aceptar pasivamente un diagnóstico rimbombante caído sobre el pecho como una losa de condena. Esquizofrenia paranoide, trastorno esquizoafectivo, trastorno de ansiedad gene-

ralizada, episodio maníaco, trastorno bipolar tipo I... No. Son mucho más.

Por eso, en primer lugar quiero reivindicar el término “locura” (Colina, 2013) para hablar de los modos sagrados que tienen algunas personas para hacer frente a situaciones y conflictos nada fáciles de tolerar. Son modos que, en ocasiones, nos producen miedo y nos inquietan. Así que nos protegemos, evitamos a quienes los practican, los acusamos y llegamos incluso a ejercer nuestro poder. Para entenderlo iremos escuchando a Carmen; que realmente no se llama Carmen, pero es que ella también tiene miedo. Con esto más o menos claro intentaré lanzar una invitación a recuperar la dimensión espiritual del ser humano (Jiménez, 2005). Porque ni en el cerebro ni en la mente está la respuesta total a la pregunta por el hombre. Se hace necesario, en cambio, contemplar otra dimensión que explore cuál es la experiencia particular, los pasos propios de “los locos” cuando bailan con la “enfermedad”.

Finalmente, propondré tres pistas, desde la espiritualidad (Cano y Lobo, 2019), para acercarnos al misterio del ser humano que sufre problemas serios de salud mental. Y oiremos nuevamente a Carmen. Porque únicamente dejando que sea ella quien hable seremos capaces de asomarnos a la dignidad profunda que nada ni nadie le puede arrebatar.

2/

La “locura”: un modo sagrado de ser y de vivir.

“Estoy loca, sí. ¿Y qué pasa?” Esas fueron las primeras palabras de Carmen al vernos por vez primera tras salir de su ingreso en el hospital. Después de esta conversación vinieron muchas más.

Una cada semana durante once meses. Algunas fueron tensas, rotundas, angustiosas, desalentadoras, contenidas. En otras emergían sin cesar preguntas muy difíciles de responder: “¿cómo va a ser mi vida ahora?”, “¿qué me va a pasar?”, “¿hasta cuándo las pastillas?”, “¿podré volver trabajar?”, “¿y tener hijos?”. La mayoría llevaban el tono de una charla honesta entre dos personas que, sinceramente, se quieren ayudar. Pero, de vez en cuando, Carmen ponía encima de la mesa algo a lo que no estaba dispuesta a renunciar: “que sí, que estoy loca, no tengas miedo a decírmelo; pero hay mucho más”.

Claro que hay mucho más. Detrás de cada persona que acude a una consulta de salud mental existe un ser humano que se las ve con la vida e intenta tirar para adelante de la mejor forma que puede. Una vida que generalmente no ha elegido de principio a fin. O que, habiéndola elegido, a veces daría casi todo por poder cambiar. Para mucha gente son, antes que nada, personas con carencias, defectos, déficits, discapacidades... personas con “enfermedad”.

Y es cierto que parte de lo que viven y les ocurre tiene un asiento biológico cerebral. Sin embargo, esto no anula de una vez por todas, para siempre y en cualquier momento ni su carta de ciudadanía, ni su individualidad, ni su dignidad.

Y es que la locura es una pareja de baile que no danza siempre con el mismo paso. Transita por muchos momentos, se conjuga en tiempos verbales diversos, no es monolítica y no admite ninguna roca en que se la quiera cincelar.

Claro que hay situaciones muy específicas en las que quiebra, rompe y desorganiza a quien la sufre. Las crisis (o “descompensaciones”, como se las suele llamar) suponen un momento que amenaza la integridad mental. En las crisis podrán aparecer delirios, alucinaciones, irritabilidad, melancolía, euforia, desorganización... Algo se dispara y se produce una ruptura con respecto al momento anterior. Es posible que se pierda el juicio, se altere el deseo, se nuble la capacidad de decisión o se vea comprometida la voluntad.

Estas situaciones nos dan miedo. Generalmente en base a ideas fantasiosas y a concepciones que se asientan más en la ficción que en la realidad. Pensamos que son personas agresivas, destructivas, violentas, descontroladas, idas, sin piedad... Y sí, claro que hacen daño; pero sobre todo a ellas mismas, por lo menos en la mayoría de los casos. Otra cosa es que la familia y los que están cerca sufran -que sufren mucho-; pero la persona en situación de crisis soporta un sufrimiento que no se puede obviar.

“Me ataron a la cama nada más llegar”, “sí, estaba fuera de mí, pero nadie me preguntó qué había pasado la noche anterior”, “quería ir al baño pero no podía moverme”, “mi cabeza seguía a mil por hora pero el cuerpo no me respondía”, “¿por qué no me respetabais!”, “me llenasteis de rabia y dolor el corazón”.

Junto a estos episodios -que tardan más o menos en desaparecer, pero que desaparecen- Carmen vive otros momentos -que son los más- en los que se desenvuelve de forma lúcida, consciente, autónoma y adecuada. Con sus cosas, sin duda, como todos. ¿Y qué? Ahí es cuando habla de su padre, que “no estaba casi nunca en casa y, cuando estaba, estaba cansado”. O de las “peleas, voces, gritos y golpes” en la familia. “¿Cómo quieren ahora que yo no escuche voces, que no dé puñetazos verbales y que no me ponga fatal?”; esta era la pregunta que se hacía, medio sorprendida medio resignada, en muchas de las consultas. Ahí es cuando habla de las veces en que, a solas, solía decirse: “¿me estaré volviendo loca?”. O de los

abusos. Pero de eso prefiere no hablar. Porque cuando habla, recuerda. Y la memoria le duele. De la infancia solo se queda con sus primeros cuatro años; y con algunos Reyes. Porque tenía un peluche “con el que hablaba y nunca discutía”. Carmen -y otra muchísima gente- tiene su for-

LH n.326

ma de hacer frente a la vida. A veces oye cosas que no escucha nadie más; o siente que la televisión cuchichea constantemente de ella; o puede estar tres días sin apenas dormir; se inventa palabras; habla sin poder parar; pierde el control; o está convencida de que es la mesías enviada por Dios para hacer justicia y salvar su ciudad. Esta es su forma de hacer frente a la vida. Es la suya. Y es sagrada porque, tal vez, no ha podido encontrar (o elegir) otra “mejor”.

3/

Recuperar el espíritu: un bien de primera necesidad.

Carmen visita al psiquiatra, hace terapia con el psicólogo, ve a su trabajador social y acude tres veces por semana al Centro de Día de Salud Mental. Y, con todo, lo que le ocurre no se agota en lo biológico, en los neurotransmisores, en lo cerebral. Más aún, ni siquiera puede quedarse raquímicamente reducido a lo psicológico, ni incluso a lo social. Todos nosotros tenemos experiencia de algo que podemos llamar “**vida espiritual**” (Galanter, 2010) y que se encuentra más allá del cuerpo, sí; pero también más allá de la vida mental. Lo trascendente se sitúa en un plano de legitimidad que ni se reduce ni contradice la vida psíquica. Y tampoco requiere siempre la confesión de un credo determinado o de una religión¹. Lo que sucede en el espíritu escapa al método que emplean en su consulta médicos y psicólogos. Porque el espíritu es distinto de la voluntad, el pensamiento, el lenguaje, el afecto, la memoria, la conducta, el juicio, la atención o la percepción. El espíritu no se reduce, ni se explica, ni se explora desde la psicopatología en exclusividad. Es otra cosa.

Es el lugar donde nos duele lo que nos duele, donde impactan nuestras experiencias traumáti-

cas, las situaciones de duelo, las pérdidas, lo que nos falta, los cambios, los reveses y las adversidades del vivir. Pero, todavía más, es el espacio en el que habitan nuestras experiencias profundas; fenómenos humanos tan hondos como la esperanza, la dignidad, el sentido, la apertura al futuro, la ayuda, el perdón, el cuidado, la gratitud, el fracaso, el odio, la venganza, el cariño, la posibilidad de recuperación, las ganas de ser mejor, el deseo de amar². El espíritu no es un bien de lujo; es un bien de primera necesidad.

Por eso, más allá del cuerpo y la mente, necesitamos recuperar el espíritu (el alma espiritual o la psyche) en el campo de la salud mental. Porque permite entender, atender, expresar y cuidar dimensiones de una importancia capital para el ser humano, que trascienden lo biomédico y lo psicosocial. El hombre es un ser enigmático, sin duda; con una seria cuota de misterio. Ya lo decía Karl Jaspers (1999), relevante psiquiatra y filósofo alemán de principios del siglo pasado:

“No quisiéramos perder la conciencia de la inagotabilidad y de lo enigmático de cada individuo aislado mentalmente enfermo, ni siquiera frente a los casos aparentemente más cotidianos” (p. 846).

Por eso, el modelo bio-psico-social, cuya conquista ha resultado tan importante, no agota la pregunta por el hombre. Porque, como dijo también -y tan bien- Mario Benedetti,

“cuando creíamos que teníamos todas las respuestas, de pronto, cambiaron todas las preguntas”.

No obstante, parece que cada vez más estamos diciendo adiós al espíritu. Según la última encuesta disponible del CIS (el Centro de Investigaciones Sociológicas) sobre actitudes y valores

1. Para una aproximación inspiradora a aspectos fundamentales de la relación entre la psicología y la espiritualidad específicamente cristiana puede consultarse: Grún, A. (2018). Aspectos sanadores de la espiritualidad cristiana: relación entre espiritualidad y psicología. Revista Confer, 218, 307-323.

2. Dos análisis interesantes de la experiencia de la vulnerabilidad, en su relación tanto con la espiritualidad (concretamente la ignaciana) como con la antropología, se encuentran desarrollados en: Boné, I. (2008). Vulnerables y hospitalarios. Espiritualidad ignaciana y alteridad. Manresa, 80, 109-124; Boné, I. (2019). Vulnerabilidad: condición humana abierta al “abrazo” y la “disposición”. En R. Meana (dir.), El sujeto: reflexiones para una antropología ignaciana (pp. 409-434). Bilbao-Santander-Madrid: Mensajero-Sal Terrae-Universidad Pontificia Comillas. Un estudio profundo, sistemático y serio sobre la vulnerabilidad y su relación con la salud mental desde las aportaciones de Karl Jaspers y Ludwig Binswanger se ofrece en: Boné, I. (2010). Vulnerabilidad y enfermedad mental: la imprescindible subjetividad en psicopatología. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

“El espíritu no es un bien de lujo; es un bien de primera necesidad”

Por eso, me gustaría proponer tres pistas, desde el espíritu, para orientarnos -aunque sea mínimamente- en el misterio del ser humano al que estamos llamados a atender, cuidar y amar. Son tres claves de espiritualidad que no leerá ningún psiquiatra en sus tratados ni encontrará ningún psicólogo en los manuales de la facultad. Pero, a mi entender, entroncan con lo hondo del hombre, especialmente de aquel que sufre y pasa dificultad. Entonces, ¿qué tres pistas nos pueden servir de ayuda?³

La primera clave: contemplar. Me refiero a convertir nuestros sentidos. Y, concretamente, nuestros modos de mirar. Y es que hay miradas que matan, otras que desprecian, que anulan, que ningunean, que desprenden miedo, rabia o agotamiento. Pero también hay miradas que acogen, que salvan, que restauran. Nuestras miradas reactivan memorias afectivas y reimpactan en cómo hemos sido mirados a lo largo de la vida. Por eso, se hace necesario mirar con largueza. Es decir, echar una mirada generosa y amable sobre las locuras de la gente. Ser capaz de ir más allá de lo que vemos, que generalmente no atisba todo del otro. Convertir los sentidos (mirar, hablar, escuchar, sentir, reír, corregir, tocar) no es “gracia barata”, como diría el teólogo luterano Dietrich Bonhoeffer. Implica acoger a la gente con lo que es, no a pesar de ello; dejarnos impactar y desbordar por el misterio; salir de las etiquetas y las intenciones que colocamos en los otros (y que hablan mucho más de nosotros que de los demás). Porque no solo aquellos que padecen la enfermedad mental, sino todos, necesitamos que nos miren no como ya somos, sino como estamos llamados a ser. Necesitamos aprender a ver al transfigurado (Mt 17, 2) en el desfigurado (Is 52, 14).

La segunda clave: palpar. Y palpar con tacto, que es muy distinto al tocar del curioso o del que hurga. Poner la mano en el hombro del otro es mucho más que tocarse; es una palabra callada que dice “no estás solo, hay alguien aquí”. Palpar los miedos es no escapar a lo que nos cuesta, lo que nos inquieta o lo que nos revuelve: el rechazo, la queja, la ingratitud; y el

3. Resumen y actualización principalmente algunos de los contenidos publicados anteriormente en: Cano, A. y Lobo, Á. (2019). Más que salud: cinco claves de espiritualidad ignaciana para ayudar en la enfermedad. Santander, España: Sal Terrae.

4/

Tres claves de espiritualidad: contemplar, palpar, consolar.

Como decía, a pesar de ello, en nuestro día a día ya existe de hecho una cierta apertura a esa otra lógica que supone la dimensión espiritual. Y, aunque nosotros las atendamos por separado y con distintos profesionales (internistas, psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, capellanes), las tres dimensiones se dan en cada persona como una unidad. Abrir la ventana al espíritu nos permitirá, por ejemplo, hacernos conscientes de una discrepancia esencial entre sanitarios y pacientes: no nos preocupa lo mismo.

A nosotros, sobre todo: la medicación, la frecuencia de las consultas, lo acertado del diagnóstico, los análisis, los síntomas, el grado de mejoría, el plan terapéutico, la funcionalidad, el siguiente volante de derivación, la estabilidad... A ellos, entre otras muchas cosas: sus amigos, su presente, las pérdidas, el estigma de la sociedad, las llamadas durante el ingreso, el dinero que no van a poder ganar, la soledad, ser una carga para otros, la incertidumbre del futuro, saber quién son, acertar a recuperar la dignidad. Todo esto, en parte, se juega en la vida espiritual.

LH n.326

no poder ayudar, no comprender, no saber lo que necesita, hacer las cosas mal. Es resistirse a abandonar. Pero sabiendo que no lo somos todo para nadie. Palpar es también poner la mano en las tensiones: tensiones entre el lo hace porque quiere y el lo hace por su enfermedad, entre el lo merece y el lo necesita, entre la prudencia y la valentía, entre la compañía y la soledad, entre la eficacia y la gratuidad (González, 2010). Todo ello, vacunándonos contra el síndrome del mesías: pensar que todo depende de mí, que nadie lo puede hacer mejor que yo, que no se resolverá si yo no estoy.

Finalmente, la tercera clave: consolar. Consolar es, para Ignacio de Loyola en sus Ejercicios Espirituales [número 224], el “oficio” de Jesús (Dalmases, 1990). Y la primera consolación que trae el Resucitado a sus discípulos es justamente esa: que no cambia de discípulos. Nosotros, que queremos ser discípulos del Señor, tendremos que permanecer muchas veces en silencio ante el sufrimiento mental y el dolor. O, con sencillez, llamar a la gente por su nombre; ese es el ansiolítico de inicio de acción más corto y vida media más larga (Yebra, 2016).

5/

Renunciar a la acusación, apostar por la dignidad.

Pues sí, en el mejor de los casos podremos cuidar a los otros en su “locura”⁴... pero sin salvar. Y es que no lo podemos todo ni lo podemos ya. Cuidaremos, eso sí, de maneras que reconcilien y restañen heridas. Cada uno con nuestras capacidades: humor, servicio, escucha, valentía, riesgo, perdón, ternura... Este reconocer al distinto desde el espíritu -el nuestro, el de todos, el que compartimos más allá del propio modo de funcionar- será lo que nos una y permita res-

catar la dignidad de los que viven la “enfermedad” mental. Porque Carmen es mucho más que un diagnóstico, una etiqueta o cualquier otra acusación. A veces se cree Dios, sí; porque eso le resulta más tolerable que sentirse nadie. Pero Carmen es también amiga, hermana, creyente, hija, vecina, abogada... Y, quién sabe, quizás incluso compañera en tu lugar de trabajo o en las aulas de tu Universidad.

De hecho, si cada uno de nosotros se relaciona cotidianamente -sumando familiares, amigos y compañeros de trabajo o estudios- con una media de cien personas, entre nuestros conocidos podrían ser diagnosticados, en algún momento de su vida, al menos: diecisiete de ansiedad, veinticinco con algún tipo de depresión, casi once cumplirán criterios clínicos de trastorno de la personalidad, dos padecen alguna enfermedad del espectro bipolar y uno recibirá el diagnóstico de esquizofrenia paranoide⁵.

Así que Carmen se enfada, vibra, ríe, pasea, lee, disfruta, estudia, se queja, remolonea, siente... Como cada uno de nosotros. Pero a su modo. Y a este modo suyo de estar en el mundo lo hemos llamado “locura”. Tal vez porque es menos frecuente que el tuyo o que el mío. ¿Y qué? En su vida hay mucho más. Ella es mucho más. Piénsalo, quizás hoy tú tampoco te encuentres del todo normal.

Bibliografía

- Bermejo, J. C. (2005). *El acompañamiento espiritual: necesidades espirituales de la persona enferma*. Labor Hospitalaria, 278, 21-48.
- Boné, I. (2008). *Vulnerables y hospitalarios. Espiritualidad ignaciana y alteridad*. Manresa, 80, 109-124.

4. Una interesante introducción a la enfermedad mental desde la perspectiva de la psicopatología es la que se presenta en: Rocamora, A. (2018). *Nuestras locuras y corduras: comprender y ayudar a las personas que padecen una enfermedad mental* (4ª ed.). Santander: Sal Terrae. Para una aproximación a la enfermedad desde el enfoque de la ética de los cuidados puede verse en: Torralba, F. (2002). *Ética del cuidar: fundamentos, contextos y problemas*. Madrid: Mapfre.

5. Datos calculados a partir de: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental (2018). *Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid: 2018-2020*. Madrid: Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud (pp. 37-49).

Boné, I. (2010). *Vulnerabilidad y enfermedad mental: la imprescindible subjetividad en psicopatología*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

Boné, I. (2019). *Vulnerabilidad: condición humana abierta al “abrazo” y la “disposición”*. En R. Meana (dir.), *El sujeto: reflexiones para una antropología ignaciana* (pp. 409-434). Bilbao-Santander-Madrid: Mensajero-Sal Terrae- Universidad Pontificia Comillas.

Cano, A. y Lobo, Á. (2019). *Más que salud: cinco claves de espiritualidad ignaciana para ayudar en la enfermedad*. Santander: Sal Terrae.

Centro de Investigaciones Sociológicas (2002). *Actitudes y valores en las relaciones interpersonales (II): estudio número 2442*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Colina, F. (2013). *Sobre la locura*. Madrid: Cuatro Ediciones.

Galanter, M. (2010). *Spirituality in psychiatry: a biopsychosocial perspective*. *Psychiatry* 73(2), 145-157.

González, B. (2010). *Tiempo de crear: polaridades evangélicas* (2ª ed.). Santander: Sal Terrae.

Grün, A. (2018). *Aspectos sanadores de la espiritualidad cristiana: relación entre espiritualidad y psicología*. *Revista Confer*, 218, 307-323.

Jaspers, K. (1999). *Psicopatología general*. México: Fondo de Cultura Económica.

Jiménez, J. P. (2005). *La espiritualidad, dimensión olvidada de la medicina*. *Revista Gaceta Universitaria*, 1, 92-101.

Dalmases, C. (1990). *Ejercicios Espirituales: introducción, texto, notas y vocabulario*. Santander: Sal Terrae.

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental (2018). *Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid: 2018-2020*. Madrid: Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud.

Pizarro, Á. (2019). *Ensayo sobre el cuidado del alma en Sócrates*. Valparaíso: Universidad Católica de Valparaíso.

Rocamora, A. (2018). *Nuestras locuras y corduras: comprender y ayudar a las personas que padecen una enfermedad mental* (4ª ed.). Santander: Sal Terrae.

Torralba, F. (2002). *Ética del cuidar: fundamentos, contextos y problemas*. Madrid: Mapfre.

Yebra, S. (2016). *El pH de una lágrima*. *Revista Actualización en Medicina de Familia*, 12(8), 1907.



02/Hacia una perspectiva antropológica de la soledad

José Ángel Ceballos-Amandi,
Coordinador del área de Ética Profesional.
Universidad Pontificia Comillas.
Madrid

El autor nos plantea la soledad como un problema de la sociedad actual: envejecimiento, familias monoparentales, separaciones... Mayores y menores estamos expuestos a ella y cada vez más tenemos que luchar contra el proceso de autoexclusión al que tiende la persona sola. No obstante, la soledad no es un defecto antropológico. La condición humana tiene como elemento constitutivo la soledad. El problema es cuando la soledad se convierte en desamparo o abandono y esa angustia se oculta tras una falsa percepción de la realidad sustentada en una falta de intimidad, que deja de lado la percepción de sí mismo. Para el autor, la fuente del problema no es la soledad, sino la ausencia de Dios.

Palabras clave: Soledad, Vida, Persona, Problema, Intimidad.

El autor nos plantea la soledad como un problema de la sociedad actual: envejecimiento, familias monoparentales, separaciones... Mayores y menores estamos expuestos a ella y cada vez más tenemos que luchar contra el proceso de autoexclusión al que tiende la persona sola. No obstante, la soledad no es un defecto antropológico. La condición humana tiene como elemento constitutivo la soledad. El problema es cuando la soledad se convierte en desamparo o abandono y esa angustia se oculta tras una falsa percepción de la realidad sustentada en una falta de intimidad, que deja de lado la percepción de sí mismo. Para el autor, la fuente del problema no es la soledad, sino la ausencia de Dios..

Key words: Soledad, Vida, Persona, Problema, Intimidad..

Que la soledad se está convirtiendo en un problema acuciente en nuestra sociedad, no es algo que se nos escape. Y un ejemplo significativo lo constituyen las diversas iniciativas del gobierno británico durante 2018, para poner en marcha un importante paquete de medidas, que la asumen como el mayor reto para la salud pública.

La necesidad de establecer una estrategia gubernamental para abordar la soledad en la que viven muchos de sus ciudadanos, muestra la dimensión del asunto.

La salud física y mental de las personas mayores que viven solas se ha convertido ya en uno de los temas de preocupación de las sociedades desarrolladas.

Y, por otra parte, el incremento de las llamadas familias monoparentales, no hace sino agravar el problema, llegando en ocasiones a alterar el patrón de independización de jóvenes en edad de incorporación al mundo laboral, al verse esta alterada por la necesidad de cuidar de los propios mayores solos.

Por otra parte, el acceso a las residencias, que en parte podría paliar algunos de los problemas derivados de la soledad de los mayores -sin duda los más vulnerables y afectados por esta situación-, no siempre es posible.

De una parte, por la escasez de plazas, frente a una demanda creciente. Y de otra, por el coste económico que ello implica para la familia, o el propio interesado. Coste que, por cierto, con-

trasta con los salarios medios en este sector, y que, en ocasiones, lleva a que quienes atienden a los usuarios de estos centros no siempre tengan la cualificación necesaria.

Por todo ello, aunque son numerosas las iniciativas que desde las administraciones públicas, ONG, o la propia Iglesia Católica, se han puesto en marcha en los últimos años, para acompañar a las personas que viven en soledad, el problema no sólo sigue existiendo, sino que es creciente.

En este sentido, quizá uno de los retos más relevantes sea el proceso de autoexclusión al que tiende la persona sola. La desconexión de la vida social, que en el caso de las personas más mayores se ve agravada por su limitada o inexistente familiaridad con las redes sociales y medios de comunicación electrónicos, facilitan el aislamiento social.

Sin embargo, si bien es quizá el segmento de población más evidentemente golpeado por ella, la soledad no es algo exclusivo de los más mayores. Así, el número creciente de familias desestructuradas es una fuente muy importante de la que este problema se nutre.

De una parte por quienes tras una ruptura familiar quedan solos y económicamente debilitados.

Y para quienes la mera reconstrucción de su vida puede constituir un verdadero problema, en no pocas ocasiones agravado por la falta de una familia que respalde. En estos casos, el miedo a la soledad actúa a modo de acicate, de forma que parece surgir una verdadera prisa por reconstruir la vida en pareja.

De forma que el porcentaje de parejas fallidas a partir de estas reacciones es llamativamente alto.

Pero otra consecuencia particularmente grave de estas situaciones es la soledad de los menores. Particularmente en el caso de aquellos que tras haber vivido sus primeros años en un entorno familiar en el que padre y madre eran

percibidos como una unidad de sentido, pasan a perder de manera abrupta a uno de los dos, que sigue estando, pero que necesariamente en la distancia.

Los procesos de incompreensión y que, con frecuencia, se ocultan a los adultos del entorno inmediato -especialmente cuando las separaciones han tenido lugar de manera contenciosa-, sumen a estos menores en una vivencia de la soledad perfectamente comparable a la de un adulto. Con la diferencia de que en estos casos carecen de los recursos psicológicos y sociales de los adultos. Y ello sin entrar en el caso de los menores dependientes directamente de los Servicios Sociales.

Así las cosas, parece justificado preguntarse si existe, en lo profundo del ser humano, algún tipo de connaturalidad para con la soledad, o si se trata más bien de una disfunción social propia de nuestro tiempo.

La tradición filosófica occidental ha fundamentado su antropología sobre la idea de una relación muy específica entre el alma y el cuerpo. Ciertamente es que hay tradiciones diversas, pero en este punto no puedo sustraerme a la idea de que es esa misma tradición -aristotélico tomista- la que históricamente ha servido de soporte a la Teología desde los primeros momentos.

Esa tradición, la misma en la que se va a definir por primera vez el concepto de persona, deja claro el carácter reiforme de la persona. Es decir, el carácter de cosa que la materialidad hace presente.

De manera que la propia libertad humana es una libertad reiforme, materializada. Esto no debe entenderse en el sentido de que el ser humano se agote en lo material. Sino, al contrario, significando que en lo más radical de la subjetividad humana, alma y cuerpo constituyen la unidad irreductible de la persona humana.

Por ello las necesidades humanas incluyen también las materiales, y tan ajeno resulta a la na-

turalidad humana la mera materialidad, como el angelismo. Por ello también, el ser humano es el único ser en la tierra que hace planes.

Es decir, el único que vive orientado intencionalmente hacia el futuro, hacia su futuro. Y por eso puede decirse también que es el único que debe prever los medios necesarios para la satisfacción de sus necesidades materiales, puesto que en ello estriba su supervivencia, habida cuenta de su condición reiforme.

Pero también por estas razones, nuestro referente relacional es siempre la subjetividad. Sin la percepción de nuestra propia subjetividad, no somos capaces de acceder al conocimiento real de nada, ni nadie más. Esto no significa que nos hallemos sumidos en el subjetivismo -antes al contrario-. Pero sí que cualquier conocimiento pasa por la percepción -aun implícita- de nosotros mismos.

O por decirlo de otra manera, nuestra capacidad de conocer cualquier realidad, parte necesariamente de nosotros mismos, y no puede ser de otra forma. Por eso no es ninguna anomalía antropológica el hecho de convertirnos en el objeto de nuestro propio pensamiento.

La anomalía, en todo caso, sería quedarnos atascados en dicha consideración -eso es el narcisismo-. Pero ¿acaso la relación con los demás no nos lleva en numerosas ocasiones a meditar sobre nuestro propio comportamiento, como vía de autodescubrimiento?

En este sentido podemos llegar a afirmar que la configuración de la propia intimidad exige una cierta soledad. Naturalmente, no se trata de la soledad narcisista del sociópata, ni que se traduzca en desasistimiento. Pero sí de la intimidad imprescindible para la construcción de la propia intimidad. Y ello viene requerido, tanto por el normal desarrollo de la psique humana, como por la relación con la trascendencia.

El encuentro con Dios no se produce habitualmente en medio del estruendo, sino en el si-

lencio interior, porque requiere saber escuchar en el propio interior, e implica el esfuerzo de distinguir la inspiración divina, de la propia voz interior canalizadora de la voluntad propia. Y esto, naturalmente, requiere un proceso de aprendizaje.

Por eso esa soledad de la que hablamos, no es se traduce en una suerte de solipsismo. No es una soledad que se agote en ensimismamiento. Es una soledad requerida para abrir la subjetividad a la Vida y a los otros. Es la soledad cristológica del monje -μοναχός-. Si no fuera así, desde San Antonio Abad, a San Benito o San Bruno, estaríamos en presencia de una anomalía antropológica, que en ningún caso podría constituir un camino de santidad.

Por consiguiente, la soledad como tal -como se ha dicho anteriormente-, no es un síntoma de solipsismo. Se trata, por el contrario, de un rasgo y una característica antropológica. Creemos de dentro hacia afuera. Y por ello es necesaria una intimidad con lo que está desde la que nos ponemos en contacto con lo que está fuera de nosotros.

Por eso la soledad entendida como interioridad, silencio, intimidad -incluso pudor si se piensa expresamente en la corporalidad como una categoría irreductible de la subjetividad- son aspectos imprescindibles e irrenunciables de la relación con los otros y con Dios, y se encuentran inevitablemente interconectados.

Tanto da si lo enfocamos desde la necesidad del silencio para la oración de diálogo íntimo con Dios, de la escucha al prójimo, sea quien sea, o de la relación íntima entre los esposos como condición ineludible para la dignidad del acto conyugal. Pero la clave de la soledad así entendida radica en la consideración de que mi mundo, en ese momento, se limita al otro, con el que aspiro a establecer una unidad.

Estamos constituidos para hacernos a nosotros mismos. Y nuestra realidad corpórea forma parte ineludible de esta naturaleza. Por eso mi

cuerpo es tan “yo” como lo es mi alma inmortal. Dicho de otra manera, somos subjetividad corpórea -no incorporada-.

Pero el tiempo es relevante para nosotros. Somos el único ser de la Creación que se hace a sí mismo en función de la utilización deliberada que hace de su propio tiempo.

Pero este proceso requiere ser consciente de la propia realidad antropológica que somos. Y esto no es posible hacerlo si no es desde la intimidad de cada uno. Una intimidad que paradójicamente es condición de posibilidad de la apertura a los demás, y que está abierta a la relación personal con Dios mismo.

Por eso quizá debiéramos plantearnos si el verdadero problema es la soledad, o el exceso de ruido. Ruido buscado, y cuya función primordial, paradójicamente, es aislarnos de nosotros mismos.

De ser así, lo que debería preocuparnos es ese tránsito diario que nos envuelve y arrastra, dificultando, cuando no impidiendo, el desarrollo de esa intimidad -entendida como autoposeción-, imprescindible para forjar la propia madurez.

Si ponemos esto en relación con la idea, antes expresada, de que nos hacemos a nosotros mismos a partir de los hábitos que vamos desarrollando a lo largo de la totalidad de nuestra vida, ese ruido tendría mucho que ver con personalidades insatisfechas, perpetuamente implicadas en una búsqueda de sí mismas que con frecuencia las incapacita para asumir compromisos, agotándose su vivir en el día a día.

Cuando una personalidad así queda fuera de los ámbitos profesional y social -vinculado al anterior-, sobreviene el terrible descubrimiento de que no hay nada.

Y esa vacuidad se convierte en una losa que aplasta y puede llevar a la percepción de la existencia como un sinsentido. Por eso, como afir-

ma Pascal, la percepción del vacío de los espacios infinitos puede resultar aterrador.

Pero detrás de esa angustia se oculta una falsa percepción de la realidad sustentada en una falta de intimidad, que deja de lado la percepción de sí mismo, en su apertura a Dios. Dicho más sencillamente, la fuente del problema no es la soledad, sino la ausencia de Dios.

La soledad se convierte en un problema cuando Dios desaparece -de hecho- del horizonte vital. Pero no porque Él no esté, sino porque ha sido expulsado de la propia vida. En ese momento el silencio aplasta porque no hay nada.

Es el horror vacui, la búsqueda de ruido que “rellene”. ¿Cuántas personas ponen la televisión simplemente para evitar el silencio -para que me haga compañía-? No se busca lo que el otro aporta a mi propio camino de perfección, que a su vez redundará en él, sino para paliar el peso que para mí constituye mi propia soledad. Soledad, silencio, abandono y sinsentido, se viven así como la misma cosa.





03/Soledad 3.0.

La soledad en España desde el punto de vista sociológico.

Dra. M^a Rosa Pinto Lobo,
Catedrática de Teoría de la Comunicación.
Facultad de Comunicación.
Universidad Pontificia de Salamanca

La soledad 3.0 es la soledad del siglo XXI. Abarca no solo a las personas mayores sino también a los jóvenes, cuya soledad no está visibilizada, y a todos aquellos grupos sociales que muestran alguna vulnerabilidad.

En este momento evolutivo de la web 3.0, la sociedad se encuentra en un proceso de involución ante una plaga o una epidemia silenciosa: la soledad, a la que hemos denominado soledad 3.0 porque las posibilidades de conexión e interrelación de la sociedad 3.0 actual no están solventando el gran problema del siglo XXI.

La Sociología tiene como objeto de estudio la sociedad humana y las relaciones que mantenemos entre sí. La definición sociológica de soledad hace precisamente referencia a la ausencia de relaciones interpersonales.

La soledad es un fenómeno que compartimos con el mundo occidental en este siglo XXI, una soledad 3.0 que, en países como Estados Unidos, se está convirtiendo en un negocio. Esto es posible porque es un problema que tiene tanto una dimensión emocional como social. No olvidemos que una de las características esenciales de la naturaleza humana es la sociabilidad. Así lo sentenciaron clásicos como el filósofo Aristóteles o Santo Tomás de Aquino.

Palabras clave: Soledad, Sociedad, Relaciones, Vulnerable.

La soledad 3.0 es la soledad del siglo XXI. Abarca no solo a las personas mayores sino también a los jóvenes, cuya soledad no está visibilizada, y a todos aquellos grupos sociales que muestran alguna vulnerabilidad.

En este momento evolutivo de la web 3.0, la sociedad se encuentra en un proceso de involución ante una plaga o una epidemia silenciosa: la soledad, a la que hemos denominado soledad 3.0 porque las posibilidades de conexión e interrelación de la sociedad 3.0 actual no están solventando el gran problema del siglo XXI.

La Sociología tiene como objeto de estudio la sociedad humana y las relaciones que mantenemos entre sí. La definición sociológica de soledad hace precisamente referencia a la ausencia de relaciones interpersonales.

La soledad es un fenómeno que compartimos con el mundo occidental en este siglo XXI, una soledad 3.0 que, en países como Estados Unidos, se está convirtiendo en un negocio. Esto es posible porque es un problema que tiene tanto una dimensión emocional como social. No olvidemos que una de las características esenciales de la naturaleza humana es la sociabilidad. Así lo sentenciaron clásicos como el filósofo Aristóteles o Santo Tomás de Aquino.

Key words: Soledad, Sociedad, Relaciones, Vulnerable.

1/

Sociólogos y sus aportaciones al estudio de la soledad.

La soledad es un tema que podemos encontrar en autores clásicos de la etapa de desarrollo de la Sociología, en algunos de los sociólogos más importantes del siglo XX y contemporáneos. **Liliana Leticia García Peña**, en su artículo “La soledad contemporánea desde la obra de pensadores actuales: análisis y perspectivas”, nos guía por la reflexión y el estudio que han llevado a cabo destacados sociólogos. El sociólogo **Emile Durkheim**, en su obra **El suicidio**, se refiere a la soledad como condición significativa del siglo XX. El suicidio es la expresión definitiva de la soledad humana.

Para el alemán **George Simmel**, la soledad, tal y como estudia en **La metrópolis y la vida mental (1903)** se acentúa en el entorno de la multitud metropolitana. Muy interesante resulta su estudio del extranjero en **Sociología. Estudio sobre las formas de socialización (1908)**. Tal y como señala **García Peña (2019)**

“Ser extranjero significa conciencia del

ser en soledad y diferencia; el reconocimiento, no resuelto, con los otros a partir de lo próximo y lo diverso” (p.189).

En 1949 se publica **La muchedumbre solitaria**. En esta obra, el sociólogo y psicólogo estadounidense David Riesman nos presenta tres tipos de carácter social: dirigido por la tradición, dirección interna y dirigido por los otros. El tercer tipo de carácter social, el dirigido por los otros, es el que interesa para la metáfora de la soledad contemporánea. A este tercer tipo de carácter social corresponde la “muchedumbre solitaria” que, según el estudio de Riesman, se consolida en la década de los cincuenta.

El filósofo francés **Michael Foucault** nos presenta la soledad como una soledad secuestrada en su obra **Vigilar y castigar**. Si Michael Foucault escribe sobre la soledad secuestrada, el sociólogo Anthony Giddens lo hará de la experiencia, de la experiencia secuestrada. Lo leemos en su obra **Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea**.

Según Giddens son cuatro los ámbitos del secuestro: la locura, la criminalidad, la enfermedad y la muerte, y la sexualidad y la naturaleza. El individuo tiende a aislarse de los otros, o a aislar aquello que lo amenaza. Evita el contacto con el demente, el criminal, el enfermo crónico y reemplaza el erotismo con sexualidad. La represión de estas cuestiones existenciales, si bien le aseguran tranquilidad inmediata, lo confina a la soledad, a la falta de empatía y de intensidad vital en el contacto con los otros. (**García Peña, 2019, p. 196**).

El filósofo y sociólogo francés **Gilles Lipovetsky** escribe en 1983 **La era del vacío**. En esta obra ya advertía de la tendencia creciente a que cada vez más personas vivirían solas. Para Lipovetsky, la soledad de finales del siglo XX es una soledad indiferente y apática porque la intersubjetividad se encuentra abandonada. Destaca el hedonismo obsesivo, el hiperindividualismo y vivir el instante.

Resultan muy interesantes las observaciones del catedrático en Comunicación **Román Gubern**. En su libro **El eros electrónico (2000)** nos describe la soledad electrónica y nomina la era del siglo XXI como la era de la soledad.

Un término define el pensamiento y las obras del filósofo y sociólogo polaco **Zygmunt Bauman** es el término líquido. Él califica así a la modernidad, a la vida, el miedo, el amor y los tiempos actuales.

En la carta 2 de su obra **44 cartas desde el mundo líquido** habla de la “soledad masificada”. Bauman señala dos problemas en relación a la soledad contemporánea:

1. Todos los individuos están solos aunque se encuentren en medio de la masa, ahora digital y virtual y
2. La multiplicación de canales y formas para establecer interacciones inmediatas y superficiales impide a los individuos la experiencia de la soledad fecunda y buscada.

La soledad actual es infecunda y agobiante frente a la soledad humana buscada que se torna necesaria para alcanzar la intimidad y la libertad que la convierte en soledad fecunda y plena. Es la soledad que conduce a la interacción con los otros, porque el ser humano es un ser social y precisamos de los otros para ser.

El teórico social por excelencia que ha estudiado la soledad es **Robert Weiss**. A él debemos el estudio de la diferencia entre soledad emocional y soledad social.

La soledad emocional alude a las relaciones interpersonales con agentes primarios como la familia y los amigos. La soledad social se refiere a las relaciones sociales, su calidad y cantidad.

2/

Tipología de la soledad.

La soledad presenta una tipología que puede ayudarnos a entenderla. La soledad puede ser objetiva y subjetiva. La soledad objetiva es la inexistencia de compañía, bien sea temporal o permanente. Ésta es más fácil de cuantificar. La soledad subjetiva es la soledad sentida. Puede ser involuntaria o impuesta o puede ser voluntaria.

Podemos calificar a la soledad impuesta de condena o situación límite, como la describe el filósofo alemán **Karl Jaspers**, y a la soledad elegida como liberadora. **Ignacio García-Valdecasas** lo subraya en la revista **Razón y Fe (2018, p. 53)**. Esa soledad liberadora es la que encontramos en los versos del poeta **Ángel González** cuando escribe

“La soledad es un farol certeramente apedreado... y sobre ella me apoyo”

Como en el punto medio está la virtud, es necesario, para un equilibrio emocional, combinar soledad y compañía. Ya en el **Eclesiastés (3, 1-8)** se nos dice que todo tiene su tiempo y proporción: “tiempo de callar y tiempo de hablar” (3, 7)

La soledad objetiva la expresamos como “estar solo”, mientras que la soledad subjetiva la expresamos como “sentirse solo”. Por eso decimos que no hay peor soledad que la acompañada.

Tal y como señala **García-Valdecasas (2018)**, también debemos distinguir entre el aislamiento físico y el aislamiento social. El aislamiento físico puede ser vivir solo, mientras que el aislamiento social implica la falta de relaciones sociales. Al igual que **García Valdecasas (2018)**,

también **Juan López Doblas** y **María Pilar Díaz Conde (2018)**, en su artículo “El sentimiento de la soledad en la vejez”, distinguen entre soledad y aislamiento social.

El sentimiento de soledad obedece a una insatisfacción motivada por la falta de ciertas relaciones o la pérdida de calidad en los contactos con otras personas; es decir, tiene que ver con la manera en que los individuos perciben, experimentan y evalúan la falta de comunicación interpersonal.

El aislamiento social concierne a las características objetivas de una situación marcada por la escasez de relaciones sociales. (**López Doblas y Díaz Conde, 2018**).

La precisión en la utilización de los términos soledad y aislamiento social nos permiten comprender mejor la afirmación de **Juan Díez Nicolás** y **María Morenos Páez** cuando señalan:

“Aunque en la actualidad es recurrente que la soledad se encuentre ligada a la vejez, este fenómeno no entiende de personas, ni de tiempos, ni de espacios” (2015, p.13).

Y si la soledad no entiende de tiempos ni espacios, no es de extrañar que sea la familia, como grupo primario, la institución más reconocida y deseada para ahuyentar a la soledad impuesta o sentida, como lo ha sido a lo largo de los siglos en todo el mundo.

3/

Aproximación al fenómeno de la soledad: índices sociológicos.

Para aproximarnos al fenómeno de la soledad, en Sociología se tienen en cuenta tres tipos de índices: índice de convivencia, índice de relaciones sociales e índice de soledad.

El índice de convivencia registra si los sujetos viven acompañados por cónyuges, padres y/o hijos, lo que llamamos la familia nuclear. Considera también este índice los que viven acompañados por otras personas diferentes de la familia nuclear. En tercer lugar anota a los que viven solos por su propia decisión y, por último a los que los que viven solos de forma obligada.

En España hay 4,7 millones de hogares unipersonales. Dos millones de personas mayores de 65 años viven solas. Casi un millón y medio son mujeres, según la información facilitada por el INE en abril de 2019, y representan un 71,9% del total. Los hombres ascienden a 550.900, un 28,1%. En España hay más de 850.000 mayores de 80 años que viven solos y muchos presentan problemas de movilidad.

Damos cifras pero, tras los datos, se esconde una realidad social que tímidamente comienza a ser abordada por el poder legislativo de nuestro país. En diciembre de 2018, el Congreso de los Diputados aprobó una proposición de ley para concienciar a la sociedad sobre la soledad crónica.

Junto al índice de la convivencia, la Sociología también tiene en cuenta el índice de las relaciones sociales y el índice de soledad.

El índice de relaciones sociales mide el grado de aislamiento social de los individuos, es decir, la

“La soledad 3.0. acecha a la sociedad actual. Se expande de modo silencioso entre los jóvenes y los mayores, grupos vulnerables que precisan ser escuchados”

frecuencia de las relaciones sociales, el grado de asociacionismo y el grado de uso de medios sociales. Con el índice de soledad se mide con qué frecuencia las personas se sienten solas.

4/

Características sociológicas de la soledad 3.0. en la sociedad española.

Cinco características sociológicas definen la soledad 3.0. en la sociedad española actual.

En primer lugar podemos señalar elementos sociodemográficos que afectan a la soledad. Señalamos aquí el cambio de la estructura familiar o el modelo de familia. Se incluyen en esta primera característica la menor natalidad, la crisis del sistema de cuidados, la desprotección familiar, el aumento de la viudedad, la mayor longevidad y el aumento de la esperanza de vida.

Hemos de considerar el modo de vida como una segunda característica.

La soledad se acrecienta con el paso de una sociedad eminentemente rural, donde es más fácil la convivencia y las relaciones interpersonales, a una sociedad urbana donde los encuentros personales son más difíciles por las características de las grandes ciudades.

En la soledad 3.0. un tercer aspecto a tener en cuenta es la comunicación cada vez más virtual y tecnológica frente a la comunicación interpersonal. Es la comunicación interpersonal o cara a cara la que facilita y proporciona las relaciones interpersonales que entierran a la soledad.

Una cuarta característica es el aumento de procesos de institucionalización que aíslan, de forma impuesta en muchos casos, al individuo de su entorno y de su red social construida a lo largo de décadas. Un ejemplo es el ingreso en residencias de mayores. Este ingreso obliga a los individuos a llevar a cabo un proceso de resocialización, semejante al que deben realizar los migrantes, para el que no siempre se está preparado ni se cuenta con las ayudas formativas suficientes.

En quinto lugar es importante, desde el punto de vista sociológico, detenerse en la situación socio-económica porque también puede generar un aislamiento y una deshumanización que conduzcan a la soledad. Desgraciadamente la última crisis económica en España ha llevado un aislamiento y a una soledad no deseada. La pérdida del trabajo y el sentimiento de inutilidad social implica que el individuo se desconecte de una sociedad que él considera que no lo necesita.

5/

Grupos sociales, vulnerabilidad y soledad.

En la sociedad española actual el primer grupo vulnerable es el grupo de las personas mayores. Si definimos con más precisión a este grupo, desde el ámbito sociológico hallamos a una mujer mayor, con características socio-económicas de clase baja, viuda y con mayor esperanza de vida que en décadas anteriores. No son los únicos grupos vulnerables y víctimas de la soledad. Otro grupo especialmente vulnerable es el de los inmigrantes. Las personas con alguna discapacidad también son una agrupación de riesgo. Las situaciones de soledad también las encontramos en el grupo de personas que cuidan a

LH n.326

familiares o personas dependientes. No podemos, ni debemos, olvidar a un grupo de población que sufre también la soledad. Se trata de los jóvenes entre 15 y 30 años.

La crisis económica en España nos ha dejado otro grupo vulnerable, como se ha señalado en el anterior apartado. Se trata de las personas con necesidades económicas básicas. En este grupo destacan los parados de larga duración, sobre todos los que superan los 55 años de edad, porque se sienten excluidos del sistema social y de su entorno. Las personas sin hogar también presentan una vulnerabilidad que les conduce a la exclusión, el aislamiento y la soledad.

Señalar unos grupos especialmente vulnerables no quiere decir que otros sectores de población no puedan estar solos o sentirse solos. Aunque sociológicamente sea en menor medida, también podemos citar a los niños, las personas enfermas, personas muy dependientes del trabajo y personas que sufren adicciones y que cambian sus relaciones interpersonales por la esclavitud de su adicción.

6/

Consecuencias sociales y ayuda instrumental ante la soledad.

Las consecuencias pueden ser psicológicas y sociales. Para analizar las consecuencias sociales, vamos a dar la palabra a **Díez Nicolás y Morenos Páez:**

“Desde el punto de vista social, la soledad puede empobrecer la realidad

social en el momento en que el individuo se considera como una persona que no participa de la vida social y que no es dueño de sus decisiones porque le gustaría vivir y relacionarse de otra manera y no puede por su condición, contexto o circunstancia” (2015, p. 44)

Si permitimos que esto ocurra, estamos fracasando como sociedad. El fracaso social refleja una crisis colectiva porque algunos de los miembros que conforma nuestra sociedad, por obligación, se ven y se sienten solos. ¿Qué podemos hacer para evitar las consecuencias de una soledad no deseada? ¿Cómo podemos impedir que la sociedad se empobrezca si sus miembros son aislados? ¿Cuáles son los tipos de ayuda que podemos ofrecer ante la soledad?

Dos son los tipos de ayuda que encontramos. La primera es una ayuda emocional y la segunda es una ayuda instrumental. La ayuda emocional es la que proporciona la familia, el entorno social y la sociedad civil. La Sociología se interesa especialmente por la ayuda instrumental porque las entidades públicas y privadas, así como las organizaciones sociales tienen que trabajar por la continua socialización de todos sus ciudadanos. Un magnífico ejemplo lo encontramos en el ámbito académico. La Universidad de la Experiencia es una actividad formativa que se inició, en 1993, en la Universidad Pontificia de Salamanca dirigida a las personas mayores. Hoy este programa de formación se encuentra en las universidades de toda España debido al éxito que, desde el principio, supuso esta iniciativa que busca una socialización permanente de las personas mayores. Este programa institucional está adscrito en Castilla y León a la Consejería de Salud y Familia y no a Educación. La explicación está en que se trata de una ayuda instrumental que, desde la socialización, refuerza la comunicación interpersonal con unos objetivos que no solo académicos.

En esta ayuda instrumental se engloban las campañas de sensibilización para poner de manifiesto

que una plaga silenciosa que se extiende en la sociedad actual y las que animan al asociacionismo; los programas de voluntariado, la prevención a través de la educación en valores, etc.

Las ayudas instrumentales se manifiestan en la sociedad a través de medidas indirectas y de medidas directas. Nos referimos a medidas indirectas cuando el objetivo no es evitar la soledad no deseada pero se consigue con el logro del principal objeto de la medida: prestación por desempleo, subvenciones para atender a necesidades básicas u otro tipo de ayudas sociales. Las medidas directas abordan la soledad como objetivo principal con acciones desde la solidaridad social, por ejemplo con el voluntariado. El servicio de Teleasistencia y los Centros de Día ofrecen, con ayuda de Ayuntamientos y Comunidades Autónomas, apoyo y compañía a quienes viven o se encuentran solos durante gran parte del día. La objeción que podemos señalar es que todas estas medidas son insuficientes y lo son, entre otras razones, porque hay una escasa visibilidad social del problema de la soledad. No nos gusta, como sociedad, reconocer lo vulnerables que somos y nuestra incapacidad para evitar la soledad en la llamada sociedad de la información y la comunicación.

7/

Conclusión.

La soledad 3.0. acecha a la sociedad actual. Se expande de modo silencioso entre los jóvenes y los mayores, grupos vulnerables que precisan ser escuchados.

“Valoramos la amistad como algo excepcional debido a que tenemos las redes sociales plagadas de seguidores pero

muy pocos “followers” en la vida real. (...) También somos conscientes de que todos estos factores son puntos negativos de cara a un futuro (...). Nos estamos convirtiendo en la generación callada”.

Son las palabras de un joven universitario que siente como su generación guarda silencio mientras la sociedad no le previene de la soledad 3.0, la misma que cercena la vida de muchos de nuestros mayores.

Quizá solo tenemos como sociedad que volver a recargar el corazón de los que nos rodean para no sentirnos también solos en el mundo 3.0. del siglo XXI.

Bibliografía

▶ **Abellán García, A. et al. (2019):** “Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos”. En Informes Envejecimiento en red nº 22 [http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf, consultado 30/07/2019]

▶ **Díaz Nicolás, J. y Morenos Páez, M. (2015):** *La soledad en España*. Madrid: Fundación ONCE y Fundación AXA.

▶ **Elias, N. (2012):** *La soledad del moribundo*. México: Fondo de Cultura Económica.

▶ **García Peña, L. L. (2019):** “La soledad contemporánea desde la obra de pensadores esenciales: análisis y perspectiva” *Iztapalapa Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 40, nº 86, enero-junio 2019, pp. 185-206.

▶ **García-Valdecasas Medina, J. I. (2018):** “Una nueva epidemia asola la sociedad occidental: la soledad”. *Razón y fe*, t. 277, nº 1431, pp. 51-62.

▶ **Instituto Nacional de Estadística [ES]** [https://www.ine.es/prensa/ech_2018.pdf, consultado el 24/07/2019]

▶ **López Doblas, J. y Díaz Conde, M. P. (2018):** “El sentimiento de soledad en la vejez”. En *Revista Internacional de Sociología* 76(1): e085. [https://doi.org/10.3989/

ris.2018.76.1.16.164, consultado el 26/07/2019]

▶ **Pinazo Hernandis, S. y Donio Bellegarde Nunes, M. (2018):** *La soledad de las personas mayores*. Madrid: Fundación Pílares.

▶ **Yanguas Lezaun, J. et al. (2018):** “El reto de la soledad en la vejez”. *Zerbitzuan*, 66, pp. 61-75.

▶ **Yanguas Lezaun, J. (2018):** *Soledad y riesgo de aislamiento social en las personas mayores*. En Encuesta 2018 de Obra Social “la Caixa” [https://prensa.lacaixa.es/obrasocial/encuesta-la-caixa-sobre-la-soledad-esp__816-c-29493_.html, consultado 5/08/2019]





04/Soledad en la enfermedad

Pablo Morales Álvarez,
Coordinador de Pastoral.
Hospital Beata María Ana.
Madrid

Uno de los primeros desafíos para aquellos a los que nos toca acompañar vidas heridas es aprender a mirar con hondura el corazón, tanto el ajeno como el propio. Mirar con la mayor hondura posible el corazón del otro, pero también nuestro propio corazón.

Es evidente que vamos por la vida proyectando nuestras necesidades a los demás y hay que hacer un ejercicio de una cierta honestidad con uno mismo antes de comenzar a atender a los demás. Esta honestidad va a suponer una ayuda mayor y mejor. Es evidente que vivimos en la cultura de las redes sociales. Una cultura de la conexión, aunque no de la relación. Somos esclavos de los likes. Lugares y espacios en los que solo parece aflorar la alegría ruidosa, lo *"guay del momento"*. No las horas muertas. Ni las experiencias dolorosas. Se está, pero sin vínculo ni compromiso. Como seres que vivieran en el *"país de las maravillas"*. Sin embargo, en estos momentos vivir la vida con profundidad es más necesario que nunca. No se trata de llenarla de cualquier forma. Con cualquier contenido. Se trata de dotarla de sentido para uno mismo y para los demás.

Palabras clave: Soledad, Enfermedad, Acompañar, Paciente.

Uno de los primeros desafíos para aquellos a los que nos toca acompañar vidas heridas es aprender a mirar con hondura el corazón, tanto el ajeno como el propio. Mirar con la mayor hondura posible el corazón del otro, pero también nuestro propio corazón.

Es evidente que vamos por la vida proyectando nuestras necesidades a los demás y hay que hacer un ejercicio de una cierta honestidad con uno mismo antes de comenzar a atender a los demás. Esta honestidad va a suponer una ayuda mayor y mejor. Es evidente que vivimos en la cultura de las redes sociales. Una cultura de la conexión, aunque no de la relación. Somos esclavos de los likes. Lugares y espacios en los que solo parece aflorar la alegría ruidosa, lo *"guay del momento"*. No las horas muertas. Ni las experiencias dolorosas. Se está, pero sin vínculo ni compromiso. Como seres que vivieran en el *"país de las maravillas"*. Sin embargo, en estos momentos vivir la vida con profundidad es más necesario que nunca. No se trata de llenarla de cualquier forma. Con cualquier contenido. Se trata de dotarla de sentido para uno mismo y para los demás.

Key words: Soledad, Enfermedad, Acompañar, Paciente.

1/

¿Como entender la soledad hoy?

Seguro que si pusiéramos en común lo que pensamos sobre la soledad acabaríamos poniéndonos de acuerdo en que es como el colesterol. Existe una soledad mala, pero también una buena. Vaya por delante que no es un tema sencillo. Por eso espero ser capaz de dilucidar un camino que nos permita acercarnos a él sin dejar de lado el hecho de que pueda haber otras maneras de aproximarse al tema.

Algunos elementos que, a mi juicio, son constitutivos de la soledad:

- Se trata de una realidad compleja. Hay una soledad que se busca y se agradece. Otra que genera sentimientos contradictorios y dolorosos. Centraremos la atención en aquella soledad que provoca angustia, desconcierto, desilusión, y que, aunque en algunos momentos nos paraliza, a veces también nos pone en movimiento. No se puede trazar una línea continua que las delimite. Para cada sujeto hay una soledad y una manera de sentirla.

- La soledad es una compañera de viaje que siempre está, pero que en algunos momentos se hace más evidente y reclama atención, abra-

zos y palabras comprometidas. Es la vivencia de una experiencia que viene muchas veces acompañada de un sentimiento de tristeza, de orfandad... que puede incluso ser vivida a veces con agresividad.

- Antes de profundizar en esta soledad que muerde, unas palabras sobre la soledad agradecida. Existe una soledad habitada. Aquella que nos hace experimentar el encuentro: contigo mismo y con los demás. Una soledad buscada y encontrada. A veces incluso conquistada. Que se busca en el silencio y desde la distancia de los demás.

Que se convierte en esa “suave brisa” que refresca la vida y le inyecta energía. De esta soledad da gusto hablar. Es aquella soledad en medio de las ocupaciones diarias, de la prisa, de la limitación, del cansancio, donde también encontramos en la soledad un oasis que sostiene y alimenta la vida. Es la soledad habitada. Agradecida. Este tipo de soledad se puede encontrar también en los hospitales.

Aunque a veces a los pacientes no les resulte fácil encontrar un espacio para el encuentro. El goteo de personas que entran a menudo en la habitación de un paciente es casi continuo: familiares, voluntarios, auxiliar, personal de enfermería, personal médico... y a veces no favorecemos las condiciones para vivir la experiencia de una soledad que puede estar siendo incluso anhelada. Muchas veces, con la intención de que no esté solo, provocamos en el paciente el efecto contrario. Se siente todavía más solo al verse, ante ese goteo de gente, como una pieza de museo que todos visitan y ante la que depositan “buenas impresiones”. Todos dejan sus **likes**, pero no su comprensión, su escucha...

- Parto de la base de que en el fondo del ser humano hay una necesidad profunda de encuentro, intimidad y complicidad. No somos islas. Incluso en los momentos más “aislados” deseamos tener un “otro” con quien establecer cierto vínculo y sentirnos acompañados.

(cf. *El Naufrago*)¹. A partir de esa necesidad que habita en cada uno, encontramos algunas personas y relaciones que colman nuestra necesidad de encuentro y pertenencia, y otras que... no tanto.

- Por tanto, tres definiciones de soledad en las que luego profundizaré:

A) Soledad es no tener con quien compartir cierta intimidad y ternura. En otras palabras, es no tener una persona con quien conectar en lo profundo, por quien saberse comprendido. **B)** Soledad es también sentirse lejos, a pesar de tenerla: lejos por la incomunicación, los problemas o el cansancio. Es ponerse un caparazón y no ser permeable a lo bueno que está ocurriendo. Es centrarse en el problema, más que en el progreso. Es una soledad que aísla. **C)** La tercera soledad es la resultante de la discrepancia entre lo esperado y lo que se tiene. Es un juego de expectativas. Entre aquello que ofrezco y lo que espero.

Cuando no se me paga con la misma “moneda” surge la soledad de la incompreensión.

Suele ocurrir con personas que con un alto grado de empatía con los demás suelen esperar la misma respuesta de los demás y cuando no ocurre se produce la soledad de la incompreensión.

- La soledad es un tema complejo. Dependerá del tiempo, del lugar y de la persona. Hay muchas soledades. Hay mucho camino para el matiz. Y para aprender de la vida de los otros.

- Suele suceder que la gente más feliz tiene relaciones íntimas más satisfactorias. La felicidad rara vez nos la regalan. Lo normal es que se construya a base de esfuerzo. A veces con dolor. Otros con paciencia. Como dice el refrán: “**No se hacen tortillas sin romper huevos**”.

Dicen que la cantidad de excavaciones necesarias para encontrar petróleo rentable es de 247. ¿Podríamos ser felices a la primera y sin esfuerzo?

2/

Mirada cultural.

Byung-Chul Han, filósofo surcoreano, afirma que vivimos en la sociedad del rendimiento y por tanto hiper-exigida². Somos solo si estamos en el sistema y somos funcionales al mismo. Para estar hay que conocer su engranaje y ser parte activa de ella. Ante la falta de sentido, corremos sin tener una dirección clara. Existe una necesidad imperiosa de dedicarse a una tarea, una actividad que entendemos muchas como trabajo y que supone la totalidad de la existencia y no un medio para conseguir otros fines. Y, por lo mismo, somos incapaces de tener “**tiempos muertos**”. El sentimiento de culpa por el “**no hacer**” es una de las consecuencias más trágicas. Por eso Han postula la necesidad de la contemplación. De parar. De estar. Y dejar tiempo para mirar la vida con distancia y cierta hondura...

Esta manera de estar en el mundo también se puede observar en las habitaciones del hospital, en cómo se está y se acompaña a las personas enfermas. Muchas veces, cuando llegas a una habitación, la imagen que ves es la de un acompañante conectado a algún dispositivo móvil. Sin cruzar palabra con el paciente. Cada uno en su mundo. Hoy se está más pendiente del “yo” que del “nosotros”. La relación entre el aislamiento y las redes sociales es muy estrecha. Cuanto más tiempo se dedica a las redes sociales, mayor es la sensación de aislamiento.

Se teme que la soledad llegue a convertirse en una epidemia mundial. En Estados Unidos existen aplicaciones móviles para alquilar amigos³. Se puede solicitar por la aplicación personas que te acompañen a caminar. Hay fiestas de abrazos en domicilios particulares. Se pagan 20 euros por tocarse unos a otros sin interacciones sexuales. En un país donde la mitad de los adultos consideran que nadie los conoce realmente y un

1. Wilson se llama el balón de voleibol con el cual Noland establece un vínculo comunicacional. “El naufrago”.

2. Dicen que cada tiempo tiene sus propias enfermedades... Prueba de ello es que hoy las grandes enfermedades tienen que ver con el rendimiento: stress, depresión, gente quemada, déficit de atención... enfermedades psicológicas. De ahí que haya una sobremedicación en la vida de muchas personas. El hombre se explota a sí mismo.

3. Rent a friend. Amigos de alquiler. Otro botón de muestra: Sidewalk talk. La fundadora de esta organización junto a amigos se sentó en la calle frente a sillas vacías desplegadas para que quienes quisieran conversar con ellos lo hicieran. Tuvo tal éxito que ya está en muchos países.

LH n.326

46% reconoce sentirse solo a veces o siempre, la aparición de todas estas iniciativas demuestra la dimensión que empieza a tener el problema. Por tanto, la cuestión de la soledad está pasando de ser un tema psicológico a ser un asunto estructural⁴.

3/

La soledad en la enfermedad.

Sabíamos desde hace mucho tiempo que tener alrededor suficiente gente es importante y que sentirse solo es perjudicial. Pero lo que resulta más notable, según los datos acumulados actualmente en la literatura científica y en varios estudios, es que lo importante no es si estás solo o no, sino si te sientes solo o no.

Puedes tener una amplia familia o estar en medio de una multitud, y sin embargo sentirte solo. Y esto no tiene únicamente un impacto negativo sobre el funcionamiento del cerebro y la capacidad cognitiva de las personas, sino que además limita los efectos positivos de otras cosas.

Es evidente que la enfermedad viene muchas veces acompañada de dolor, sufrimiento, incertidumbre y soledad. Nos sitúa en la realidad al ponernos en contacto nuestras limitaciones y también con nuestras ganas de luchar. Saca de nosotros lo mejor y lo peor. Nos centra en lo importante. La respuesta personal y la del entorno van a depender de la gravedad del diagnóstico de la enfermedad. No se vive igual una simple cirugía que un diagnóstico terminal. Así como para cada persona hay una manera propia de vivir la enfermedad, hay también una manera propia de vivir la soledad. Dependerá de su historia y de su manera de vivir la vida.

La muerte y la enfermedad son dos de los grandes tabúes actuales. La gente no quiere verlas. Hablar de ellas resulta impúdico. Preferimos pensar que es una realidad que concierne solo a los demás.

Una de las grandes tareas nuestras es ayudar a cerrar procesos. Dejar que las personas decidan sus tiempos y espacios. Acompañar a personas enfermas es acompañar a vivir la vida en su totalidad, tal cual es. Eclesialmente se ha hecho mucha retórica sobre el dolor. La enfermedad es dolorosa. Creo que lo importante es en qué puede convertirse y qué se puede extraer de esa experiencia dolorosa.

No deseo echarle almíbar a la soledad. Sí creo que está en nuestras manos acompañar esa realidad de tal manera que no sea una experiencia de agonía sino, por el contrario, de encuentro y crecimiento personal. A veces no podemos impedir la soledad pero sí podemos impedir que nos aniquile o aniquile a otros.

Según algunos estudios, la soledad aumenta un 30 o 40 % el riesgo de muerte. Habría que considerarla, por lo tanto, un factor que puede minar la sanación de la enfermedad. Muchos coinciden en que la soledad es más perjudicial para la salud que el tabaco o el alcohol. En nuestros hospitales deberíamos ser capaces de preguntarnos:

“¿Qué necesito saber sobre ti, como persona, para darte la mejor atención posible?”.

Se trata de una pregunta que evitaría mucha soledad, mucho sufrimiento. Escuchar y comprender al paciente en sus necesidades está relacionado con el respeto por la dignidad de la persona. Si nos hiciéramos esta pregunta, habría más humanidad y menos soledad. Más solidaridad. Porque lo contrario de la soledad es la solidaridad.

5. Reino Unido creó el ministerio de la soledad. Emiratos Arabes creó el Ministerio de la felicidad.

“Según algunos estudios, la soledad aumenta un 30 o 40 % el riesgo de muerte. Habría que considerarla, por lo tanto, un factor que puede minar la sanación de la enfermedad”

4/

Manifestaciones de la soledad.

En un hospital hay muchas manifestaciones de la soledad. Solo enunciaré algunas. Hay muchas más.

Soledad en el momento de tomar decisiones importantes

- En reiteradas ocasiones los pacientes y los familiares o tutores se enfrentan ante un sí o un no cuyas consecuencias durará toda la vida. ¿Cuál será la mejor decisión?, suelen preguntarnos. O: ¿Me estoy comportando de manera justa? En muchas ocasiones, el comenzar la sedación supone para los familiares un gran desgarró. Es el momento del dejar partir. Es prepararse para el vuelo. Es hacer el cheking. Ya no hay vuelta atrás.
- Como diría Ortega y Gasset, la soledad es una condición radical del ser humano. Estamos solos ante nuestras propias decisiones, ante la vida y la muerte, por mucha compañía que tengamos. Decidir supone elegir. Cualquier decisión trae consigo el riesgo de la equivocación.

Conspiración del silencio

- Es una barrera en torno a la verdad. Es vivir medias verdades, o lisa y llanamente fantasear la verdad.
- En la vida hemos aprendido a protegernos mutuamente unos a otros. No queremos que los demás sufran. Entonces, todos actúan en torno al enfermo ocultando la verdad o incluso mintiendo, fingiendo alentar y augurando una llegada a buen puerto que no se va a producir nunca. Es la soledad del que cuida

y no puede compartir su sentir. Es la soledad del que experimenta que se apaga y no puede despedirse.

- Es ver desvanecerse al otro creyendo que ni intuye ni entiende lo que le está pasando aunque la mayoría de las veces sepa perfectamente en qué punto del proceso está.
- Es, por excelencia, el silencio habitado pero que muerde. Habitado por los miedos aprendidos; sobre todo el miedo a ver sufrir al otro. Es la soledad que cierra puertas y ventanas, y deja ver la casa solo desde el exterior donde perros guardianes, feroces y violentos, impiden entrar a sentarse y conversar.
- No dejamos que hable la verdad de la vida. La soledad no nos haría sufrir si supiéramos acompañarnos mutuamente.

Incomprensión. Entre aquellos que exigen y las fuerzas del que lucha

- Es la soledad del que se siente exigido por otros y no se siente comprendido. Es caminar con zapatos distintos, sin hacer en ningún momento el ejercicio de cambiar de zapatos. A veces cuando nos ponemos en los zapatos de otros atisbamos lo que el otro está viviendo. ¿Cuántas veces oímos a familiares quejarse de sus pacientes por su supuesta “flojera” o “pereza” en el momento de trabajar o hacer lo que los médicos exigen? Sobre todo en pacientes de Daño Cerebral. Es habitar mundos distintos.
- Es la soledad del que siente y cree que los otros no le entienden o no entienden el proceso de su enfermedad.

Silencio de Dios

- Al creyente tarde o temprano le surge la pregunta por la presencia de Dios en estas circunstancias. Es la pregunta de la teodicea. La pregunta por el sufrimiento y el silencio de Dios.

LH n.326

- ¿Qué supone dejar a Dios ser Dios en este momento? A veces el “celo apostólico” empaña una verdadera experiencia de Dios. Dios desea en ese momento ir con más calma porque yendo así va más de prisa.
- Dios no tiene el nombre de victoria ni tampoco el de fracaso. El éxito puede embriagar a veces. El fracaso nos vuelve más humanos. Más sensibles. La soledad tiene algo de “fracaso”. Es el momento para dejar hablar a Dios.
- Con la encarnación Dios ha elegido una manera singular de hacerse próximo a nosotros. A Dios le gusta camuflarse en aquello que aparentemente no es Dios. Es la pregunta del resucitado a María: “¿Por qué buscáis entre los muertos al que está vivo?”

Al resucitado, a Dios, no solo se le busca en lo sagrado sino también en lo profano. De ahí que siempre es necesario, en los momentos de enfermedad, la manera propia de estar Dios acompañando. De modo contrario, se experimenta a un Dios lejano y por tanto cierta soledad espiritual.

Temporalidad. Distinta lectura del tiempo

- Tiempo del que padece y del que acompaña. En familiares cuando se alarga la agonía... Quieren que acabe ese calvario, que se hace tan largo y doloroso. No quieren ver cómo sufre. Es la lentitud del paso del tiempo.
- Cuanto más sola se sienta una persona, el paso del tiempo se hará más lento y doloroso. Los días son tediosos y pasan despacio. Aburren.
- El tiempo muchas veces en un hospital más que lineal es circular. Siempre es más de lo mismo. No hay muchas veces una secuencia de progresos. Los hallazgos son los mismos. No hay novedad. El eterno retorno es la precaria y atroz sensación continua que nos indica que esto ya lo vivimos, que esto ya lo intentamos, que esto ya fracasó. No hay progreso real, porque los que cambian son los decora-

dos pero no las situaciones básicas y vitales. Todo se mantiene igual. Es el eterno retorno. Esta repetición de situaciones básicas, más que de hechos concretos, provoca la sensación de que lo que está pasando ya había pasado, de que los acontecimientos se repiten, de que vuelven una y otra vez.

- Ni qué decir cuando los pacientes entran en un estado agónico... Cuantas veces nos dicen los familiares: “Queremos que esto se acabe ya. Se está siendo eterno.” Revertir la situación supone comprometerse con los pacientes y familiares y acompañar. Más cuando los familiares no desean despegarse de la habitación por temor a que muera en su ausencia. Es un tiempo acotado a la realidad que desgasta.

Vejez. Deterioro físico y mental. La reducción de vida social. Falta de vinculación comunitaria

- Igual que la sonrisa de un niño es un regalo, también lo es, e incluso en mayor medida, la sonrisa de un anciano. Nuestros hospitales están llenos de personas mayores tristes. Gente que ya no espera nada de la vida. Para muchos es una “bendición” estar ingresado.

Reciben la atención, el cuidado y la compañía que no encuentran fuera... Hay muchos ancianos que han ido quedándose solos poco a poco. Es la imagen de la persona mayor esperando la muerte. Como si el tiempo se hubiese detenido y solo quedara esperar.

- Más allá de sus necesidades, no hay nadie que les saque de su mundo. Que les abra ventanas al mundo. En Barcelona hay muchas iniciativas para acompañar a personas mayores. Personas a quien nadie les da los buenos días. Personas con las que nadie se sienta a hablar gratuitamente.
- Hoy por hoy muchos mayores son apartados y desprovistos de la atención familiar. Hoy tenemos residencias de mayores que son auténticos guardamuebles de viejos. Esperan a

Godot viendo la televisión. Es por ello que es necesario replantearse el cuidado integral con nuestros pacientes. Para muchos la vejez es aquel jardín vacío en el que nada crece ni va a crecer, excepto la pena.

La gente mayor v/s gente joven. Hay un **desfase generacional** entre su vida y la vida y el ritmo de los más jóvenes. Nos cuesta reconocerlos en los otros. Hay tal diversidad que no encontramos muchas veces personas “iguales”. Sobre todo entre la gente mayor.

- Los cambios culturales se han producido tan rápidamente que muchos de ellos se han quedado out line.
- Hoy vemos muchas veces hijos y familiares que no tienen tema en común para conversar. No hay sintonía.
- Qué bien vienen los encuentros intergeneracionales. El tener una excusa para compartir lo vivido. ¿Cuánta alegría experimentan los mayores cuando les preguntas por sus “batallitas”? ¿En qué trabajó? Cuéntame de tu familia. De tu pueblo, tu gente.

Las resistencias histórico-familiares: Cuando acompañamos y la familia se extraña de que el paciente se abra con nosotros más que con ellos, yo les digo que es por la novedad. Es la mirada inocente. No hay resistencias históricas. Es la mirada ingenua, sin prejuicios, que se acerca con bondad. Esa cara nueva se agradece. Como cuando cambias de ciudad. Es una oportunidad para volver a comenzar.

- La soledad unida a la incomunicación generan violencia. Es importante entender la raíz de esa violencia, los móviles de esa violencia, y, sobre todo, las consecuencias de esa violencia en las personas que le acompañan.

El perdón no dicho. No formulado. Hay situaciones en las que se perdona pero se sigue sanando... y es necesario reparar.

- Me parece importante trabajar el perdón. A veces tiene que ser en un momento preciso, pero otras se puede trabajar la experiencia del perdón. Integrar a las “víctimas”. Hacerlas parte del proceso de reconciliación. Que el perdón sacramental se extienda a la vida cotidiana.

- Es evidente que el perdón sacramental “actúa”, opera, pero se hace necesario extender esa reconciliación a los demás, especialmente a quienes han sido víctimas. Es importante que ellas se sientan escuchadas y puedan elaborar el perdón.

La muerte

- Ante la muerte existen muchas formas de posicionarse. Hay quienes la viven con total naturalidad y quienes la colorean de diferentes maneras. Ante ella, cada persona proyecta sus propios sueños y miedos. Los creyentes sabemos que no hay un vacío. Sin embargo, esto no nos impide sentir miedo.

Soledad institucional:

- Una cosa es tener amistades y otra, muy distinta, es sentirte acompañado en el ingreso. La soledad no depende de cuánta gente se conoce, sino de a cuánta gente se siente cerca en determinado momento. La proximidad es importante. Provocar el encuentro. La hospitalidad ha de ser el primer y último valor que hay que vivir con el paciente y las familias.
- El dolor emocional de la soledad es tan grande que daña la confianza en uno mismo y, como autoprotección, se pierden la confianza en los demás y la esperanza.

5/

Posibles estructuras de apoyo para ayudar a vivir la soledad.

Se entiende por estructura de apoyo todo aquello que nos permite ver en el fondo de nuestra vida y en la de los demás. Aquello que ayuda a crecer. Aquello que facilita que el otro pueda crecer y sentirse acompañado.

Algunos preámbulos antes de enumerar algunos elementos que ayudan a profundizar.

- Tenemos que ser capaces de generar conversaciones que abran espacios a lo profundo de la vida desde lo cotidiano.

Que generen confianza para la confidencia desde la gratuidad. Para eso ayuda que tanto el que acompaña como el acompañado nos sintamos “**compañeros de viaje**”. Tenemos que ir más allá de la relación entre “**afligidos**” (ellos) y “**sana-dores**” (nosotros).

- Como iglesia nos habían enseñado las respuestas a las grandes preguntas y necesidades de la humanidad... hoy las preguntas son distintas y no sabemos cómo responder... la mirada ha de ser desde el Evangelio. De ahí la necesidad de comprender una nueva manera de estar y acompañar en la iglesia.

- A menudo tenemos que hacernos la pregunta por la manera de entender y vivir el evangelio. Una auténtica espiritualidad comprueba su validez, se verifica y se hace creíble en lo cotidiano de la vida. Lejos de oponerse, como equivocadamente se ha pensado muchas veces, espiritualidad y vida llegan a su respectiva plenitud solo cuando van juntas.

- Elementos que ayudan:

- Movilizar el deseo... Por lo menos, como dice San Ignacio, tener el deseo del deseo. Tenemos que ser grandes conversadores. Tenemos que ayudar a verbalizar la experiencia y confiar en que la persona tiene los recursos para salir adelante. Hay que intentar conectar con las grandes motivaciones interiores que le han movido en la vida.

- Pregunta mágica / milagro. ¿Qué debería pasar para que te sintieras mejor? A partir de ahí trabajar. Hay situaciones donde la mirada corta impide el cambio. A veces es necesario poner la mirada un poco más lejos de tal manera de atisbar un futuro distinto. Para aquellos que acompañamos tenemos que aprender a más que leer entre líneas hay que leer las líneas. Somos dados a ir más allá de lo que nos cuentan. No rasquemos donde no pica.

- Crear centros y lugares donde se respire calor de hogar. **P. Francisco**. Hay una hospitalidad espacial. No solo las personas curan sino también los espacios. Hay que repensar los espacios. Hoy más que nunca es necesario conectar con lo esencial de la vida. Para ello el hospital puede ser un buen lugar. Hay tiempo y si favorecemos el espacio puede hacerse una buena conjugación dando como resultado experiencias positivas.

- Hacer preguntas en voz alta para que los demás escuchen lo que a veces no se atreven a preguntar por las razones que sea... tenemos que ser puentes entre dos mundos emocionales. Ayudar a romper esa barrera histórica que no permite asombrarnos de la vida de los demás. Hay que ayudar a ventilar la vida. Una conversación de ventanas abiertas al exterior, por donde se puedan colar otros aires. El aire fresco del otro, de los otros, de lo otro, de lo distinto. Otras sensaciones.

Las plantas para vivir no solo necesitan agua sino también aire. Muchas personas experimentan soledad por una falta de contacto

“Estructura de apoyo es todo aquello que nos permite ver en el fondo de nuestra vida y en la de los demás.”

con la realidad. Con su entorno. Ponerlos en contacto con voluntarios, con otras personas... los lugares comunes del hospital.

- Tenemos que generar sentimientos de pertenencia y significación. “**Tú eres importante**”. Cuando alguien me pregunta quién paga tantos cuidados, le digo: “**La Comunidad de Madrid. Porque tú lo vales**”.

- La confianza se cuece a fuego lento. Día tras día. Desde la gratuidad y el compromiso con los pacientes.

- Escribir. Lo vivido no queda atrás. No fue consumido sino almacenado; está allí, listo para volver a ser leído y reinterpretado una y otra vez.

- Hay que abogar por ciertas dosis de soledad (estar sin compañía). Defender la necesidad de estar solo y dejar estar solo, porque eso es importante tanto para el bienestar emocional.

- Reivindicar un minimalismo digital que supone poder y saber desconectar.

- Disposición del que acompaña: Vivir desde y en la gratuidad. Lo que significa no hacer las cosas para o porque me las agradezcan, me recompensen o me alaben, sino con la generosidad que me da el sentirme previamente amado.

Y nos hacemos capaces entonces de descubrir, ¡tantas y tantas veces!, la sencilla verdad del evangelio. La presencia silenciosa de Dios en las personas.

Quien tiene la experiencia de Dios en la vida experimenta muy hondamente que Dios es siempre nuevo, que es un Dios que no nos deja instalarnos y nos obliga frecuentemente a salir de “**nuestra**” tierra” e ir al encuentro del otro.

Vivimos en una cultura del mensaje. Solo lo que tiene el sabor de lo vivido implica al oyente.

6/

Invitación.

Por último, la experiencia de acompañar a personas en la enfermedad nos evangeliza. Nos cambia el corazón. Es una evangelización silenciosa las más de las veces, pero de una insospechada profundidad y fuerza.



05/La soledad en la salud mental.

Marta López Fernández-Escandón,
Psicóloga Clínica en Cuidados Paliativos.
Centro San Juan de Dios.
Ciempozuelos (Madrid)

La autora trata de abordar qué relación existe entre la soledad y la enfermedad mental, pero acercándose también desde una mirada sana, por lo que habla de la salud mental, esa parte de nuestra salud, por lo general, "olvidada".

Cuando nos preguntan cómo nos encontramos de salud, lo frecuente es pensar en los dolores del cuerpo, en la tensión arterial, en los niveles de colesterol o azúcar, etc. Y pocas veces nos sentimos preguntados por nuestra salud mental que incluye preguntas como:

- ¿Cómo gestiona sus emociones? ¿Cuándo siente pena, rabia, enfado, desilusión, angustia...
- ¿Cómo gestiona sus pensamientos? ¿Son muy obsesivos, recurrentes, catastróficos?
- ¿Sus comportamientos le reportan bienestar?
- ¿Qué hace con sus contradicciones?
- ¿Cómo se relaciona con los demás? Familiares, amigos, conocidos, compañeros de trabajo...
- ¿Se siente productivo en su vida?

Timoty B. Smith (profesor de la Universidad Bringham Young en Utah - EUA) expresó que "no se piensa normalmente en los factores sociales cuando se piensa en la salud". Desde estas líneas la autora hace un primer llamamiento a preguntarnos y preguntar por la salud mental propia y de nuestros seres queridos. Preguntarnos por nuestra salud mental es poner atención en ella, es un buen punto de partida.

Palabras clave: Soledad, Salud mental, Vida, Aislamiento.

La autora trata de abordar qué relación existe entre la soledad y la enfermedad mental, pero acercándose también desde una mirada sana, por lo que habla de la salud mental, esa parte de nuestra salud, por lo general, "olvidada".

Cuando nos preguntan cómo nos encontramos de salud, lo frecuente es pensar en los dolores del cuerpo, en la tensión arterial, en los niveles de colesterol o azúcar, etc. Y pocas veces nos sentimos preguntados por nuestra salud mental que incluye preguntas como:

- ¿Cómo gestiona sus emociones? ¿Cuándo siente pena, rabia, enfado, desilusión, angustia...
- ¿Cómo gestiona sus pensamientos? ¿Son muy obsesivos, recurrentes, catastróficos?
- ¿Sus comportamientos le reportan bienestar?
- ¿Qué hace con sus contradicciones?
- ¿Cómo se relaciona con los demás? Familiares, amigos, conocidos, compañeros de trabajo...
- ¿Se siente productivo en su vida?

Timoty B. Smith (profesor de la Universidad Bringham Young en Utah - EUA) expresó que "no se piensa normalmente en los factores sociales cuando se piensa en la salud". Desde estas líneas la autora hace un primer llamamiento a preguntarnos y preguntar por la salud mental propia y de nuestros seres queridos. Preguntarnos por nuestra salud mental es poner atención en ella, es un buen punto de partida..

Key words: Mental health, Spirituality, Suffering, Mystery, Dignity.

1/

¿Qué es la salud mental?

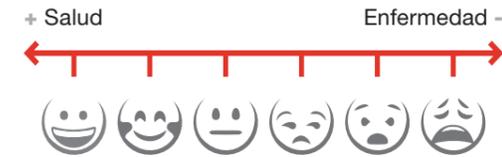
Según la definición de la **Organización Mundial de la Salud (diciembre 2013)**

“La Salud Mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

Abordar cuestiones relativas a la salud mental es preguntar por cómo nos relacionamos con otros en el seno de la familia, en la escuela, en el trabajo, en las actividades recreativas, en el contacto diario con nuestros iguales y, en general, en la comunidad.

Como cada uno armoniza sus deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales con los requerimientos para hacer frente a las demandas de la vida.

Un ejemplo sencillo, ¿con cuál de estos estados se identifica en este momento de tu vida?



**¿Siempre ha estado ahí?
A lo largo del día de hoy,
¿ha pasado de uno a otro?**

Es importante tener en cuenta que la salud mental es, al igual que la salud física, algo vulnerable, es decir, se puede dañar. Ahora bien, esto no significa que sea débil, simplemente significa que hay que cuidarla. La salud mental no la tenemos garantizada de por vida. Y sin salud mental no hay salud.

Cuando la salud mental se resiente las consecuencias pueden poner en riesgo la vida. El suicidio es una de las consecuencias más dramáticas del padecimiento o sufrimiento psíquico. Cada año se suicidan en el mundo más de 800.000 personas, una cada 40 segundos. Y los trastornos mentales, junto al consumo nocivo de alcohol, contribuyen a muchos de estos suicidios.

Según los últimos datos, el suicidio es la segunda causa de defunción entre las personas de 15 a 29 años. El 75% de los suicidios se producen en países de ingresos medios y bajos. La mortalidad por suicidio es superior a la mortalidad total causada por la guerra y los homicidios. Los plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego son los métodos más habituales empleados en el mundo.

Se sabe que sentir soledad es una de las causas que lleva a una persona a un protagonizar un comportamiento suicida, buscando con ello un alivio a estos sentimientos que generan un profundo sufrimiento.

El objetivo en el Plan de Acción de Salud Mental de 2013-2020 es reducir un 10% de los índices de suicidio.

2/

Soledad y salud mental.

Empezaré abordando la relación soledad y salud/enfermedad mental aclarando algunos conceptos.

- ¿La experiencia de soledad perjudica seriamente la salud mental?
- ¿Sentir la soledad en la infancia perjudica la salud mental de adultos?
- ¿La soledad es estar sólo? ¿Estar solo es estar aislado?

Podría parecer, por todo lo explicado y por todo lo comentado, que estar solo se trata de algo a evitar, una experiencia de riesgo para la salud mental. No obstante, a nivel psicológico la capacidad de “estar a solas” constituye uno de los signos más importantes de madurez dentro del desarrollo emocional.

La capacidad para estar solo se consigue tras pasar por la experiencia de estar a solas en presencia de otra persona, como les ocurre a los niños que necesitan la presencia de un adulto de confianza para explorar solos el mundo. Ahora bien, para llegar a estar a solas de manera calmada es necesario haber sido suficientemente cuidado física y afectivamente antes.

Es en la infancia donde debemos adquirir la capacidad de estar solos. Los momentos de aburrimiento son necesarios para el niño, posibilitan la creatividad, sin embargo muchos padres llenan el tiempo libre de sus hijos con deportes, actividades, televisión, etc. Para que se desarrolle la imaginación del niño es necesario dejarle tiempo y espacio para que pueda estar a solas.

Por tanto, en la vida adulta, aceptar la soledad es dejar de depender de la valoración del otro,

asumir la responsabilidad de lo que se es, saber lo que uno vale. La capacidad de estar solo permite estar en contacto con los más profundos sentimientos propios, desarrollar la creatividad y soportar mejor la pérdida.

Considero importante realizar este acercamiento para evitar la estigmatización de la soledad. Disfrutar de la soledad deseada es un aspecto que reporta gran bienestar psíquico.

Habría, por tanto, que diferenciar conceptos. Es el abandono, la ausencia del ser querido lo que resulta doloroso, lo que se teme y lo que, en momentos iniciales de desarrollo (en la infancia) puede tener consecuencias muy graves para la salud mental.

3/

Vivir solo, aislamiento social y soledad.

Definir y diferenciar conceptos relacionados puede ayudar a entender esta cuestión.

El aislamiento social es la situación objetiva de tener mínimos contactos con otras personas, bien sean familiares o amigos. La soledad, en cambio, es la sensación subjetiva de:

- Tener menor afecto y cercanía de lo deseado en el ámbito íntimo: Soledad emocional.
- De experimentar poca proximidad a familiares y amigos: Soledad relacional.
- De sentirse socialmente poco valorado: Soledad colectiva.

Vivir solo no implica forzosamente padecer aislamiento social ni soledad.

La soledad emocional hace referencia al grupo de una a 5 personas íntimas a las que podemos acudir en busca de apoyo emocional en momentos de crisis. Esta situación, muy vinculada a la viudedad, afecta tanto a hombres como a mujeres.

La soledad relacional se produce en el grupo de 15 a 50 personas con las que simpatizamos. La falta de contactos en este entorno produce soledad relacional y afecta principalmente a mujeres.

La soledad colectiva, aparece cuando nos sentimos socialmente poco valorados por el grupo de 150 a 1.500 personas con las que interactuamos a través de asociaciones voluntarias. Este tipo afecta principalmente a los hombres.

Cada una de estas cuestiones fue revisada en una investigación¹ que incluía más de 70 estudios realizados entre 1980 y 2014. Se exploró cómo la soledad, el aislamiento social y/o vivir solo afectaban a la longevidad.

Se encontró que el aislamiento social (tener pocos contactos sociales o ninguno, o realizar pocas actividades sociales o ninguna) aumentaba el riesgo de fallecer antes en un 29%.

El sentimiento de estar solo (tenga contactos sociales o no los tenga) también se asoció con un riesgo un 26% más alto de muerte prematura. Las personas que vivían solas tenían un riesgo un 32% más alto de muerte prematura que las que vivían con otra persona, aunque no se sintieran solas.

Las posibles explicaciones a estos resultados señalan que ante el aislamiento, la soledad o el vivir solo, se puede tener peor respuesta inmunitaria, se reducen nuestras conductas orientadas a la salud y aumentan las conductas de riesgo como son el consumo abusivo de alcohol o drogas, conducir de forma agresiva o no abrocharse el cinturón de seguridad, entre otras.

Somos seres sociales, nuestro sistema inmunitario y nuestra respuesta al estrés simplemente

funcionan mejor cuando estamos en una colectividad.

Cuando la soledad se instala se convierte en soledad crónica. La soledad crónica aumenta el riesgo a desarrollar enfermedades mentales (ansiedad, depresión) y también, como refleja el anterior estudio, se resiente la salud física.

4/

Enfermedad mental y soledad.

Como psicóloga clínica del Centro San Juan de Cienfuegos, donde están ingresadas muchas personas diagnosticadas de enfermedad mental grave, me gustaría acercarme a esta relación soledad y enfermedad mental en el otro sentido, la tremenda soledad que invade a la persona cuando es diagnosticada de una enfermedad mental.

La enfermedad mental conlleva mayor riesgo de soledad crónica, formándose un doble padecimiento tanto para la persona afectada como para sus familiares.

De manera muy reduccionista, los trastornos mentales se pueden clasificar en tres grandes bloques, recalco que se trata de una reducción muy simplista.

Los trastornos de tipo neurótico que causan alteraciones emocionales, o de otras áreas, incluye trastornos del estado de ánimo, ansiedad, fobias, obsesiones, temores hipocondríacos, trastornos adaptativos, etc. implican alto sufrimiento según el grado de gravedad que es muy amplio. Las personas afectadas por patologías de la esfera neurótica suelen tener un gran sufrimiento ante las experiencias de soledad.

“Es el abandono, la ausencia del ser querido lo que resulta doloroso, lo que se teme y lo que, en momentos iniciales de desarrollo puede tener consecuencias muy graves para la salud mental”

Los trastornos de tipo psicótico se caracterizan por la pérdida de contacto con la realidad, pueden tener consecuencias graves para la vida personal, familiar, laboral y social, incluye diagnósticos como esquizofrenia, trastornos bipolares, trastorno delirante, etc. implican alto sufrimiento según el grado de gravedad que es muy amplio.

Las personas afectadas por una patología de la esfera psicótica suelen estar aislados, retirarse del contacto con los otros por el sufrimiento que les genera su relación con los demás y con el mundo. No obstante, ese aislamiento o soledad “buscada”, como mecanismo de defensa, puede conllevar graves consecuencias para sí mismos.

Los trastornos de la personalidad que se caracterizan por un patrón de funcionamiento general, relativamente estable en la manera de pensar, sentir y actuar que se manifiesta en todos los contextos familiar, laboral y/o social. Las personas afectadas por un trastorno de personalidad grave podrían ser especialmente sensible a los abandonos afectivos.

5/

Conclusiones.

Es importante cuidar nuestra salud mental. La soledad puede conllevar enfermedad mental y la enfermedad mental suele conllevar soledad.

Un exceso de presencia nos impide estar con nosotros mismos, estar en contacto con los sentimientos propios, desarrollar la creatividad y soportar mejor la pérdida.

El exceso de soledad, la soledad crónica o no deseada, se convierte en un factor de riesgo también para la salud física. El reto es aprender a estar solos y con los otros equilibradamente.

La soledad crónica es hambre de intimidad, será necesario buscar la cercanía y la calidez de las relaciones personales.

“La gente está sola porque construye muros en lugar de puentes”
J. Newton

“Lo opuesto de la soledad no es la unión, es la intimidad”
Richard Bach



06/Santa Genoveva Torres Morales: del carisma a la misión

Hna. Irene Cuende,

Superiora/Directora Residencia Ntra. Sra. del Pilar. Zaragoza

Dr. José L. Bonafonte,

Médico Geriatra.

Residencia Religiosas Angélicas y Hospital San Juan de Dios. Zaragoza

El carisma, como experiencia del Espíritu, es un don que Dios nos da para ponerlo al servicio de los demás, con la gratuidad y el amor con que lo hemos recibido: *“Lo que habéis recibido gratis, dadlo gratis” (Mt 10, 7-15)*.

La congregación de Religiosas Angélicas, recibe de Dios un don, inspiración recibida por nuestra Fundadora, Genoveva Torres Morales, para configurarnos con Cristo en el misterio de su amor misericordioso, reavivando en nosotras la conciencia de la misión que se nos ha confiado y a la que tenemos que responder en cada momento, de *“ser consuelo en la soledad, hoy”*.

La Madre Genoveva, descubrió el carisma que Dios le regalaba. Su respuesta al amor que recibía de Dios fue ponerse a su servicio, siendo *“ANGEL DE LA SOLEDAD”*, para acompañar y cuidar a las personas que sufrían la soledad.

Palabras clave: Soledad, Espíritu, Consuelo, Amor.

El carisma, como experiencia del Espíritu, es un don que Dios nos da para ponerlo al servicio de los demás, con la gratuidad y el amor con que lo hemos recibido: *“Lo que habéis recibido gratis, dadlo gratis” (Mt 10, 7-15)*.

La congregación de Religiosas Angélicas, recibe de Dios un don, inspiración recibida por nuestra Fundadora, Genoveva Torres Morales, para configurarnos con Cristo en el misterio de su amor misericordioso, reavivando en nosotras la conciencia de la misión que se nos ha confiado y a la que tenemos que responder en cada momento, de *“ser consuelo en la soledad, hoy”*.

La Madre Genoveva, descubrió el carisma que Dios le regalaba. Su respuesta al amor que recibía de Dios fue ponerse a su servicio, siendo *“ANGEL DE LA SOLEDAD”*, para acompañar y cuidar a las personas que sufrían la soledad.

Key words: Soledad, Espíritu, Consuelo, Amor.

1/

Sentido de la soledad.

La soledad que sigue siendo un mal que acompaña nuestra existencia en todas las etapas de la vida y que tiene hoy nuevos rostros. Soledad es una palabra ambigua. El ser humano, creado a imagen y semejanza de Dios, que es fecundidad sobreabundante de amor, debe vivir en comunión con Dios y con sus semejantes y de esta manera dar fruto. La soledad, por lo tanto, en sí misma, es un mal, pero puede convertirse en fuente de comunión y de fecundidad si se une a la soledad redentora de Jesucristo.

La soledad tiene una dimensión negativa: la privación de relación, de cariño, de amor. **Madre Genoveva**, desde su propia experiencia de soledad era consciente del daño que esta causaba y por eso, con la ayuda de Dios, intentó luchar contra ella y combatirla. En la Madre Genoveva, su capacidad de amar al otro le viene sobre todo porque es este encuentro con el Otro, el que le lleva a amar, con entrañas de misericordia, desde un amor gratuito personal y entrañable, a la persona necesitada de ternura y comprensión.

La soledad tiene también una dimensión positiva: desasimiento de las criaturas para estar a **“solos con el Solo”**, que fue una de las más profundas ansias de la Madre Genoveva.

Cuando contemplamos nuestro mundo de exclusión, de indiferencia, de desamor... donde cada vez son más las personas que se sienten solas y que se encierran en egoísmos y en violencias, nos da mucha alegría percibir que, de un modo u otro, encontramos hombres y mujeres que se acercan a ellas, buscando dar vida, acompañando, acariciando, dando esperanza.

El amor, el consuelo, no hay que darlo por supuesto, que es una elección que necesitamos hacer cada día, y tejer en lo concreto con las demás historias, allí donde estamos y allí donde vamos. Seguir creando vínculos que nos unen a las personas, y desde la fe, que nos une con Dios mismo. Que es quien puede **“curar”** nuestra soledad. Por eso la Madre Genoveva, desde el comienzo de la fundación piensa que la Residencia tiene que ser como una proyección de su propia casa (las habitaciones individuales, pudiéndolas amueblar a su gusto, con los recuerdos que tienen en sus hogares); y que el trato entre las residentes y con las hermanas fuese de familia.

2/

Experiencia humana de la soledad en Madre Genoveva. La soledad físico/ moral.

Centro esta reflexión en el ejemplo de una mujer, mi Fundadora, que fue **“alma grande, con cuerpo roto de niña en el dolor”**, así lo expresa el canto que hacemos Himno para nosotras. Para hablar de la soledad en la Madre Genoveva es necesario hacer un recuerdo de su vida, desde la más tierna infancia. Nació en Almenara (Castellón) el 3 de enero de 1870, de familia

humilde. Genoveva Torres Morales vivió la soledad en toda su crudeza. Huérfana a los ocho años y pierde también a 4 de sus 5 hermanos, atendiendo sola a las labores de su hogar.

A los 13 sufrió la amputación de una pierna, quedando minusválida para siempre. Ingresó en la Casa de Misericordia de Valencia. El testimonio de las Carmelitas de la Madre Vedruna despertó en ella el deseo de consagrarse a Dios en esta misma congregación. En ese momento, por su minusvalía física, no pudo ser aceptada.

Pero, ante esta situación tan límite, no se replegó sobre sí misma de forma egoísta, sino que, al contrario, fue la fuerza que la hizo abrirse a la gracia de Dios, que iba actuando en ella y la iba modelando, forjando una personalidad fuerte y segura en sus decisiones. Esto es así porque también ella fue dócil a esta gracia pues Dios nos regala sus dones en semillas.

Sale de la Misericordia, en busca de las rutas del Señor, y funda la Congregación de Hermanas del Sagrado Corazón de Jesús y de los Santos Ángeles -Angélicas- en 1911. Murió en Zaragoza el 5 de enero de 1956.

Muy bien expresó en distintos momentos de su vida, las palabras del Apóstol: **“Todo lo puedo en Aquel que me conforta” Fil 4,13.**

Estas dolorosas y tempranas experiencias marcarían su vida, pero no le impidieron, sin embargo, tener un carácter alegre, sino que le ayudaron a forjarse en humanidad y en virtud cristiana. Genoveva pudo haberse rebelado contra Dios o replegarse sobre sí misma, y sin embargo, ve en el sufrimiento un motivo de unión con Dios; en palabras suyas:

“Hay mucho que sufrir; pero por la misericordia de Dios, no me falta ánimo (...). Nada me satisface. Sólo el estar con Dios”. (Carta 13, 20 julio 1911).

3/

La soledad estigma y terapia.

La Madre Genoveva es una de esas personas que sintieron el estigma del sufrimiento con un realismo que pudo decir con san Pablo:

“Llevo en mi cuerpo las marcas de Jesús”. (Gal 6, 17).

Huérfana, enferma, mutilada... pero quizás el sufrimiento más profundo fue el de su soledad. Hay un pasaje que nos describe esto con enorme fuerza.

Quizás había podido superar hasta su cojera, pero esa soledad le quemaba interiormente y así escribe el 18 de enero de 1943, y recuerda así su vida:

“Tengo muchos años. He vivido siempre sin cariño de nadie. Ni mis familiares. Eran lejanos sólo un hermano y por algunos años...” (Escritos personales).

Es posible que se refiera a los primeros años de su vida, pero, de todas formas, vemos, por otros textos que, en las situaciones más difíciles, la Madre Genoveva se siente sola.

¡Cuántas veces no fue comprendida por sus primeras compañeras! ¡Cuántas veces tuvo que cargar con el peso de la Fundación ella sola...!

Nada en su vida le resultaba positivo, humanamente hablando como dice en sus apuntes espirituales:

LH n.326

“Pero ¿qué (hará) una coja, sin ningún atractivo físico y menos moral; pues soy un caos de miseria”? (Apuntes: Escritos espirituales, 1924).

“Muy justamente permite Dios estar sin nombre, sin instrucción ninguna. Carezco de todo; necesito de todos” (junio 12, 1934).

Sin embargo, su confianza profunda en el Corazón de Jesús, le hacen repetir, de mil maneras el “sólo Dios” de santa Teresa de Jesús; palabras que la alientan y la llenan de paz. En 1941 en unos Ejercicios se pregunta:

“¿Qué tengo yo? Necesidad en mi alma y en mi cuerpo. En mi alma, pecados sin número que reparar; pasiones, que combatir. En orden a lo material, físicamente una mutilada, sin instrucción ninguna, de ninguna cantidad, desposeída de todo lo necesario para la vida”. (Escritos Espirituales).

Bien podemos pensar que llegó a identificarse con el texto de Pablo:

“Este tesoro lo llevamos en vasijas de barro para que quede de manifiesto que una obra tan maravillosa es de Dios y no proviene de nosotros”.

Cuántas veces se sentía que ella no podía llevar aquella obra adelante; cuántas veces buscó recluírse, quedarse sola en un rincón... Entonces la soledad ya no es algo positivo, sino que es huida:

“Yo no sirvo para estar al frente de esta casa”. “Siento una cobardía grande y me digo: ¿Quién me mete con estas cosas?” (Carta: Valencia, 6 de marzo 1911).

Podemos decir que Madre Genoveva no tenía una alta autoestima de sí misma, toda su fuerza estaba en el Señor. Sin duda esa soledad física y moral, ese verse despojada de todo, sentir con frecuencia la soledad fue para ella una profunda herida, pero, a la vez, fue el crisol donde se purificó todo su amor propio.

Genoveva a la vez que crecía, iba madurando una relación de intimidad con Dios muy fuerte, de tal manera que, aun viviendo esta soledad como estigma, fue a la vez para ella una terapia, y fue transformando esta soledad física y moral una soledad fecunda, en una soledad habitada.

Así, cuando abandonada a los designios de Dios, buscaba cuál sería su camino; entendió perfectamente el problema que se les planteó con respecto a esas señoras y señoritas que vivían en soledad a comienzos del siglo XX.

¿Cómo no lo iba a entender ella que se había pasado casi toda su vida sola? Las señoras que vienen a nuestras Residencias lo hacen por la necesidad de llenar el vacío en que se encuentran por diversos motivos, como la falta de familia, la ocupación de los hijos, viviendas reducidas, conflictos intergeneracionales, falta de medios, limitaciones de los muchos años y otras tantas situaciones.

“Genoveva nos va enseñando cómo la soledad le sirvió, y nos puede servir, para encontrar a Dios”

4/

La soledad, fuente de fecundidad.

Dos aspectos de la Madre Genoveva: La soledad con Dios: Su ansia de soledad, de estar a solas con el Solo. Y la de “Ser ángel de soledad”.

Por otra parte, vemos cómo superando esa tendencia al silencio y al ocultamiento dedica todas sus fuerzas para que otras personas no caigan en los lazos de una soledad que las lleve a la desesperación y al pecado; pues Madre Genoveva ve en esa soledad negativa una tentación para el pecado y así nos recuerda en sus escritos cuando habla “de ese curso ondulante e incierto, de muchas vidas”.

Madre Genoveva quiere que las señoras encuentren en nuestras Residencias no sólo calor de familia y un ambiente propicio para convivir y realizarse, sino que, sobre todo, pretende que nuestras señoras, a través de las Residencias con sabor a hogar, se puedan encontrar con Dios. Así se expresaba en el contexto en el que vive Madre Genoveva, donde la preocupación general en la misión era “salvar a las almas para Dios”.

Desde su más tierna infancia manifestó ese deseo de orar, de salir de sí misma para encontrarse con un Tú: en el Corazón de Jesús, en la Eucaristía, en María, en los santos Ángeles y en san José.

Al salir -sola- de la casa de Misericordia, a la edad de 25 años, en busca de las rutas del Señor, anhela una mayor intimidad con su Dios y Señor, llevaba la idea de fundar la Adoración Nocturna para mujeres, semejantes a la de los hombres que ya existía: “Acompañar a Jesús solo”.

Ella anhelaba esa soledad porque tenía una riqueza interior mucho mayor que todo lo que

podría ofrecerle el mundo; su soledad estaba llena de Dios y esta realidad iluminaba su vida. Amaba la soledad, porque en ella encontraba a Dios y así expresaba:

“Sentir las ventajas de estar unida a Dios. Él es todo. ¡Qué fuerza se siente en el alma! En medio de mi cobardía, indiferencia, miseria, me siento con fuerzas nuevas; que por amor a Dios de Dios acometería contra todo lo de Dios. No se apartarán. Para sentir a Dios es necesaria la soledad de corazón. Muchos bienes reporta”. (Escritos Espirituales).

Algunos textos más significativos de la soledad como medio para encontrar a Dios:

“Tengo necesidad de Dios. El será mi fortaleza; en las dudas será mi luz. Nada puedo; nada soy. Eso mismo me consuela en las cosas y casos. Todo huye de mí. Hasta las siento ausentarse junto con la confianza en Dios. ¡Si sintiera así el corazón desnudo de todos los querer, sería amar a Él solo!” (Escritos personales, 19 de enero 1943).

Genoveva nos va enseñando cómo la soledad le sirvió, y nos puede servir, para encontrar a Dios.

Los ratos de soledad con Dios le proporcionaban nuevas energías para afrontar las dificultades de sus obligaciones, en ella está claro que la búsqueda de la soledad es una búsqueda de Dios:

“Como no tengo con quién consultar, necesito soledad para oír a Dios”. (Carta 150, Escritos personales).

LH n.326

“Para sentir a Dios es necesaria la soledad de corazón”.

La soledad del corazón no es sino el desprendimiento de toda criatura: nada querer, nada desear... y que ella misma expresa:

“Dichosa seré sirviendo al Señor, / estando en soledad, dichosa yo seré”.
(Pensamiento cantado 16).

Ella describe así esa ansia que tiene de negarse a sí misma para que sea Dios quien reine en su corazón:

“Mejor sola, recibo todas las contrariedades que se presentan. Parece que, estando sola, me hace reflexionar con más claridad y provecho. Buscar a Dios en todo; esto me tranquiliza. ¡Oh!, el hombre. ¿En dónde gozará y será el que procura la verdad escueta para otras personas? Sólo en Dios es la verdad”.
(Escritos personales, 21 enero, 1943).

“Que yo sepa vivir y luchar, estando muerta a todo lo que no sea Dios”.
(Escritos Espirituales, 9 diciembre, 1943).

Y como bien dice uno de sus biógrafos, esta soledad no es una pura soledad externa, humana, sino la soledad del corazón. Nada quiere que le pueda distraer de ese encuentro con Dios. Y así lo dice en una de sus cartas:

“Creo que Jesús me quiere, sí, en un desierto; pero éste sea sólo del corazón.

Mucho se puede contemplar en este inmenso mar; pero arrastra más la pena de no corresponder a ese Señor...; se queda con nosotros y que nosotros lo abandonemos, particularmente yo”.
(Cartas al P. Martín Sánchez, 4 de junio de 1918).

“Me hace ver Dios que la soledad que yo deseo para entregarme totalmente a Él, no debo fomentarla, sino en el interior de mi corazón, haciendo un puente para pasar con seguridad al suyo. Este puente será conservar mi corazón libre de todo apego a las criaturas, las que sean”. (Escritos Espirituales: Libreta 9)

Podemos encontrar múltiples textos que nos hablan de esa ansia de soledad: En una carta al P. Martín que escribe desde Valencia, en 1912 le dice:

“Padre, me rodea un mar de cosas y mi alma desea estar sola con Jesús. Y si mucho la distraigo para que no la arrebaten los beneficios de Dios y este luchar deshace mi cuerpo. Convéznase, Padre mío, que Dios me quiere en un rincón solita y Dios se lo pagará”.

5/

Consejos sobre la soledad.

Genoveva no busca la soledad para liberarse de las preocupaciones de la vida o para tener una vida más fácil, sino para encontrarse con

Dios. Y eso era lo que quería que viviéramos sus religiosas, y lo que quiere que hoy vivamos la familia Genoveviana: religiosas y laicos, como claramente ha quedado programado en nuestras Constituciones en el **Cap. I, nº 5**

“Vivimos la misión de evangelizar por medio de las obras de misericordia, sirviendo a las personas solas con actitud humilde, sencilla, alegre, disponible y una entrega generosa y sacrificada”.

La soledad, el silencio son medios para encontrar a Dios. Y así lo expresaba Madre Genoveva, sin duda partiendo de su propia experiencia. Es más, piensa que este recogimiento y silencio es camino para llegar a la unión con Dios y, así, nos lo manifiesta en una circular:

“Me limito en ésta (a invitarles) al recogimiento y silencio interior, sin el cual nada se puede hacer en la vida espiritual” (Circular, 16, 6 febrero, 1935).

Para tratar con Dios

“es preciso el silencio interior y exterior”. “El silencio es muy eficaz auxiliador para unirse a Dios”. Y así lo repetía una y otra vez. (cfr. Circular 16).

Este estar con Dios, es para mejor poder servir a los demás. Ella tenía conciencia de que teníamos que vivir para los demás: Religiosas y Laicos, con quienes queremos compartir carisma y misión; y ser activas, pero, a la vez, nos invita a estar recogidas en Dios, como lo expresa en varias cartas.

La síntesis de este pensamiento podríamos encontrarla en esta frase de sus escritos:

“En este Instituto veo que las religiosas de él pueden vivir muy unidas al Sagrado Corazón, si éstas procuran tener silencio interior y exterior por medio de la guarda de los sentidos y con el recogimiento”.
(Escritos Espirituales: libreta 4).

A través de este itinerario de la SOLEDAD CON DIOS, hemos podido ir viendo que la soledad se hace amistad y encuentro.

6/

Para aliviar la soledad de los demás: Ángel de la soledad o Consuelo en la soledad.

La soledad es un medio para encontrarse con Dios, pero la soledad también puede ser un mal, incluso es un peligro para la vida espiritual. La Madre Genoveva quiso aliviar esa soledad y ser una verdadera Madre para todas las personas que vinieran a sus Residencias.

“La humilde sierva del Señor fue favorecida con una luz vivísima sobre necesidades urgentes del Pueblo de Dios y sobre el modo cómo podían remediarse; y, a la vez, sintió el impulso de consagrarse a glorificar a Dios y a la misión de salvar almas,

LH n.326

en tal campo y con tales medios”. Este carisma de la Fundadora fue autenticado por la autoridad eclesiástica”. (Prólogo, Const.1980)

Pero al plantearse esta necesidad entendió que sin desestimar su impulso interior “de acompañar a Jesús solo”, debía también paliar la soledad de estas personas; no era dejar un Carisma por otro, lo vio más bien como la prolongación de un mismo Carisma.

La Adoración a Jesús en el Sacramento de la Eucaristía puede encarnarse en la acogida a estas personas que sufren soledad, porque es precisamente desde la experiencia de estar con Jesús en el Sagrario, la que nos lleva a acompañar a los hombres y mujeres de nuestro tiempo que viven y sufren en soledad: de la oración a la vida; y de la vida a la oración.

Adelantándose a los tiempos Genoveva quiso paliar la soledad de las señoras y señoritas que acudían a ella en los primeros años del Siglo XX, allá por 1911. Pero si entonces el problema de la soledad empezaba a vislumbrarse, ahora, en el Siglo XXI, es una triste realidad de la que creo todos tenemos experiencia en mayor o menor medida. Todas estamos llamadas a aliviar también esa soledad en los demás, “ser consuelo en la soledad”, preguntémonos quién vive solo hoy.

La Madre Genoveva fue “ángel de soledad”, porque con su cariño, dulzura y entrega, convertía la soledad en familia y encuentro, la tristeza en alegría; y de esa manera conducía las almas a Dios. Ella supo vivir para Dios y para los demás.

Vemos, pues, que la soledad para la Madre Genoveva es una llamada al amor.

Experimenta con fuerza el deseo y la sed de Dios. Ella nos invita a vivir la soledad: de la soledad con Dios a “ser consuelo en la soledad” y de la soledad en los hombres y mujeres de nuestro tiempo a la soledad con Dios. Ella nos dirige a sus hijas:

“Tengamos la seguridad hijas mías, que los actos en bien del prójimo, sobre todo en los que se ve más la miseria, la necesidad, la desgracia, no quedará sin dar frutos óptimos en bien de esas almas”.

En fidelidad creativa al carisma que hemos recibido de Madre Genoveva, nosotras Angelicas, estamos llamadas a estar abiertas a la acción del Espíritu, atentas a los signos de los tiempos y a las necesidades de las personas que nos rodean.

Esta escucha y acompañamiento activo, fruto de la vida de Dios en nosotras, por la oración y el discernimiento, nos ayudan a saber escuchar, acoger, acompañar y ayudar a las personas que de tantos modos y maneras están experimentando hoy tanta soledad. Para encarnar el carisma de “Ser ángeles en la soledad de las personas”.

Las Hermanas Angélicas en este camino no estamos solas, compartimos nuestra Misión con los profesionales que trabajan con nosotras, voluntarios, personas que están junto a nosotras y están dispuestas a compartir el carisma que tenemos en las manos y en el corazón, como familia Genoveviana, y también te invitamos a ti, que por algo lo estás leyendo, a “ser consuelo en la soledad” desde tu situación personal, a reproducir y a transmitir con la vida los valores evangélicos con todos los destinatarios de nuestra misión: niños, jóvenes y adultos, y con quienes que desean conocer y vivir la espiritualidad propia, a través del grupo ANSOL, Parroquias y en cada una de nuestras comunidades.

Juntos se nos invita a transformar este mundo, para hacerlo más humano, más fraterno, más justo, “...porque el amor todo lo hace fácil”, decía nuestra Madre. Acoger las invitaciones del XV Capítulo General: toda la Congregación, en cada uno de sus miembros, está llamada a reproducir en nuestra vida la misericordia que brota del Corazón de Jesucristo.

“El problema llega cuando la soledad está impuesta y nos obliga y condiciona nuestros pensamientos y nuestra forma de vida”

Asumiendo como don y trabajo para lograr un estilo propio de vida los valores y actitudes de: mansedumbre, sencillez, servicio, escucha, esperanza, paciencia, consuelo, confianza, ternura, acogida, humildad y alegría.

Y así podremos, junto con otros muchos hombres y mujeres de nuestro tiempo, especialmente con quienes compartimos camino más de cerca, colaborar con el Espíritu a revitalizar nuestros apostolados desde una **FRATERNIDAD QUE ACOMPAÑA EN LA SOLEDAD.**

7/

Atención a la soledad no elegida.

Todos necesitamos en algún momento de nuestra vida esa soledad que nos transmite paz y nos hace reflexionar, el problema llega cuando la soledad está impuesta y nos obliga y condiciona nuestros pensamientos y nuestra forma de vida, a esto lo llamamos soledad no elegida.

En la persona anciana la soledad se acrecienta por diversas causas como la emancipación de los hijos, la muerte de los familiares cercanos y amistades, la falta de movilidad, de motivación y en muchas ocasiones por la enfermedad.

La pérdida de la autonomía por presentar dificultad en los desplazamientos, déficits visuales y auditivos, pérdida de capacidades cognitivas y otras muchas patologías hacen que las personas mayores y frágiles padezcan esta “enfermedad” de nuestros días. El médico, y en general el profesional sanitario debe entender y prevenir estos problemas, y en el caso de que ya estén instaurados intentar mejorarlos o paliarlos.

Los valores y el carisma de las Hermanas Angé-

licas se centran en la persona en soledad, pero dotándola de una autonomía y reforzando el empoderamiento de la persona. De ahí que se llamen cariñosamente “Ángeles de la soledad”.

Mujeres mayores, muchas veces sin familia o sin un apoyo de su red social que palie estas carencias son su foco de atención y su razón de ser. ¿Y cómo conseguimos mejorar estas carencias desde nuestra atención sanitaria? En primer lugar y de manera fundamental con el trabajo en equipo. Para paliar la sensación de soledad no podemos trabajar en solitario.

El binomio Hermanas - profesionales sanitarios es fundamental para un afrontamiento correcto de estas situaciones. Estas personas necesitan que se les cure el cuerpo, pero también el espíritu. Necesitan ser oídas, pero también escuchadas. Sentémonos los profesionales al menos 5 minutos al día con ellas, escuchemos a su lado en silencio sus dudas, sus preocupaciones, sus reflexiones... leamos entre líneas lo que nos demandan... a veces un dolor o un malestar físico puede ser la manifestación de una necesidad de acompañamiento.

Necesitan de nuestra atención y escucha activa. La falta de tiempo por tener que desarrollar nuestro trabajo hace que la intervención de las Hermanas sea muy necesaria. Ellas deben cultivar la espiritualidad que germina con más fuerza si cabe en las personas mayores y solas.

Cuanto más dependiente y frágil es la persona, más fuerte es su espiritualidad. Esta se desarrolla plenamente en aquellas personas que ven cercano el final de su vida, en muchas ocasiones porque se dan cuenta de lo que realmente importa, no tanto lo material y pasajero y si lo espiritual y social. En estas situaciones una palabra de cariño, una mirada, una sonrisa o simplemente escucharlas es más terapéutico que cualquier pastilla.

Palabras de aliento de las Hermanas, una sonrisa de la enfermera, un abrazo de las terapeutas y un consejo del médico pueden ser suficientes

LH n.326

para olvidar por unas horas o por unos días esa sensación de soledad.

Debemos ser empáticos y sinceros con esa persona mayor que anhela compañía. Quizás nosotros no podamos acompañarle continuamente, pero sí que podemos aconsejarle si nos lo pide o poner los recursos sociales a nuestro alcance a su disposición. Seamos humildes y ofrezcámosles un poco de nuestro tiempo, que para nosotros no puede ser mucho y para ellos puede serlo todo.

La atención espiritual tiene que ser parte de la atención sanitaria y desde la congregación se cultiva y fomenta esta visión. Se atiende de manera individualizada y multidisciplinar las necesidades espirituales de cada persona.

Se intenta minimizar esa sensación de carga que suele aparecer en las personas dependientes, se refuerzan los puntos positivos de la vida, se pone en valor la necesidad de trascendencia de cada señora residente, se cultiva la hospitalidad y se intenta en definitiva crear una gran familia integrada por las residentes, hermanas y profesionales que supla en la medida de lo posible las carencias afectivas, espirituales y de compañía que pueden percibir.

Mansedumbre, sencillez, servicio, escucha, esperanza, paciencia, consuelo, confianza, ternura, acogida, humildad, alegría y sobre todo la misericordia, practicada en conjunto por esa gran familia que acabo de nombrar, no son solamente los valores de la Congregación, sino que son también las claves del éxito del modelo que comenzó hace ya más de 100 años por la Madre Genoveva.





07/La soledad y las personas mayores¹.

M^a del Pilar Castro Blanco,
Doctora en Psicología.
Responsable Área de Mayores y Envejecimiento.
Cáritas Diocesana. Bilbao
Profesora Facultad de Psicología y Educación.
Universidad de Deusto

La soledad es una vivencia humana frecuente que se nos presenta a cualquier edad. Sin embargo, aunque no todas las personas mayores se sienten solas, a medida que cumplimos años es más probable que vivamos cambios personales y circunstanciales que pueden facilitar que nos sintamos solos. En este artículo se reflexiona sobre el concepto de soledad y sus implicaciones y consecuencias, y se revisan algunos factores que se relacionan con ella, especialmente en las personas mayores. Todo ello pretende ayudar a una mejor comprensión de la complejidad de esta vivencia humana para poder acompañar mejor a quienes la sufren.

Palabras clave: Personas mayores, Relación de ayuda.

La soledad es una vivencia humana frecuente que se nos presenta a cualquier edad. Sin embargo, aunque no todas las personas mayores se sienten solas, a medida que cumplimos años es más probable que vivamos cambios personales y circunstanciales que pueden facilitar que nos sintamos solos.

En este artículo se reflexiona sobre el concepto de soledad y sus implicaciones y consecuencias, y se revisan algunos factores que se relacionan con ella, especialmente en las personas mayores. Todo ello pretende ayudar a una mejor comprensión de la complejidad de esta vivencia humana para poder acompañar mejor a quienes la sufren.

Key words: Personas mayores, Relación de ayuda.

1. Artículo basado en las dos conferencias impartidas con este mismo título en las XLIV Jornadas Nacionales de Pastoral de la Salud, el 17 de septiembre de 2019 en Madrid.

La soledad genera cada vez más interés social y científico. Este artículo es un reflejo de ello, pues las reflexiones que comparto son fruto de la revisión bibliográfica sobre el tema y el resultado de las más de 400 entrevistas realizadas con mayores de 60 años en el marco de mi tesis doctoral, y su contraste con la experiencia del Área de Personas Mayores y Envejecimiento de Cáritas Diocesana de Bilbao, donde tengo la oportunidad de trabajar desde hace 20 años.

1/

Concepto de soledad.

La palabra soledad puede tener muchos significados; cada persona le damos uno en función de nuestra propia experiencia. Sin embargo, conviene diferenciar dos acepciones del término, determinadas por el verbo que lo preceda.

Estar solo/a es estar sin compañía. Es una circunstancia habitual; con frecuencia las personas pasamos ratos solas, e incluso es algo que necesitamos y a veces buscamos para descansar, pensar, decidir, crear...

Estar solas nos permite hacer lo que queremos con nuestro tiempo y en ocasiones se asocia con tener libertad. Pero la soledad “física” también tiene otra cara. Hay momentos y circunstancias

en las que la falta de compañía nos causa tristeza, malestar, sensación de ausencia... El relato de muchas personas mayores viudas que cuentan que pasan el día más o menos bien estando ocupadas, pero que sienten una tremenda soledad al cerrar la puerta de su casa por la noche es un ejemplo de esta otra cara de la soledad. Por lo tanto, estar solo/a no es en sí bueno ni malo.

Sin embargo, sentirse solo/a es siempre una experiencia desagradable, dolorosa. Y lo complejo de este sentimiento es que, aunque la falta de compañía es muchas veces su precursor, en algunas ocasiones, a pesar de estar con otras personas tenemos una profunda sensación de no conectar, de vivir una “soledad acompañada”.

Teniendo esto en cuenta, considero que el verdadero problema no es tanto que las personas estemos solas sino, sobre todo, que nos sintamos solas, independientemente de que tengamos o no compañía. Este es el enfoque desde el que se plantea esta reflexión.

La investigación sobre el sentimiento de soledad recibió un importantísimo impulso a partir de la publicación de los primeros trabajos del equipo de Leticia Peplau, de la Universidad de California en Los Ángeles, en los que definieron la soledad como el resultado de “una discrepancia entre los niveles deseados y logrados de interacción social” (Peplau, Russell & Heim, 1979, p. 55), “una experiencia desagradable que ocurre cuando la red de relaciones sociales de una persona es deficiente de forma importante, cuantitativa o cualitativamente” (Perlmán & Peplau, 1981, p. 31).

Esta definición de la soledad nos ayuda a entender por qué ante circunstancias aparentemente similares unas personas se sienten solas y otras no, e incluso las variaciones de una misma persona en diferentes momentos de su vida.

Si la sensación de soledad resulta de la comparación entre las relaciones se tienen y las que desearía o esperaría tener, no solo la realidad sino también los deseos de relación de cada per-

sona juegan un papel determinante. No es lo mismo vivir una soledad elegida que una soledad impuesta. Cuando elegimos y/o buscamos estar solos no es habitual que sintamos soledad, mientras que este sentimiento es frecuente cuando queremos estar acompañados y no tenemos con quién.

Así se explica que no todas las personas que viven solas se sientan solas; el sentimiento de soledad es mayor entre quienes querrían vivir con otras personas y no pueden que entre quienes viven solas porque lo han decidido (López Doblas, 2005). No duele estar solo/a; lo que duele es estarlo sin desearlo.

La definición también señala que el sentimiento de soledad no depende exclusivamente de la cantidad de relaciones, sino sobre todo de su calidad, esto es, de la variedad de relaciones y la conexión que se siente en ellas. Weiss apuntaba, ya en 1973, que se podía distinguir entre la soledad emocional, derivada de la pérdida o falta de vínculos de confianza, y la soledad social, producida por la falta de una red satisfactoria.

De hecho, podemos tener muchas personas conocidas, pero sentir que no tenemos confianza con ninguna, como ocurre muchas veces en los bloques de viviendas de las ciudades.

Asimismo, una persona mayor que convive con su hija, quien le cuida con mucho desvelo, pero que no tiene la oportunidad de estar con otras personas puede echar en falta tener relación con gente de su entorno y/o edad, con las que compartir conversaciones sobre otros temas, recuerdos de otros tiempos...

También en las entrevistas a personas mayores de la investigación de mi tesis pude comprobar el peso de la calidad percibida de las relaciones en el sentimiento de soledad (Castro Blanco, 2015).

La mayoría me hablaban de que la soledad es no tener a nadie al lado (estar solo) y también se referían a ella como la sensación de no tener a

quién recurrir si tienes un problema, o una preocupación o te encuentras mal..., haciendo alusión a aspectos más cualitativos. Pero sin duda lo más interesante y novedoso fue que muchas personas decían que la soledad es no sentirte a gusto, sentir que quienes están alrededor no te entienden, no comparten tus intereses...

A esta soledad la llamé “sintónica”, recordando las radios antiguas que, si no se sintonizaban adecuadamente, generaban interferencias que impedían entender bien el mensaje.

Por tanto, las personas mayores (como las más jóvenes) se sienten solas no únicamente cuando les falta compañía o cuando sienten que no tienen a quién recurrir, sino también cuando no se sienten “en sintonía”.

Por eso es tan fácil oír hablar de la soledad a quienes viven en las residencias donde, sin embargo, la presencia de otras personas y los cuidados (tener a quién recurrir) están garantizados.

Otro aspecto que influye en la vivencia de la soledad es el tiempo que se cree que se va a estar sin compañía. Como señalaban Medina y Cembranos (1996, p. 17), “No es lo mismo tener un rato de soledad que soledad para rato”.

Es más probable que disfrutemos del estar a solas cuando se trata de una situación pasajera que cuando la situación se mantiene en el tiempo, y más si nos parece poco probable que cambien las circunstancias que nos generan soledad.

En conclusión, el sentimiento de soledad es una experiencia subjetiva. Puede ser más o menos fácil ver que una persona está sola, pero lo difícil es saber si se siente sola, pues ello depende de factores “invisibles” como sus deseos y expectativas, la valoración que hace de sus relaciones y de cómo se siente en ellas, lo duradera que piensa que puede ser su situación, etc.

LH n.326

2/

Algunos aspectos a tener en cuenta

2/1

No es fácil reconocer y expresar el sentimiento de soledad.

Dado que el sentimiento de soledad es subjetivo y que no correlaciona con síntomas externos, no se puede identificar a quien lo sufre mediante la observación externa; por el contrario, es necesario que la propia persona lo exprese. Sin embargo, hacerlo no resulta fácil ya que la soledad está rodeada de cierto estigma social (López Doblas, 2005; Shiovitz-Ezra & Ayalon, 2012).

Con frecuencia, se entiende como un fracaso en las relaciones (Perlman & Joshi, 1987) y se culpa a la persona de la misma (Hauge & Kirkevold, 2010), lo que produce sensaciones de vergüenza y miedo a ser peor valorada por las demás personas (McInnis & White, 2001).

Si hablamos de la gente mayor, ¿qué pensamos cuando alguien con varios hijos e hijas nos confiesa que está o se siente solo? Normalmente reaccionamos culpando a la propia persona (“¿cómo habrá sido con su familia a lo largo de la vida?”, “algo habrá hecho”,...) o a su entorno (“sus hijos son egoístas”, “con lo que ella se ha preocupado por ellos siempre”,...). Esto hace que muchas personas decidan no hablar de su soledad a otras y la dificultad para identificarlas es también una dificultad para poder ayudarlas.

Teniendo esto en cuenta, es muy importante que recordemos el concepto de soledad. Por ejemplo, una persona mayor puede sentir cierta soledad no porque su familia no le atienda, sino porque no tiene la oportunidad de

encontrarse con otras de su generación (y, por ejemplo, “sintonizar” sus recuerdos con ellas), o porque sus hijos/as le atienden de una forma diferente a la que ella esperaba, o...

Por otra parte, incluso si la familia se ha alejado o la relación no es buena, lo importante no debería ser juzgar de quién es “la culpa”, sino ver qué podemos ofrecer, como podemos ayudar. Juzgar los motivos de la soledad ajena no ayuda a que las personas la expresemos y encontremos ayuda, sino que puede agudizar y perpetuar el dolor.

La investigación que se ha desarrollado desde la psicología ha observado que suele ser más fácil que las personas reconozcan que se sienten solas cuando se les pregunta a través de cuestiones indirectas (“¿echas en falta tener algún amigo/a de verdad?”, “¿te sientes parte de un grupo?”, “¿sientes que hay personas a las que puedes recurrir cuando lo necesitas?”), que cuando se pregunta abiertamente a la persona si se siente sola o no sola, o en qué medida (Shiovitz-Ezra & Ayalon, 2012).

A nadie nos gusta ser etiquetados negativamente, por lo que es lógico que sean pocas las personas se sientan llamadas a participar en los recursos que ponemos en marcha “para personas solas”; resulta mejor poner en marcha recursos “para encontrarnos”.

2/2

La soledad en la ciudad y en mundo rural.

Actualmente existe mucha preocupación por la soledad de las personas mayores en el mundo rural, debido a la despoblación que están sufriendo muchos de nuestros pueblos. Tanto en las entrevistas que realicé para mi tesis doctoral como en el trabajo diario en Cáritas observamos que, efectivamente, hay personas mayores que viven en lugares alejados en los que pueden pasar días sin hablar con otras personas. Estas personas, ciertamente, viven situaciones de aislamiento y con frecuencia se quejan de la falta

“La falta de compañía puede hacernos más vulnerables, independientemente de que exista o no sensación de soledad”

de servicios y de las dificultades de la vida diaria; sin embargo, no siempre sienten una soledad intensa. Quizás, cuando una persona decide mantenerse en el lugar en el que ha vivido siempre, a pesar de tener menos posibilidades de contacto con otras personas, encuentra más aspectos positivos que negativos a su forma de vida y eso hace que su soledad, por ser elegida, genere menos niveles de sentimiento de soledad.

Tenemos que trabajar para que las personas no estén solas en los pueblos, mejorar los servicios y las redes en lo rural para que, quienes lo deseen, puedan continuar en ese entorno.

Por el contrario, en la ciudad tenemos mucha gente alrededor, pero se da la paradoja de que con frecuencia no nos sentimos acompañados ni conectados. A veces nos falta sentir calidad en nuestras relaciones y, de nuevo, surge el concepto de “soledad acompañada”. En la ciudad tenemos que trabajar la recuperación de las relaciones de proximidad, del cuidado mutuo, de la sensación de pertenencia... El sentimiento de soledad es una vivencia universal pero parece que tiende a darse con más frecuencia o en mayor medida en el ámbito urbano que en el rural (Castro Blanco, 2015; Kshetri, Smith, & Khadka, 2012).

2/3

La soledad y el nivel económico.

Contar con unas condiciones económicas mínimas ayuda a prevenir la soledad de las personas mayores (Aylaz, Aktürk, Enci, Ortürk, & Aslan, 2012), quizás porque no disponer de ellas dificulta la participación en algunas actividades y el acceso a algunos medios de apoyo. Sin embargo, aunque el dinero puede ayudar a tener compañía, no asegura el afecto ni la sintonía. En este sentido cobra una especial relevancia la gratuidad de las relaciones como característica que hace que sintamos que algunos de nuestros vínculos sociales tienen una calidad especial.

Si analizamos nuestra red desde este punto de vista, podemos distinguir entre las relaciones elegidas y las que no lo son. Por ejemplo, no elegimos quiénes son nuestros familiares (excepto la pareja), ni nuestros compañeros de trabajo, ni nuestros vecinos..., pero sí decidimos de quiénes somos amigos.

Las relaciones de amistad se caracterizan por la mutua elección, la libertad (no soy amigo/a de quien no quiero) y la gratuidad. Y esto pone de relieve el enorme valor de la aportación de las personas voluntarias a la soledad: al tratarse de relaciones que no están basadas en la obligación ni en la remuneración económica pueden llegar a emular mejor las relaciones de amistad (Pennington & Knight, 2008), que con frecuencia son las más afectadas a medida que envejecemos.

Ojalá contemos con recursos económicos y sociales suficientes para asegurar que ninguna persona mayor esté sola sin quererlo, pero responder a la necesidad de disponer también de relaciones humanas basadas en la gratuidad (amistad, vecindario, voluntariado...), con el matiz único de calidad que ello aporta es, desde mi punto de vista, imprescindible para luchar contra la soledad de quienes han cumplido más años.

3/

La importancia de la soledad.

La falta de compañía puede hacernos más vulnerables, independientemente de que exista o no sensación de soledad (Steptoe, Shankar, Demakakos & Wardle, 2013). Vivir solos se asocia con una reducción de la posibilidad de recibir apoyo para mantener hábitos de vida saludables, lo que puede afectar negativamente a

LH n.326

la salud (“**Men more vulnerable to loneliness in older age, say campaigners**”, 2006), aunque hay personas que mantienen pautas muy adecuadas de autocuidado aun cuando viven sin compañía.

En general, y especialmente cuando pensamos en las personas mayores, solemos estar más preocupados y dar más importancia al hecho de estar solo que al de sentirse solo. Sin embargo, es el sentimiento subjetivo el que muestra una relación única con la salud y el bienestar, incluso cuando se controla el efecto de aspectos objetivos de las relaciones como vivir solo, el estado civil, el tamaño de la red social o el número de actividades en las que se participa (**Cornwell & Waite, 2009**).

De hecho, muchos estudios demuestran que el sentimiento de soledad se relaciona con una peor salud física, e incluso con un mayor riesgo de mortalidad (**Shiovitz-Ezra & Ayalon, 2010**): peor funcionamiento del sistema inmunitario (**Jaremka et al., 2013**), mayor incidencia de problemas cardíacos (**Sorkin, Rook & Lu, 2002**), tensión arterial más elevada (**Hawkley & Cacioppo, 2010**), peor salud percibida y mayor uso de los servicios de salud (**Gerst-Emerson & Jayawardhana, 2015**), etc.

A nivel de salud mental, también se ha encontrado relación entre la soledad y la depresión (**Luo, Hawkley, Waite, & Cacioppo, 2012**), especialmente cuando la soledad es emocional (falta de confianza y calidad) que social (falta de red) (**Peerenboom, Collard, Naarding, & Comijs, 2015**).

A veces el sentimiento de soledad se complica con otros problemas y se llega a desarrollar una depresión; otras veces la depresión incluye sentimiento de soledad y, casi siempre, un retraimiento hacia las relaciones que lleva a perder muchas de ellas y a encontrar más soledad al superar la depresión.

Asimismo, el deterioro cognitivo y la demencia dificultan las relaciones y pueden ser pre-

cursores del sentimiento de soledad (**Gow, Pattie, Whiteman, Whalley, & Deary, 2007**), pero también este se asocia con una mayor probabilidad de desarrollar un proceso de demencia (**Zhou, Wang & Fang, 2018**).

Cabe señalar que los efectos negativos de la soledad sobre la salud no son inmediatos, sino que se producen cuando este sentimiento se mantiene en el tiempo (**Gerst-Emerson & Jayawardhana, 2015**; **Shiovitz-Ezra & Ayalon, 2010**).

El problema no es que las personas nos sintamos solas de manera pasajera, como reacción a una situación nueva, sino que sigamos sintiéndonos solas durante mucho tiempo.

De hecho, con frecuencia de habla de que la soledad se ha convertido en un problema de salud pública (**Gerst-Emerson & Jayawardhana, 2015**) y, en coherencia con ello, a principios de 2018 el Reino Unido decidió crear una “**Secretaría de Estado**” para combatirla. Esto nos lleva a afirmar que es importante reaccionar ante la soledad y que cuando ayudamos a otras personas a sentirse menos solas, además de favorecer su bienestar, también estamos ayudando a conservar o mejorar su salud.

4/

La soledad y las personas mayores.

Un estudio publicado en 2014 por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (**IMSERSO**) señalaba que las preocupaciones principales de las personas mayores de 65 años eran la pérdida de salud, el deterioro físico, no poder valerse por sí mismas y la soledad. Además, un 11,4% de las entrevistadas reconocían sentirse solas de forma permanente y otro 24,8% ocasionalmente. Esto

quiere decir que la soledad es una vivencia más o menos habitual para alrededor de cuatro de cada diez personas mayores de nuestro contexto sociocultural.

Sin restar importancia a la soledad que se vive a otras edades, es fácil identificar circunstancias y cambios que afectan a la cantidad y/o calidad de las relaciones de las que disponemos y que es más probable que aparezcan en nuestras vidas a medida que cumplimos años.

(**Castro Blanco, 2010, 2019**):

- El fallecimiento de la pareja o de otros familiares muy significativos (un/a hermano/a con el que se tiene una relación especial, un hijo/a...), que dejan vacíos difíciles de sustituir, así como la pérdida de las amistades, que normalmente son de una generación cercana y que se caracterizan, como se ha señalado, por ser relaciones elegidas.

- Los problemas de salud, que dificultan el participar en espacios y actividades en los que quizás antes encontrábamos relaciones satisfactorias. También hay que destacar la pérdida de oído como un factor de riesgo que, aunque no nos impide estar con otras personas, dificulta mucho la comunicación y la sintonía.

- Los cambios de vivienda, normalmente para ir a vivir con un familiar o a un centro, suelen implicar salir del propio hogar, cambiar de entorno y dejar atrás relaciones y lugares cotidianos. Por ello, sería importante que las personas pudieran acceder a plazas en residencias de su barrio o entorno más cercano, para facilitar así el mantenimiento de sus relaciones anteriores.

- En la mayoría de los casos la jubilación supone dejar de tener una relación diaria con personas con las que se ha compartido mucho tiempo, normalmente años. A pesar de que este cambio no siempre afecta demasiado, siempre requiere una adaptación a un nuevo rol y un cambio significativo en las relaciones habituales.

- Las situaciones familiares también se relacionan con el sentimiento de soledad. Hay personas mayores cuyos hijos viven lejos, familias con conflictos o problemas... y ello afecta al apoyo que la persona siente que puede recibir.

- Tanto residir en un sitio aislado como el diseño de los barrios y lugares en los que vivimos condiciona nuestras posibilidades de estar con otras personas. Percibir que el entorno es seguro o contar con bancos cercanos a nuestro domicilio en los que poder sentarnos si nos cansamos, son ejemplos de aspectos que pueden hacer que decidamos salir o no a la calle. En este sentido cabe destacar el interés de la iniciativa “**Ciudades y comunidades amigables**” promovida desde la OMS y extendida por todo el mundo, y que ayuda a reflexionar sobre cómo hacer para que nuestros municipios sean habitables y facilitadores de la vida en cualquier edad y condición.

- Ser cuidador/a principal de una persona dependiente nos pone en riesgo de soledad porque muchas veces falta el tiempo para las actividades y relaciones personales. Con frecuencia, quienes han cuidado durante años toman conciencia de su soledad después de que la persona cuidada fallezca, pero también se puede sentir “soledad acompañada” durante el proceso, sobre todo cuando la evolución de la enfermedad genera cambios en la relación; por ejemplo, en los procesos de demencia se suele sentir que cada vez se puede contar menos con la otra persona para decidir, desahogarse, compartir...y que ocurre un cambio de rol en la relación (de hija o esposa a “**madre**”, por ejemplo).

Pero además de aspectos vinculados a las circunstancias, como los señalados, también hay otros de tipo más personal que tienen que ver con el sentimiento de soledad. Quizás el más destacado sean las expectativas de la persona hacia sus relaciones. Muchas personas mayores de nuestro contexto cultural han vivido viendo que cada generación ha cuidado a los mayores de su familia en su domicilio y con sus propias

LH n.326

manos; sin embargo, nuestra organización social ha cambiado mucho y rápidamente y actualmente esa forma de cuidar ya no es posible muchas veces. Las expectativas hacia la familia parecen tener un papel en la vivencia de la soledad de algunas personas mayores

(Iglesias de Ussel, 2001).

En general, tener unas expectativas demasiado elevadas sobre las relaciones nos hace más vulnerables hacia la soledad. Por otra parte, ciertos comportamientos y formas de ser hacen más difícil tener relaciones satisfactorias: la queja continuada, criticar constantemente a otras personas, ser muy reservado, tener poca capacidad de escucha, etc.

También cabe destacar algunos aspectos que podríamos denominar contextuales. En mi opinión, nuestro concepto de cuidado de las personas mayores es menos integral que lo que debería ser. Somos conscientes de lo importante que es que una persona mayor esté aseada, coma adecuadamente, tome la medicación pautada, disponga de muebles y apoyos confortables... Sin embargo, con frecuencia nos olvidamos de atender también otras dimensiones no materiales que son precisamente las características del ser humano: pensar que nuestra vida tiene sentido, estar con diferentes personas, dar y recibir afecto, sentirnos útiles...

Es importante que quienes cuidan las tengan presentes y, en cuanto a las relaciones, que recuerden que no se trata únicamente de que la persona no esté sola, sino de facilitarle la posibilidad de tener deferentes relaciones. Una hija tiene un rol y un tipo de relación concretos con su madre, diferente del que tiene una amiga o una persona voluntaria que le visita, y facilitar el contacto con diferentes personas ayudará a prevenir la sensación de soledad.

Por otra parte, opino que las formas de vida actuales generan contextos que no facilitan que establezcamos y mantengamos relaciones de confianza mutua. Vivimos con prisa y con un creciente individualismo que no ayudan a pre-

ocuparse por los demás. En algunos ámbitos las otras personas son vistas más como competidoras que como aliadas. Además, tenemos la sensación de que hay muchos peligros y mandamos muchos mensajes en pro de la seguridad (no abrir la puerta, desconfiar de quien ofrece ayuda...) que no hacen más que aumentar la desconfianza y favorecer el aislamiento, especialmente en el caso de las personas mayores.

A ello, se une el edadismo, esto es, la visión estereotipada y negativa del envejecimiento que tiene una gran parte de nuestra sociedad, que considera que lo bueno es ser joven, productivo, rápido y que ser mayor es ser una carga, inútil, de otra época... Parece que las personas mayores tuvieran menos valor que las de otra edad y pocos muestran interés por este colectivo, por conocerlo realmente.

Vivimos de espaldas al envejecimiento, a la enfermedad, al sufrimiento y a la muerte, y esto hace que prestemos poca atención a estas realidades de la vida con las que antes o después nos vamos a encontrar. De esta forma, el edadismo puede facilitar el sentimiento de soledad, y no solo porque provoque conductas que generan exclusión, sino porque también lleva a las propias personas mayores a reducir su participación social (Shiovitz-Ezra, Shemesh & McDonnell/Naughton, 2018).

Para acabar, en mi tesis encontré dos aspectos que considero importantes. En las entrevistas que realicé pregunté a las personas participantes sobre las causas de la soledad de la gente de su edad; un 33% la atribuían a la falta de calidad de las relaciones, lo que ilustra la importancia de este aspecto, como ya se señaló en la definición de soledad. Por otra parte, a las mismas personas se les preguntaba por las soluciones de la soledad. En primer lugar, hablábamos de lo que una persona mayor, de su misma edad, podía hacer cuando se sentía sola; el 60% sugerían hacer cosas para estar con otros (salir a la calle, participar en actividades, proponer planes...) y para mejorar las relaciones que se tienen (pedir perdón, mostrar interés...).

“Vivimos de espaldas al envejecimiento, a la enfermedad, al sufrimiento y a la muerte, y esto hace que prestemos poca atención a estas realidades de la vida con las que antes o después nos vamos a encontrar”

Finalmente, se le preguntaba a la persona que hacía ella cuando se sentía sola, y la respuesta era bien diferente, pues alrededor del 80% reconocían no salir al encuentro de otras sino, por el contrario, ocuparse en actividades o tareas que ayudaran a no pensar en la soledad (leer, cantar, poner la radio o la televisión, tratar de dormir...). Esto quiere decir que las personas, también las de más edad, sabemos que detrás del sentimiento de soledad hay alguna insatisfacción en las relaciones y tenemos ideas de cómo podríamos mejorarlas pero, sin embargo, no las llevamos a la práctica (Castro Blanco, 2015).

Algunas experiencias vividas en el marco del acompañamiento que se ofrece desde Cáritas me han llevado a identificar que detrás de ello hay muchas veces miedo: a no ser capaz, a ser rechazados/as, a ser evaluados negativamente, a pedir ayuda... Y ese miedo paraliza y hace que muchas veces prefiramos “despistar” la soledad en vez de ampliar y/o mejorar nuestras relaciones.

5/

Conclusiones para la acción.

Las reflexiones y datos presentados en este artículo nos dejan algunas ideas clave.

En primer lugar, el sentimiento de soledad es una experiencia subjetiva y, por lo tanto, hay que valorarla desde el punto de vista de cada persona. Insisto en que no debemos juzgar la soledad ajena por lo que veamos desde fuera (estar solo/a o acompañado/a, o cuántas relaciones tiene), pues circunstancias aparentemente similares pueden llevarnos a vivencias muy distintas según lo que no podemos ver (cómo valora la calidad de sus relaciones, de qué tipo son, qué

grado de conexión se siente... y sus aspiraciones y deseos). Las circunstancias pueden favorecer el sentimiento de soledad pero no nos obligan a sentirnos solos e, igualmente, tener compañía no lo evita necesariamente.

En segundo lugar, es importante recordar la importancia de la calidad percibida de las relaciones en las que se participa. Que una persona mayor tenga familia, e incluso que viva con ella, no quiere decir que no se sienta sola; no sabemos cómo es la relación con esa familia, ni si la persona echa de menos otros tipos de relación o si siente alguno de los tipos de soledad mencionados en este artículo...

Lo importante no es solo no tener gente al lado, sino también disponer de relaciones variadas en las que podamos encontrar respuesta a nuestras necesidades, respuestas, intereses...

Ciertamente, la soledad es un fenómeno complejo. Cada soledad es diferente y cada persona llegamos a ella por razones muy distintas. Debemos dejar de referirnos a la soledad como una experiencia única y simple, y a las personas mayores que la sufren como un colectivo homogéneo y, quizás, hablar de “soledades”, en plural, para hacernos cargo de la enorme variabilidad.

Partiendo de estas conclusiones y teniendo en cuenta los fundamentos de la relación de ayuda, podemos hacer unas pequeñas sugerencias para quienes se comprometen con la prevención y el alivio la soledad de las personas mayores y/o en situación de vulnerabilidad:

- Respetar siempre los deseos de cada persona y escucharla desde ella, no desde lo que vive supondría para mí. Para acompañar la soledad es importante “ponerse en los zapatos” de la otra persona con sus propios pies, no con los míos.

- Escuchar real y activamente. Con frecuencia, cuando alguien nos habla de su soledad tendemos a intentar consolarle resaltando las

LH n.326

relaciones que tiene y que demuestran que no está solo (“pero si tiene unos hijos majísimos”, “pero si sales a la calle todos los días”, etc.), sin pararnos a escuchar por qué se siente así. Recordemos que no es fácil expresar la soledad, sobre todo cuando parece que no hay razones objetivas para ello, y negar o quitar importancia puede hacerlo aún más difícil y generar un mayor sentimiento de incompreensión

- No juzgar y, sobre todo, no culpar. Cada persona vivimos y tomamos las decisiones que consideramos más adecuadas en cada momento de nuestra vida, aunque no siempre sean las más adecuadas. Acompañar la soledad requiere ser capaz de no mirar atrás para buscar qué se debería haber hecho, sino más bien escuchar el presente con apertura y estar dispuesto a recorrer camino juntos desde las posibilidades del momento actual.

- Recordar que estar con otras personas y facilitar la participación en grupos puede ayudar a aliviar algunas experiencias de soledad (sobre todo cuando se sufre por falta de compañía), pero que puede no ser suficiente para aliviar todas las experiencias de soledad. He conocido a algunas personas que han acudido a grupos y actividades y han sentido que no “encajaban”, lo que les ha producido más sufrimiento aún. Recordemos también la experiencia de algunas personas que viven en residencias y que nos confiesan su soledad acompañada. Es importante que no solo generemos espacios de encuentro sino también posibilidades de desarrollar confianza, de escucha, de expresar... si la persona quiere hacerlo.

- Con frecuencia las personas mayores saben qué podrían hacer para mejorar sus relaciones, pero no se les ocurre cómo hacerlo, les parece difícil, les falta el ánimo, les pueden los miedos... Es importante entenderlo y no abandonar a quien no hace lo que le decimos que puede hacer. Por ello, además de aconsejar suele ser de más ayuda acompañar, prestar nuestro brazo para poner en marcha eso que

sugerimos. Por ejemplo, es más fácil que alguien que hace tiempo no sale de casa participe en algo si nos ofrecemos a ir juntos que si solo informamos de ese acto.

Finalmente, y como última reflexión, pienso que como sociedad debemos replantearnos algunos aspectos ligados a nuestras formas de vida y cómo ellas están afectando a nuestras relaciones y, por ende, a la soledad. Insistiendo en la idea de que el sentimiento de soledad tiene más que ver con la calidad de las relaciones que con la cantidad, me preocupa el debilitamiento de las redes cercanas de barrio y vecindad, el cierre de los comercios locales y ciertos aspectos de la globalización.

Los informativos nos hablan de un número creciente de personas mayores (y a veces no tan mayores) que mueren en soledad, sin que nadie las eche en falta, olvidadas...

Quienes acumulan años de vida nos cuentan cómo era la vida hace algunas décadas: puertas abiertas para el vecindario, sensación de pertenencia al barrio, tranquilidad para dejar a las criaturas jugar solas en la calle... Es verdad que hemos ganado mucha libertad, independencia e intimidad, pero... ¿encontramos mejor respuesta para nuestras necesidades esenciales como seres humanos en este nuevo marco? Quizás para algunas sí, pero parece que la soledad es un fenómeno en alza...

Acabo recordando una frase de la **Madre Teresa de Calcuta**, especialmente importante en un mundo muy preocupado por la economía:

“La más terrible pobreza es la soledad y el sentimiento de no ser amado”.



LH n.326

Bibliografía

- Aylaz, R., Aktürk, Ü., Erci, B., Öztürk, H., & Aslan, H. (2012). *Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors*. Archives of Gerontology and Geriatrics, 55(3), 548-554.
- Castro Blanco, M.P. (2010). *Soledad y envejecimiento: cómo evitar que este binomio se cumpla*. En Hartu-Emanak, *La autonomía personal y la dependencia en el proceso de envejecimiento* (pp. 33-45). Bilbao.
- Castro Blanco, M.P. (2015). *El sentimiento de soledad en las personas mayores y su relación con la atribución causal y el afrontamiento* (Tesis doctoral no publicada). Universidad de Deusto, Bilbao.
- Castro Blanco, M.P. (2019). *Adinekoen bakardadea: konpainiarik eza baino gehiago*. Hemen. Erljio gogoetarako aldizkaria, 61, 91-105
- Gerst-Emerson, K., & Jayawardhana, J. (2015). *Loneliness as a public health issue: The impact of loneliness on health care utilization among older adults*. American Journal of Public Health, 105(5), 1013-1019.
- Gow, A. J., Pattie, A., Whiteman, M. C., Whalley, L. J., & Deary, I. J. (2007). *Social support and successful aging: Investigating the relationships between lifetime*

cognitive change and life satisfaction. Journal of Individual Differences, 28(3), 103-115.

Hauge, S., & Kirkevold, M. (2012). *Variations in older persons' descriptions of the burden of loneliness*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 26(3), 553-560.

Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). *Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms*. Annals of Behavioral Medicine, 40(2), 218-227.

IMSERSO (2014). *Las personas mayores en España. Informe 2012. Datos estadísticos estatales y por CCAA*. Madrid: IMSERSO.

Jaremka, L. M., Fagundes, C. P., Peng, J., Bennett, J. M., Glaser, R., Malarkey, W. B., & Kiecolt-Glaser, J. (2013). *Loneliness promotes inflammation during acute stress*. Psychological Science, 24(7), 1089-1097.

Kshetri, D. B. B., Smith, C. S., & Khadka, M. (2012). *Social care and support for elderly men and women in an urban and a rural area of Nepal*. Aging Male, 15(3), 148-152.

López Doblás, J. (2005). *Personas mayores viviendo solas. La autonomía como valor en alza*. Madrid: IMSERSO.

Luo, Y., Hawkey, L. C., Waite, L. J., & Cacioppo, J. T. (2012). *Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study.* *Social Science & Medicine*, 74(6), 907-914.

McInnis, G. J., & White, J. H. (2001). *A phenomenological exploration of loneliness in the older adult.* *Archives of Psychiatric Nursing*, 15(3), 128-138.

Medina, J.A., & Cembranos, F. (1996). *La soledad.* Madrid: Aguilar.

Men more vulnerable to loneliness in older age, say campaigners. (2006), *Nursing Older People*, 18(1), 5.

Peerenboom, L., Collard, R. M., Naarding, P., & Comijs, H. C. (2015). *The association between depression and emotional and social loneliness in older persons and the influences of social support, cognitive functioning and personality: A cross-sectional study.* *Journal of Affective Disorders*, 182, 26-31.

Pennington, J., & Knight, T. (2008). *Staying Connected: The Lived Experiences of Volunteers and Older Adults.* *Ageing International*, 32(4), 298-311.

Peplau, L. A., Russell, D. W., & Heim, M. (1979). *The experience of loneliness.* In I.H. Frieze, D. Bar-Tal, & J. S. Carroll (Eds.), *New approaches to social problems: Applications of attribution theory* (pp. 53-78). San Francisco, CA, EE. UU.: Jossey-Bass.

Perlman, D., & Joshi, P. (1987). *The revelation of loneliness.* *Journal of Social Behavior & Personality*, 2(2), 63-76.

Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). *Toward a social psychology of loneliness.* En S. Duck, & R. Gilmour (Eds.), *Personal relationships 3: Personal relationships in disorder* (pp. 31-56). Londres, Reino Unido: Academic Press.

Shiovitz-Ezra, S., & Ayalon, L. (2010). *Situational versus chronic loneliness as risk factors for all-cause mortality.* *International Psychogeriatrics*, 22(03), 455-462.

Shiovitz-Ezra, S., & Ayalon, L. (2012). *Use of direct versus indirect approaches to measure loneliness in later life.* *Research on Aging*, 34(5), 572-591.

Shiovitz-Ezra S., Shemesh J., McDonnell/Naughton M. (2018). *Pathways from Ageism to Loneliness.* In: Ayalon L. & Tesch-Römer C. (Eds.), *Contemporary Perspectives on Ageism.* *International Perspectives on Aging*, vol 19 (pp. 131-147). Cham: Springer.

Sorkin, D., Rook, K. S., & Lu, J. L. (2002). *Loneliness, lack of emotional support, lack of companionship, and the likelihood of having a heart condition in an elderly sample.* *Annals of Behavioral Medicine*, 24(4), 290-298.

Stephoe, A., Shankar, A., Demakakos, P. & Wardle, J. (2013). *Social isolation, loneliness, and all-cause*

mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 110(15), 5797-5801.

Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation.* Cambridge, MA, US: The MIT Press.

Zhou, Z., Wang, P. & Fang, Y. (2018). *Loneliness and the risk of dementia among older Chinese adults: gender differences.* *Ageing & Mental Health*, 22(4), 519-525.





08/Experiencias

01/8

Vivencia de la soledad en la enfermedad. Experiencia personal.

Joan Viñas Salas,
doctor en Medicina y Cirugía.
ExRector de la Universitat de Lleida (UdLl).

He estado reflexionando al respecto de la soledad en mi enfermedad y veo conveniente exponer primero mis pensamientos sobre la vida y la muerte, para que se comprenda mejor mi vivencia de la soledad en la enfermedad grave, un cáncer de riñón con metástasis múltiples, que estoy viviendo desde hace cinco años.

Morimos tal como vivimos. Dependiendo del sentido que le demos a nuestra vida y de cómo la vivamos será nuestro modo de abordar la enfermedad y la muerte.

Aunque la vida nos sonría y todo parezca que nos va bien, debemos aprovechar este tiempo para prepararnos para afrontar otros momentos

no tan favorables, como cuando nos aparece un tropiezo, recibimos una mala noticia o caemos enfermos.

Es bueno vivir nuestra vida siendo los protagonistas, no dejarla en manos de las circunstancias o de otros. Es necesario prepararse para poder ser los dueños de nuestras vidas y de nuestro ser. Si no lo hacemos fácilmente “nos dejaremos vivir”, otros nos dominaran, aunque no seamos conscientes de ello y viviremos superficialmente llenando el tiempo superficialmente. Estar solo es distinto de sentirse solo. Existe una soledad positiva cuando nos aislamos de los ruidos del mundo para meditar. Una soledad que es recogimiento. Distinta de la soledad vivida con tristeza, de la incomunicación con los demás, que hace sufrir.

Esta soledad buscada para meditar y contemplar, este silencio (también del ego) y reposo de nuestra mente es indispensable para nuestro proceso de maduración humana y espiritual, para ser nosotros mismos y no dejarnos llevar por los demás, no ser veletas a merced de la dirección del viento que sopla sin poder reaccionar, como sucede con los animales, que siguen sus instintos. Pero el ser humano es superior; tenemos inteligencia y voluntad y conciencia de nuestra existencia y de que existe un futuro. Tenemos la capacidad de ser dueños de nosotros mismos y decidir sobre nuestro presente y futuro. Tenemos conciencia de la trascendencia y una espiritualidad.

Pero el ser humano no lo puede todo. Tenemos limitaciones y sabemos que nos moriremos. Queremos ser felices, vivir una vida feliz. Dar sentido a la vida es lo que nos hace felices. No podemos vivir sin tener fe, que es creer en lo que no podemos comprobar con los sentidos.

Cada día hacemos actos de fe. El reconocernos limitados nos hace pensar en nuestro origen: ¿De dónde venimos?, en nuestra vida: ¿Qué sentido tiene nuestra vida?, y en nuestro final: ¿Hay algo después de la muerte o todo se acaba en esta vida? Aceptando lo evidente, que somos

limitados y todos vamos a morir, podemos creer en Dios, un ser superior que nos creó. Hay muchas nociones de Dios. Los cristianos creemos en Jesús, que vino hace unos 2000 años y nos mostró a Dios como Padre, como Amor, que nos conoce a cada uno de nosotros y nos quiere felices. Jesús nos enseñó un camino de felicidad: las bienaventuranzas como un proyecto de vida feliz. Es bueno dar el paso de leer el Nuevo Testamento, “entrar” en él sin prejuicios y hacer la opción de creer, de poner nuestra confianza en Jesús y sus enseñanzas, de quererle y seguirle.

Esto nos abre un horizonte de vida con sentido y feliz. La fe incluye confianza y esperanza. Seguir a Jesús implica creer en Él y su mensaje. Nos quiere felices. No nos deja nunca solos. La madre de Jesús, María, es también madre nuestra, y al igual que acompañó a su hijo en la cruz, nos acompaña siempre a nosotros y podemos dirigirnos a ella.

Nos puede llegar un tropiezo en la vida, una enfermedad grave, como en mi caso. Yo creo que, como Dios me ama, lo que me está pasando tiene un sentido y nunca estaré solo y abandonado. No tiene sentido dar las culpas a Dios de los males que nos suceden. La voluntad de Dios está por encima de la nuestra. De hecho, para ser felices debemos ajustar nuestra voluntad a la de Dios haciéndola nuestra. Dios está siempre a nuestro lado. Nos ama y quiere nuestro bien. Podemos estar tranquilos y en paz. Debemos aceptar la voluntad de Dios en toda la vida, en lo bueno y malo.

Querer hacer la voluntad de Dios es la manera de ser feliz. A veces nos suceden hechos que nos hacen sufrir. Jesús, Hijo de Dios, también sufrió mucho y murió por nuestra salvación. Además, si me toca morir pronto, antes pasaré a mejor vida, pues Jesús resucitó y lo haremos nosotros. Creo en un cielo nuevo y en una tierra nueva, que vivimos y trabajamos ya aquí en la tierra, pero que disfrutaré en plenitud una vez traspasado.

Agradezco a Dios el don gratuito de la fe y el haber superado la barrera de creer solo lo que compruebo con la razón y los sentidos.

Agradezco a Dios haber conseguido interiorizar, hacer contemplación, vibrar al beber de la fuente de agua viva - el Espíritu - que tenemos en nuestro interior. Confío en la Divina Providencia. La compañía de Dios hace que no esté nunca solo, ni a oscuras, ni cuando estoy totalmente aislado e inmovilizado o cuando sufro dolor mientras espero que pase. Confío en Jesús, que nos dice que nunca estaremos solos.

Cuando nos llega la enfermedad debemos aceptarla. Evidentemente que debemos luchar contra ella buscando la curación y el alivio de los síntomas dolorosos e invalidantes. Pero debemos aceptar la enfermedad incurable y las limitaciones irreversibles, igual que aceptar el envejecimiento y el ir perdiendo facultades físicas y psíquicas.

Se logra con educación y oración y diálogo constante con Dios. Para ello es necesario aislarse del mundanal ruido; tener momentos de soledad. Debemos formarnos para cuando llegue la enfermedad, para saber integrarla en nuestra vida y no perder la felicidad.

En mi caso, gracias a lo aprendido y vivido en la Pastoral de la Salud he ido aceptando la muerte y la enfermedad. Para crecer en la vida espiritual debemos ejercitarnos, al igual que debemos hacer ejercicio físico como entrenamiento para un deporte.

Por ello el haber hecho diversas veces ejercicios espirituales, viviendo el recogimiento interior, el vivir el Evangelio meditándolo y aplicándolo a la vida diaria con la ayuda de un grupo de revisión de vida, el frecuentar la Eucaristía y el sacramento de la Penitencia, me han ayudado a tener paz interior, a sentir a Dios en mí, especialmente en la comunión, a controlar mis pensamientos y apaciguar mi mente.

La oración constante me mantiene todo el día en contacto con Dios. Antes del trabajo lo encomiendo a Dios y después le doy gracias a Él. Durante el trabajo y las actividades diarias sé que estoy en manos de Dios, que no estoy solo.

Experiencias:

Vivencia de la soledad en la enfermedad.
Experiencia personal.

LH n.326

Por desgracia la dinámica del mundo actual ha hecho que a veces me olvide de ello y por eso cometo errores en mi vida, de los que me arrepiento.

Gracias a Dios yo no me siento solo casi nunca, no tengo percepción de soledad negativa, triste, pues en los momentos en que estoy solo, alejado de la compañía de mis seres queridos sé que Dios está siempre a mi lado y me pongo en contacto con Él constantemente. Cuando te dan el diagnóstico de que padeces una enfermedad grave, un cáncer avanzado, que te llevará a la tumba mucho antes de lo que creías, pasas por un mal momento. La enfermedad la vives tú, la padeces tú, otros no pueden compartirla, aunque las personas que te quieren sufren por ti y te apoyen.

Las pruebas diagnósticas y los tratamientos -quimioterapia y radioterapia, las padeces tú, te quedas solo y encerrado por un tiempo que puede alargarse horas. Cuando me encuentro dentro del túnel del TAC o del aparato de radioterapia, solo en la habitación, - pues el personal sanitario debe salir para no irradiarse -, estás bien solo. Pero yo no me siento solo, pues estoy acompañado por Dios, y María, mi madre del cielo, está también conmigo. Me pongo a rezar. El mismo rosario ayuda. Además, en la vida no estoy solo pues mi esposa me acompaña. Convivimos desde hace 44 años. Formamos una familia con cuatro hijos y ocho nietos. Los dos nos hemos creído el Sacramento del Matrimonio y trabajamos cada día para mantener nuestro amor y enamoramiento inicial: Juntos hasta que la muerte nos separe, en la salud y la enfermedad.

Me ha acompañado siempre y se preocupa por mí. Distinto y triste sería no tener compañía. El matrimonio debemos cuidarlo constantemente. No podemos dar por supuesto que, sin regar la planta del amor, ésta no se marchitará.

A veces las incompatibilidades entre los dos hacen imposible seguir juntos y se producen separaciones, que siempre llevan sufrimiento.

Yo doy gracias a Dios de su ayuda en superar las dificultades y ahora Ana, mi esposa, para mí es un puntal en el desarrollo de mi enfermedad.

Los dolores los sufro solo. No puedo traspasarlos a nadie. Procuero, además, no molestar ni quejarme más que lo mínimo, para no sobrecargar y preocupar a mi familia, que cuando saben que sufro, ellos también sufren. Procuero no infantilizarme y dejarme hacer cuidados cuando aún puedo valerme por mí mismo.

Las discapacidades las padezco yo, aunque repercuten en los que están a mi alrededor. En el momento actual de mi enfermedad sufro de parálisis de algunos músculos de las piernas y ando con dificultad. Me sabe mal que, pudiendo salir a pasear con mi esposa, con lo que a ella le gusta, ahora, con mi limitación, no lo podemos hacer.

Un motivo de padecer soledad son las incomprendiones. Cuando no te comprenden en decisiones o en explicaciones o actitudes o acciones que quieres tomar y te quedas solo con tus razones. Pero debemos superar estos momentos, reflexionando sobre si no seré yo un individualista, empatizando con las opiniones de los otros, i si considero que tengo razón, trato de explicarme lo mejor posible. Pero muchas veces cediendo en algunos aspectos llegamos a un acuerdo.

Por tanto, para no vivir en soledad la enfermedad es recomendable fiarse de Jesús. Leer los evangelios y dar el paso de confiar en Él. A partir de ahí ir profundizando en el conocimiento de Jesús y del cristianismo.

Ir al grano y no quedarse en la hojarasca de no hacerlo con excusas de los defectos que tenemos los cristianos, la misma Iglesia, que no es perfecta, pues si lo fuera, yo no podría ser uno de sus miembros. Seguir el camino que nos marca Jesús hace feliz y nos conduce a la plenitud de felicidad después de la muerte; lo recomiendo.



02/8

Combatir la soledad no deseada en la Residencia Municipal San Íñigo de Calatayud.

Pilar Esteban Tolosa,
Responsable en funciones.
Residencia Municipal San Íñigo. Calatayud.

1/

La soledad, uno de los grandes enemigos del bienestar de nuestros mayores.

La Residencia Municipal San Íñigo, dependiente del Ayuntamiento de Calatayud, es un centro de gestión directa, destinado a la atención social, que ofrece a los residentes un alojamiento alternativo cuando no resulta posible su permanencia en domicilio habitual, sirviendo, en todo caso, como espacio de convivencia y tratamiento idóneo para lograr, en la medida de lo posible, la habilitación para las actividades de la vida diaria, evitando un mayor deterioro o retroceso, o en otros casos, la integración social. Por ello proporciona, desde un enfoque biopsicosocial y una perspectiva integral, atención continuada y especializada en función de la situación de dependencia, situación social y otras circunstancias personales del beneficiario. Cuenta con 86 plazas de las cuales en estos momentos hay 53 mujeres y 36 hombres. La plantilla de la residencia la formamos más de 50 trabajadores que velamos por la atención continua y personalizada de nuestros residentes.

2/

Líneas estratégicas para combatir en nuestra Residencia la soledad no deseada.

El Área de Acción Social y Ciudadanía del Ayuntamiento de Calatayud, se plantea una se-

rie de estrategias para combatir “la soledad no deseada de las personas mayores”. Entre ellas está trabajar también con dichas estrategias para las personas institucionalizadas, ya que el hecho de vivir en un Centro no implica que una persona no se pueda encontrar en soledad. Nos marcamos las siguientes líneas actuación con el objetivo de contribuir a mejorar el bienestar y la calidad de vida de nuestros mayores.

2/1

Formación, concienciación y sensibilización de nuestro personal.

A través de cursos, charlas, talleres, P.A.I., etc., que nos ayuden a conocer a nuestro residente de forma personalizada, en un ambiente distendido y de confianza, fomentando las buenas prácticas hacia nuestros mayores.

- Identificar sus cambios de humor, que podrían indicar el grado de aislamiento de la persona.

- Aplicar la escucha activa.....

- Trabajar en la autonomía de la persona.

Para ello los días 27 Noviembre y 4 Diciembre de 2019, dos psicólogas de Cruz Roja Zaragoza impartieron el curso “Habilidades emocionales para el cuidado de personas mayores”. “Cuidados del cuidador”.

Cursos que se van a seguir impartiendo dada su aceptación entre el personal.

2/2

Promover terapias de reminiscencia que refuercen la memoria y la red social de la persona.

Se han hecho talleres de “Historia de vida”, en colaboración con el IES Leonardo de Chabacier y la academia de ERICKSON.

Entrevista en la radio a nuestros residentes donde nos contaban sus historias de vida, y su sentir personal, compartiendo con nosotros sus experiencias.

2/3

Garantizar el seguimiento de visitas médicas y la continuación de tratamientos.

El equipo sanitario lleva la agenda de citas y el control de visitas así como el seguimiento de tratamientos estando en continuo contacto con los médicos de atención primaria, especializada y familia.

2/4

Facilitar comunicación y contacto con los familiares.

Para ello formamos a nuestros residentes en nuevas tecnologías. El 24 de Octubre de 2019, organizado por el Instituto de Investigaciones Científicas y Ecológicas, tuvimos la primera charla sobre “Nuevas tecnologías. Uso de teléfonos móviles”.

No descartamos seguir esta línea de formación con videollamadas y fotografía, que permite compartir momentos con los familiares o amigos que se encuentran lejos de ellos.

2/5

Sesiones grupales de actividades de ocio que incrementan el bienestar psicológico.

Los martes vamos al cine: actividad promovida por persona voluntaria afín a la Residencia.

Los viernes jugamos al bingo con personal voluntario de Cruz Roja. Hay sesiones mensuales de proyección fotográfica y de cuenta cuentos, dadas por voluntarios.

Estamos trabajando para poner en funcionamiento “Lunes sesión de juegos de mesa” actividad que llevará acabo un voluntario, compañero e hijo de una de nuestras residentes.

2/6

Proporcionar encuentros intergeneracionales y actividades grupales que fomenten los sentimientos de pertenencia social.

Hacemos jornadas de convivencias con diferentes grupos sociales: AMIBIL, OJE, Colegios, Institutos, Comarca, Ludoteca..

Especial importancia cabe reseñar la actuación de los niños de 5 años del colegio Augusta Bilibilis que esta Navidad se acercaron a cantar-nos villancicos. Cincuenta niños de cinco años llenando el hall y el salón de actos con sus gorros rojos, sus panderetas y sus canciones...

Es digno de recordar las caras de niños, residentes y trabajadores, ya que en el grupo se encontraban algún nietecillo de trabajador y algún bisnieto de residente, pero me quedo con esa emoción que una profesora manifestó diciéndole a un residente: «Hola ... Te acuerdas de mí, soy... Fui alumna tuya y ahora, mírame, soy yo la profesora»

Y se fundieron en un abrazo. La jornada concluyó con un intercambio de presentes que se habían hecho ambos grupos.

2/7

Derribar barreras arquitectónicas que propicien el aislamiento de la persona mayor.

Una buena inversión fue la sustitución de las puertas de entrada manuales por apertura automática con detector de presencia.

2/8

Crear espacios para encuentros afectivos.

Zona de toldos en jardines, cerramientos de terrazas para espacios comunes de ocio.

2/9

Mejorar colaboración entre las Instituciones.

Centro asistencial, Comarca, Institutos, etc.

2/10

Darles un papel activo en la organización de la residencia: Junta de usuarios.

La constituyen cinco residentes que representan a los usuarios. Hay un presidente, un secretario y tres vocales. participan en la toma de decisiones de actividades, funcionamiento del Centro, elaboración de menús, sugerencias a la dirección...

2/11

Respetar la espiritualidad y cultivarla.

Seguimos contando con la colaboración de las Hermanas de la Caridad de Santa Ana, así como con la presencia diaria de **D. Aurelio Lacal** que celebra la Eucaristía.

2/12

Herramientas de participación social: Cultura y voluntariado.

En nuestros programas de actividades contamos con la participación voluntaria y gratuita de más de 25 grupos y asociaciones de Calatayud.

Nuestro objetivo es no perder el contacto con la vida bilbiliana, bien llevando a los residentes a ver exposiciones de fotografía, visita a museos, salida para ver la iluminación navideña, Museo de Gigantes y Cabezudos... También vamos al teatro Capitol para ver “Tardes de cuplés”.

Traemos al Centro una representación de las actividades que se hacen en Calatayud: Alfonsadas, jotas, chirigotas, cabezudos, Reyes Magos...

Destacamos la visita que nos hace todos los años la Asociación de Viudas M^a Auxiliadora.

El Centro también acoge el Brindis de Navidad del Área de bienestar social. Este año también recibimos en Nochebuena a 5 personas para cenar con nosotros en la iniciativa de la Concejalía de “Ningún mayor cena solo”.

2/13

Acompañamiento al final de la vida.

Cuando ese momento llega, aplicamos el “Objetivo Confort”. En la mayoría de los casos contamos con la colaboración del equipo del ESAD, de San Juan de Dios de Zaragoza. Se permite a la familia poder estar durante las 24 horas del día haciendo el acompañamiento y viviendo ese momento de la forma que cada uno quiera, dando apoyo y respetando las voluntades de las personas.

3/

Conclusiones.

La concienciación del tema está presente en todos los ámbitos de la Residencia. Se ha tenido tan presente que en el nuevo Reglamento de la Residencia, aprobado y que entrará en vi-

gor a partir del 10 de Febrero, se considera que “la residencia es un centro de gestión directa, destinado a la atención social, el alojamiento y la convivencia para personas mayores de Calatayud y comarca, teniendo la función sustitutoria del hogar familiar”; es decir están en su casa. En el nuevo Reglamento se contemplan también los derechos de los usuarios:

- Derecho a la libertad personal.
- Derecho al respeto de su autonomía.
- Derecho a un trato correcto.
- Derecho a la participación.
- Derecho a la intimidad.
- Derecho al secreto profesional de los datos de su historia sanitaria y social.
- Derecho a no ser discriminado.
- Derecho a la asistencia individualizada.
- Derecho a la comunicación.
- Derecho a la información.
- Derecho a evaluar la calidad del servicio prestado.

Y para finalizar decir que se cuenta con la Residencia para que esta sea punto de encuentro, espacio clave en la estrategia de combatir la soledad de las personas mayores desde el Ayuntamiento de Calatayud a través de la Concejalía de Acción Social y Ciudadanía, trabajamos para hacer de la Residencia un lugar que cuida.

03/8

Impacto de una intervención grupal en la percepción de soledad de las personas mayores.

Jordi Ramon Rizo.,

Enfermero. Parc Sanitari SJD. Centro de Salud Mental Adultos. Cornellà de Llobregat (Barcelona)

La soledad en la tercera edad empeora notablemente la calidad de vida y ocasiona un aumento en la demanda de los servicios sanitarios y sociales. En este contexto, los estudios demuestran que las intervenciones comunitarias que mejor efectividad han tenido son las realizadas con carácter educativo o de apoyo y de manera grupal.

El objetivo de este trabajo ha sido demostrar el impacto de una intervención grupal sobre la percepción de soledad y salud en la tercera edad, por lo que se ha llevado a cabo un estudio cuantitativo causi-experimental, no controlado, de pre y post intervención, realizado en usuarios de cuatro áreas básicas de salud.

1/

Objetivos generales.

- Demostrar que las personas mayores con riesgo de soledad, con un espacio semanal comunitario, mejoran la calidad de vida, reduciendo de esta forma visitas médicas y fármacos, mejorando factores de riesgo cardiovasculares y aumentan relaciones sociales y actividades en la comunidad.
- Demostrar el impacto de un grupo de intervención en la percepción de la soledad.

2/

Objetivos específicos.

- Mejorar la pasividad.
- Potenciar la interacción personal.
- Mejorar las claves verbales de contenido pesimista, etc.
- Potenciar la iniciativa.
- Evitar el abandono.
- Aumentar vínculo con las redes sociales.
- Mejorar aspectos cognitivos.
- Mejorar desesperanza.
- Potenciar sentimiento de valía personal.
- Potenciar sentimiento de pertenencia a un grupo.

En este estudio se incluyeron usuarios mayores de 64 años en situación de soledad y procedentes de atención primaria. La intervención consistió en un taller semanal de 60 minutos enfocado a la estimulación cognitiva, a los patrones relacionales interpersonales, y a charlas dirigidas a mantener/mejorar hábitos de vida saludables.

Las variables cuantitativas obtenidas a partir de las historias clínicas fueron: número de visitas en el Área Básica y en Salud Mental, actividades en la comunidad, peso, IMC, datos analíticos y farmacológicos. La percepción de soledad se cuantificó a través de la escala ESTE. Todas las variables a estudio fueron analizadas pre intervención y un año después de la misma.

Para la consecución de los objetivos de esta investigación se plantearon tres fases. Una primera fase exploratoria a nivel individual en la consulta de enfermería, donde se valoraba la inclusión en el grupo.

En esta primera fase se explicaba la dinámica grupal y se pasaban consentimientos informados, escala Este II para valorar percepción de soledad y se les entregaba una hoja en blanco donde anotaban las 3 actividades que les gustaría hacer en el futuro.

En esta primera fase se procedía a la recogida de datos, valores riesgo cardiovascular, visitas en CAP y Salud Mental, actividades que hacen en la comunidad y fármacos.

En la segunda fase se realizó la dinámica grupal con un grupo abierto y sesiones de 1 hora/semanal de forma anual. En el grupo se trabajaron aspectos de mejora de los hábitos de vida saludables, sentimiento de pertenencia al grupo, ejercicios de estimulación cognitiva combinados con actividades como baile, karaoke y teatro. También se creó un grupo de WhatsApp donde se informaba y se proponían actividades (realizaron un curso de manejo del móvil).

Durante esta fase se trabajó la vinculación a otras actividades y equipamientos siempre con

soporte desde el grupo de soledad, hasta realizar una buena vinculación.

La tercera fase constaba de la recogida de datos post intervención para poder evaluar los resultados obtenidos durante el año de duración del grupo. En esta tercera fase se evaluaron nuevamente Escala Este II, datos riesgo cardiovascular, actividades en la comunidad y fármacos.

En cuanto a los criterios de inclusión encontramos a personas mayores de 60 años con vivencia de soledad, con poca/nula capacidad para poder afrontar la vivencia de soledad y con poco recurso social/comunitario/familiar para poder sostener la situación de soledad. Criterios de exclusión entendemos el deterioro cognitivo moderado o grave, dependencia moderada o grave en las Actividades básicas de la vida diaria.

Se aseguró la confidencialidad de los datos y anonimato a través del consentimiento informado, según el actual Reglamento General de Protección de Datos 2016/679, tanto en la fase de ejecución como en las presentaciones o publicaciones que de él se deriven.

Resultados: Se incluyeron 63 participantes, 16% (n=10) de hombres y 84% (n=53) de mujeres, con edades comprendidas entre los 64 y 88 años. Después de la intervención se observó una disminución significativa en el número de visitas al Área Básica de Salud (15,35 + 5,77 vs. 11,30 + 5,21; t=8,27; p<0,001) como al Centro de Salud Mental (4,27 + 2,54 vs. 2,43 + 1,81; t=12,52; p<0,001). La participación en diferentes actividades de la comunidad aumentó significativamente (0,14 + 0,39 vs. 2,08 + 0,84; t= -22,97; p=0,001). En cuanto a los factores de riesgo para la salud, el peso (68,72 + 10,39 vs. 66,77 + 9,55 kg; t= 7,14; p=0,001) y el IMC (27,77 + 3,66 vs. 26,99 + 3,33; t= 7,14; p=0,001) mostraron un descenso significativo, así como la glucosa plasmática (5,67 + 1,03 vs. 5,26 + 0,71 mmol/l; t=0,56 p=0,001), el colesterol (5,35 + 0,72 vs. 4,93+ 0,58 mmol/l; t= 5,74; p=0,001), triglicéridos (1,49 + 0,52 vs. 1,41 + 0,50 mmol/l; t=0,15; p=0,034), y las

concentraciones de LDL (3,11 + 0,66 vs. 2,75 + 0,50; mmol/l $t= 5,76$; $p=0,001$). Asimismo se observaron disminuciones significativas en la prescripción de antidepresivos (0,67 + 0,76 vs. 0,52 + 0,66; $t=3,2$; $p= 0,002$), ansiolíticos (0,48 + 0,59 vs. 0,32 + 0,50; $t=3,07$; $p= 0,003$), analgésicos (1,03 + 0,86 vs. 0,62 + 0,65; $t=5,13$; $p=0,001$), antihipertensivos (0,52 + 0,69 vs. 0,40 + 0,55; $t=2,64$; $p= 0,010$), anticolésterolémicos (0,48 + 0,53 vs. 0,30 + 0,46; $t=3,62$; $p= 0,001$) y antidiabéticos orales (0,37 + 0,51 vs. 0,27 + 0,44; $t=2,55$; $p= 0,013$). La percepción de soledad también disminuyó significativamente (14,87 + 3,79 vs. 10,10 + 3,086; $t=11,59$; $p=0,001$) tras la intervención.

Test	Basal	Post-Intervencion	Test
Soledad	14,87 + 3,79	10,10 + 3,086	11,59 $p= 0,000$
Núm. visitas ABS	15,35 + 5,77	11,30 + 5,21	8,27 $p= 0,000$
Núm. Visitas CSMA	4,27 + 2,54	2,43 + 1,81	12,52 $p= 0,000$
Actividades Comunidad	0,14 + 0,39	2,08 + 0,84	-22,97 $p= 0,000$
Peso	68,72 + 10,39	66,77 + 9,55	7,14 $p= 0,00$
Índice Masa Corporal	27,77 + 3,66	26,99 + 3,33	7,14 $p= 0,000$

Analíticas	Basal	Post-Intervencion	Test
Glucosa	5,67 + 1,03	5,26 + 0,71	0,56 $p= 0,000$
Colesterol	5,35 + 0,72	4,93 + 0,58	5,74 $p= 0,000$
Triglicéridos	1,49 + 0,52	1,41 + 0,50	0,15 $p= 0,034$
HDL	1,49 + 0,36	1,56 + 0,37	-3,81 $p= 0,000$
LDL	3,11 + 0,66	2,75 + 0,50	5,76 $p= 0,000$

Fármacos	Basal	Post-Intervencion	Test
Antidepresivos	0,67 + 0,76	0,52 + 0,66	3,21 $P= 0,002$
Ansiolíticos	0,48 + 0,59	0,32 + 0,50	3,07 $P= 0,003$
Hipnotico	0,14 ^a + 0,35	0,14 ^a + 0,35	11,59 $P= 0,000$
Analgesico	1,03 + 0,86	0,62 + 0,65	5,13 $P= 0,000$
Tratamiento ta	0,52 + 0,69	0,40 + 0,55	2,64 $P= 0,010$
Tratamiento colesterol	0,48 + 0,53	0,30 + 0,46	3,62 $P= 0,001$
Tratamiento glucosa	0,37 + 0,51	0,27 + 0,44	2,55 $P= 0,013$

Es importante pensar que nacemos en grupo, vivimos en grupo y nos movemos en grupo. Somos seres sociales.

Aristóteles (384- 322 a.C.) ya subrayó el papel social del ser humano, su función social, junto a la función lingüística. Somos animales sociales, en tanto que nos agrupamos en familias, comunidades y Estados, y además somos seres que hablamos.

También somos seres racionales y emocionales. Racionales para poder resolver los problemas que surgen en nuestra vida socializada; emocionales para poder reconocer esos problemas y para mantenernos motivados en la tarea de su resolución. La sensación de pertenencia a un grupo desarrolla la satisfacción de una persona al sentirse parte integrante de un grupo.

Por tanto, una intervención comunitaria y grupal en personas mayores que se encuentran en situación de soledad tiene un efecto beneficioso, además de potenciar la integración y pertenencia a un grupo, los resultados también demuestran que disminuyen los principales factores de riesgo de la salud y favorece una disminución del uso de fármacos.

También conduce a un descenso en la demanda de visitas y a mejores resultados sobre la percepción de soledad.

No olvidemos que, con el paso del tiempo todo envejece, ciudades, pueblos, y entre sus calles y edificios envejecidos, muchas personas van quedando fuera del sistema, congelados en el tiempo y alejados de los ritmos frenéticos a los que nos lleva la sociedad, hasta sentir en sus vidas una soledad no deseada que asfixia y desespera. El instinto social de los hombres no se basa en el amor a la sociedad, sino en el miedo a la soledad.

La soledad es un buen lugar para encontrarse en algún momento de la vida, pero un mal lugar para quedarse.

Detectar y poder reconducir este sentir, trabajando un envejecimiento activo, donde busquemos actividades que sean gratificante y no “para matar el tiempo”, como demuestra éste trabajo, facilitará la mejora de la percepción de soledad y la calidad de vida de nuestros mayores.



09/Proyectos

01/9

Mesa del Justicia de Aragón sobre Mayores en Soledad no elegida.

Ángel Dolado Pérez,
Justicia de Aragón.

Desde el comienzo de mi mandato como Justicia he querido que los colectivos más vulnerables de la Comunidad fueran el centro de nuestra actividad, y que los problemas que estos tienen con carácter general fueran abordados desde la Institución independientemente del curso de los expedientes derivados de quejas presentadas.

Es decir, tener tan presente las quejas individuales de los ciudadanos, como las quejas o problemas colectivos que desde la Institución vemos como acuciantes en el momento presente.

Por ello, ante las noticias que recibimos durante el verano de 2018 en cuanto a los fallecimientos de personas mayores en soledad, fundamentalmente en la ciudad de Zaragoza, hicieron que nos planteáramos abordar el problema.

La Institución, era igualmente consciente de que desde las diversas administraciones y agentes sociales se venía trabajando esta materia, la de mayores, pero creímos que podía resultar de gran utilidad la puesta en común de las líneas de actuación, dado que eran varios los factores sociales y sanitarios a tener en cuenta.

Y al mismo tiempo podíamos sumar nuevos agentes en pos de lograr una mejor y eficaz atención ante situaciones como las que están detrás de estos fallecimientos en soledad.

Por ello, convocamos a las entidades y administraciones implicadas y bajo el nombre de “Mesa del Justicia sobre mayores en soledad no elegida” pusimos en marcha este proyecto de intercambio de experiencias y conocimientos de la sociedad aragonesa en su conjunto.

Treinta y ocho entidades y administraciones han participado en esta Mesa, tanto en las sesiones plenarias (realizadas los días 21 de septiembre de 2018, 16 de enero y 25 de junio de 2019) como en los ocho grupos de trabajo que se establecieron a partir de la segunda sesión que realizamos en la sede de la Federación Aragonesa de municipios, comarcas y provincias con el fin de ahondar de una forma más específica en cada

una de las materias que surgieron en las sesiones plenarias

Los Grupos de Trabajo establecidos fueron los siguientes, con las materias que trataban:

1. Profundizar los mecanismos de coordinación y colaboración interinstitucional.
2. Impulsar la creación de un grupo específico de trabajo de carácter estable.
3. Potenciar la labor de los nodos sociales, vecinales y familiares, con especial atención al mundo de los afectos.
4. Avanzar en el uso de las TIC.
5. Impulsar la labor del asociacionismo de mayores y el impulso de personas mayores.
6. Delimitar la importante contribución del voluntariado.
7. La situación de los centros residenciales y sanitarios.
8. Avanzar hacia un urbanismo adaptado a las necesidades de los mayores.

Fue en la tercera reunión plenaria, la celebrada el pasado mes de junio, cuando se expuso el trabajo realizado por estos a lo largo de cinco meses.

A esta reunión, asistió el director general del INSERSO, Instituto Nacional de Mayores y Servicios Sociales, Manuel Martínez, lo que nos mostró de forma clara el interés que a nivel nacional ha tenido esta iniciativa.

Permitiendo posicionar a Aragón como referente en el análisis de la soledad no elegida de nuestros mayores, y cuyo reflejo se ha visto en prensa nacional, en la presentación que se hizo al Defensor del Pueblo o las muy recientes conversaciones con motivo de la jornada de coordinación de defensores del pueblo en Sevilla

la semana pasada donde varios defensores me comunicaron su interés por realizar iniciativas semejantes en sus territorios.

Ejemplos de buenas prácticas, documentación y estudios realizados por las entidades participantes y especialmente el esfuerzo y dedicación de cuantos han trabajado en esta Mesa del Justicia,

Creo que este trabajo colectivo debe ser un orgullo para la ciudadanía aragonesa, pues puede ser una herramienta muy útil para potenciar el mejor cuidado de las personas mayores, y dicho cuidado es siempre un indicativo de la excelencia de una sociedad.

Y sobre todo que no ha sido un trabajo de una Institución, el Justicia, sino de 38 entidades y administraciones.

En definitiva, un trabajo de todos, del conjunto de la sociedad para con sus mayores.

No quiero extenderme en cifras ni en las experiencias, pero sí, dar unas pinceladas sucintas de las recomendaciones que de este emanan.

Y lo haré de forma temática.

1/

Recomendaciones legislativas.

1. Elaboración de una estrategia a nivel Estatal, de Comunidades Autónomas y entidades locales, que establezca un plan de actuación para prevenir la soledad no elegida de las personas mayores, con un marco común de intervención con líneas básicas a nivel institucional, que incluya un análisis en profundidad de la situación y previsiones futuras.

2. Se hace necesario, a fin de recoger en una norma con rango legal, la promulgación de una “**Ley integral del Mayor**” por parte de las Cortes de Aragón, previo los trámites legales y reglamentarios para ello, ya sea por proyecto de ley del Gobierno de Aragón, ya por proposición de ley en el seno parlamentario, para cuya tramitación resultará imprescindible la participación de aquellas entidades y asociaciones que día a día trabajan en la materia.

En derecho comparado, y como referente en otras comunidades autónomas, cabe mencionar la ya consolidada ley andaluza, 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores.

Dicha norma debería fijar los derechos y obligaciones de las distintas administraciones respecto a las personas mayores, garantizando que tengan cubiertos los cuidados necesarios básicos y fundamentales.

3. En el ámbito reglamentario, y como desarrollo y complemento de ésta, deberán dictarse normas que permitan:

- La coordinación interadministrativa e Inter organizativa, con especial incidencia entre los agentes públicos con competencias en los sectores sanitarios y de asistencia social.

- Implementación de un “**Código ético/decalogo de buenas prácticas**” para la atención de personas mayores vulnerables en el que se establezcan los límites y la labor de complementariedad del voluntariado.

- Regulación del acompañamiento durante el traslado a centros sanitarios o sociales, y durante la estancia en el mismo, de personas mayores vulnerables.

- Revisión y actualización del decreto 111/1992, de 26 de mayo, de la Diputación General de Aragón, por el que se regulan las condiciones mínimas que han de reunir los servicios

y establecimientos sociales especializados, que garantice una adecuada atención a las personas residentes que sufren soledad no deseada.

- Regulación e implantación de la figura del “**Informe de impacto convivencial**” en las figuras de planeamiento y desarrollo urbanístico.

- Planes específicos de ayudas públicas a la rehabilitación y reforma edificatoria, que contemplen de forma separada las actuaciones en materia de accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas en edificaciones en régimen de propiedad horizontal.

4. Creación, bajo el amparo del instrumento normativo adecuado, de un “**Observatorio de las personas mayores en soledad no deseada**”, en el que junto a las administraciones con competencias en la materia participen las entidades de la sociedad civil, como grupo permanente de análisis, control y de aportación nuevas de medidas a implementar para la solución de la problemática actual y las nuevas situaciones que puedan ir creándose en este ámbito.

2/

Recomendaciones de coordinación y protocolos.

1. Elaboración de protocolos claros de intervención con medidas a desarrollar en el entorno próximo, a los que habrá que dotar de las partidas presupuestarias apropiadas.

2. Establecimiento de los mecanismos de coordinación entre los ámbitos públicos sanitarios y de asistencia social, en doble dirección,

con creación de equipos multidisciplinares de intervención, con especial incidencia en aquellas personas en riesgo de exclusión, y en el ámbito de la salud mental.

3. Potenciar la colaboración y coordinación entre las asociaciones de personas mayores, para rentabilizar recursos y llegar de forma más eficaz y efectiva a todo el colectivo.

4. En el ámbito residencial impulsar la evolución del modelo asistencial hacia un modelo de atención centrado en la persona, con la implementación, entre otras, de las siguientes medidas:

- Elaboración de la “**Historia de vida**”.

- Utilización de escalas de medición del sentimiento de soledad.

- Respeto a la autonomía, libertad y participación de los residentes.

- Creación de vínculos entre el residente, su familia y allegados y los profesionales.

- Diseño de protocolos de preingreso, ingreso y adaptación.

5. Promover la atención a las personas en las residencias y en los traslados e ingresos hospitalarios con, entre otras, las siguientes medidas:

- Valoración de la situación de la persona al ingreso.

- Protocolos de adaptación a los hospitales, dentro del concepto de “**hospital amigable**”.

- Valoración geriátrica, con escalas diagnósticas de soledad y registro en historia clínica sanitaria.

- Establecimientos de programas y planes de cuidados específicos.

- Programas de atención a los cuidadores.

6. Promover la mejora en la detección, atención e intervención en el ámbito sanitario:

- Inclusión en la historia clínica de escalas diagnósticas de soledad.

- Identificación del personal sanitario de referencia, con formación adecuada.

- Implementación programas específicos de atención a mayores en soledad no deseada en Atención Primaria y Atención Especializada.

- Permitir el acompañamiento durante el traslado y estancia en centro sanitario.

3/

Recomendaciones en cuanto a la dotación de recursos.

1. Potenciar los recursos preventivos a nivel local: teleasistencia, servicios de apoyo en domicilio, programa “**respiro**”, comedores sociales, programas de eliminación de la brecha digital, programas de envejecimiento activo, teléfonos o centros de escucha y atención próxima, etc.

2. Potenciar que las asociaciones de personas mayores busquen sus propios recursos, sin dependencia exclusiva de subvenciones públicas, estableciendo ámbitos de colaboración con sectores privados que tiendan a la defensa de sus intereses, y como factor de potenciación de que su valor social continúa existiendo.

3. Garantizar la apertura, todo el año, de centros de convivencia y hogares sociales, con

LH n.326

continuidad en la prestación de todos sus servicios.

4. Mejorar la dotación de los centros públicos de mayores ya existentes, potenciar nuevos centros con alcance a todo el territorio, promocionando los acuerdos y convenios interinstitucionales entre el Gobierno de Aragón y las entidades locales.
5. Incremento del parque público de viviendas en propiedad o alquiler, con accesibilidad universal.

4/

Recomendaciones de potenciación de apoyo ciudadano.

1. Impulsar redes de cercanía al ciudadano, públicas (centros de salud, servicios municipales o comarcales de servicios sociales, centros de ocio municipales) y privadas (comunidades de vecinos, comercio de proximidad, entidades asociativas del entorno, parroquias y otros centros de religiosos), para promover líneas de contacto con las personas en soledad no deseada.
2. Creación de mesas o comisiones en localidades o barrios que presenten esta problemática, con las entidades asociativas que trabajen en el entorno en esta materia, que sirvan de foco de atención y control de las necesidades.
3. Potenciar un modelo asociativo donde las personas mayores sean los gestores de sus propios proyectos e intereses.
4. Promover desde el ámbito público y privado,

servicios y actividades adecuados a los nuevos perfiles de personas mayores y a las nuevas realidades sociales.

5. Diseñar desde los programas y centros públicos dirigidos a personas mayores, actividades orientadas a favorecer la relación y reforzar las redes sociales y vecinales, facilitando la participación especialmente a aquellas personas con menores recursos.

5/

Recomendaciones divulgativas.

1. Realizar campañas de sensibilización, información y formación, que difundan el problema sin alarmismos, pero con conciencia de su existencia, incidiendo en los factores de prevención y de motivación para la preparación individual.
2. Promover observatorios, jornadas y charlas sobre la problemática de la soledad no elegida, que sirvan para acercar a toda la ciudadanía el problema, pero también las soluciones, en la materia.
3. Realizar campañas de divulgación del voluntariado que sirvan para crear un núcleo de personas suficientes para atender las circunstancias de dependencia existentes, y al mismo tiempo de sensibilización del problema.
4. Realización de campañas divulgativas sobre instrumentos de financiación para la rehabilitación de edificaciones, con especial atención a las medidas que faciliten la accesibilidad.

6/

Recomendaciones formativas.

1. Potenciar la formación de aquellas personas que estén cerca de las personas afectadas por la situación de soledad no deseada y que pueden colaborar en sus cuidados y atención: familiares, vecinos, etc.
2. Trabajar en la autoformación que nos permita a todos, en un futuro, ser capaces de afrontar la situación vivencial a lo que nos podremos enfrentar.
3. Aproximar la utilización de las nuevas tecnologías de forma comprensible y adecuada.
4. Fomentar y desarrollar desde las distintas administraciones cursos de formación para las asociaciones de mayores de cara a mejorar su gestión y ámbito de actuación.

7/

Recomendaciones de concienciación social.

1. Concienciar una visión de la vejez desde lo positivo, empoderando y valorizándola, trasladando a la sociedad el valor y respeto que se merecen sus miembros como parte fundamental en el presente y futuro de la misma.
2. Promover que todas las organizaciones que actúan en el ámbito del cuidado y atención

de los mayores sean consideradas “**entidades que cuidan de los suyos**”.

3. Sensibilizar a las asociaciones, entidades, y en general a toda la sociedad, de que esta problemática va a permanecer e incrementarse.
4. Incrementar el intercambio intergeneracional de experiencias y saberes, con acciones en que los jóvenes se acerquen, convivan y reciban la experiencia vivencial de sus mayores: programas de actividades conjuntas, compartir vivienda con estudiantes, etc.
5. Fomentar en las propias asociaciones de mayores la creación de grupos de alerta.

8/

Recomendaciones en cuanto al voluntariado.

1. Integración de acciones de voluntariado dentro de un marco global común y un apoyo institucional que coordine las acciones y pueda asumir las situaciones en las que se debe trabajar individualmente de forma profesional.
2. Impulsar la participación de personas mayores en proyectos de voluntariado, poniendo en valor el efecto positivo que tiene sobre las dimensiones del bienestar y la salud.
3. Potenciar desde las administraciones públicas la implicación de asociaciones, ONGs, fundaciones, etc., en la promoción del voluntariado, como prevención y apoyo a situaciones de soledad no elegida y refuerzo del tejido asociativo y promoción de las redes vecinales.
4. Creación de un “**Plan de formación del voluntariado**”, que establezca los requisitos

curriculares necesarios para contar con un personal voluntario debidamente formado, que permita su extensión a todo el territorio.

5. Configuración de canales de comunicación e interacción entre las organizaciones de voluntariado y los servicios públicos sociosanitarios, que sirvan para crear cauces de detección de problemas que garanticen el análisis y la asignación de recursos a cada situación

9/

Recomendaciones en el uso de nuevas tecnologías.

1. Fomento desde las instituciones públicas o privadas de adaptación de las viviendas, y en su caso de las comunidades de propietarios, con personas mayores de instrumentos tecnológicos de ayuda y control:
 - Teleasistencia.
 - Domótica.
 - Seguimiento monitorizado de personas con especiales condiciones sanitarias.
2. Promover el apoyo al acceso a las TICs de forma individual y personalizada.
3. Informar, a través de las páginas web de las administraciones públicas sobre los recursos disponibles en el ámbito de la soledad no deseada de forma comprensible y accesible.

Esta es nuestra experiencia en la Mesa, pero en el día de hoy me gustaría aprovechar y cumplir con uno de los fundamentos de la Institución que represento: la difusión del derecho foral, es decir nuestro derecho civil. Y hablarles de la protección jurídica de las personas vulnerables, y los mayores lo son, o lo pueden ser.

Ello exige analizar las posibilidades que brinda el Derecho civil común y los derechos forales, con especial mención al derecho propio aragonés, para hacer más fácil y segura su vida y la de sus cuidadores.

El actual sistema de incapacitación judicial toca a su fin.

La Convención de Nueva York de 13 de diciembre de 2006 sobre derechos de la persona con discapacidad, obliga a los gobiernos a tomar medidas para impulsar figuras jurídicas hasta ahora poco utilizadas como la curatela, el defensor judicial y la guarda de hecho.

Debemos pasar a un concepto flexible de discapacidad de las personas porque cada uno tiene deficiencias menores y a veces quedan olvidados, maltratados o tratados como niños, y no lo son.

La sociedad cambia y el concepto de unidad familiar con hijos viviendo cerca de padres y madres ya no existe.

Se necesita un cambio radical en las leyes de protección de los mayores desamparados. Y conforme a la Convención hemos de pasar del “**modelo médico o protector**” al “**modelo social**” que pone en el centro a la persona con discapacidad, debiendo ser la misma la que actúe, con respecto a sus preferencias, sin perjuicio de los apoyos necesarios.

Todos hemos de reflexionar, eliminando estereotipos y transformando nuestras prácticas jurídicas.

La tendencia es que hay que decidir sobre el futuro antes de que llegue la incapacitación.

Todas las personas tienen derecho al desarrollo de su personalidad y a que se respete su voluntad, una filosofía que ha cambiado desde la reforma del **Código Civil de 1983** (demanda de incapacitación y sentencia nombrando al tutor que decide), pero eso ya no será así en un futuro

mediato. La intromisión en la vida y capacidad de las personas tiene que ser mínima y poner el máximo interés por el bienestar de la persona.

Jueces, Fiscales, Notarías y el Tercer Sector están a la espera de la aprobación de un proyecto de ley que modificará los procedimientos judiciales de incapacitación.

Mención especial a la función tuitiva de los FISCALES.

En España tenemos una red de fiscales para la protección de los más vulnerables, menores y mayores y su función es vigilar que las personas mayores se encuentren bien atendidas.

Así lo contempla la Directiva Anticipada Residencial, que centra la atención en la persona, lo que significa conocer su historia vital, sus preferencias, sus gustos y su libertad de pensamiento. Sería interesante formar a los jóvenes fiscales en esta materia desde la Escuela Judicial en Barcelona.

Sin embargo, por mucho que la Convención de Nueva York venga de un organismo internacional como la ONU y esté ratificada por España desde 2007, formando parte de nuestro ordenamiento jurídico interno, muy poco han cambiado las cosas en la última década.

No se aprecia que aumenten las comparecencias en escrituras públicas notariales de forma normalizada con la intervención de personas con discapacidad psíquica, por lo que urge una modificación urgente del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

La protección jurídica de las personas vulnerables exige analizar las posibilidades que brinda el derecho civil común y los derechos forales, como el Derecho Foral de Aragón, y reitero que lo es para hacer más fácil y segura su vida y la de sus cuidadores - héroes cotidianos, abnegados y silenciosos que son la luz en la oscuridad y el bálsamo que supone hacerles sentir seguros y queridos, según la afortunada expresión del juez aragonés Armando Barreda.

Quiero en Aragón, reivindicar que la ley aragonesa ofrece mecanismos de protección que se formalizan en escritura pública ante notario y que sirven para crear un patrimonio protegido, otorgar un poder preventivo, una autotutela, el testamento vital, un contrato de renta vitalicia o la novedosa hipoteca inversa.

Figuras que deben estar presididas por el principio general del derecho aragonés “**standum est chartae**” o de libertad civil.

Recomiendo también acudir a la figura del testamento mancomunado o a los pactos sucesorios (prohibidos en el Código Civil y cuya exportación propugno al ámbito nacional para futuras reformas legislativas).

Algunas de estas figuras son:

1. Patrimonio protegido. Permite que padres, tíos o parientes hasta tercer grado de una persona con discapacidad puedan donarle unos determinados bienes, independientemente del patrimonio propio que tenga. Les va generando un patrimonio progresivo con un importante beneficio fiscal. Tiene incentivos fiscales.

2. Poderes preventivos. Son un documento notarial que permite a una persona designar a otra para que actúe representando su interés, en caso de que llegase a perder la capacidad necesaria para manifestar su voluntad. Está basado en un principio absoluto de confianza y suele ser conveniente que se fijen límites al representante e incluso una segunda firma para los casos de venta de inmuebles. Un antecedente histórico sería el Personero del Rey de León (mandatarius) que ayudaba a desamparados, viudas y menesterosos.

3. Autotutela. Permite que una persona con capacidad de obrar suficiente, en previsión de que pudiera ser incapacitada judicialmente, deje por escrito no sólo cómo desea que se organicen los asuntos relativos a su persona y sus bienes, sino que además designa a la persona que desearía que fuese su tutor legal si eso sucediese.

LH n.326

4. Testamento vital. Permite a los ciudadanos dejar por escrito las instrucciones a tener en cuenta por el personal médico, incluida la aceptación o el rechazo de determinados procedimientos terapéuticos, de encontrarse en una situación que no le permita expresar un consentimiento informado.

5. Renta vitalicia. Una persona cede a otro u otras la propiedad de uno o varios bienes (muebles o inmuebles) a cambio de una cantidad de dinero o pensión hasta su fallecimiento. Suelen pactarse entre padres mayores y los hijos que les asisten o los que les cuidan.

6. Hipoteca inversa. El dueño de un inmueble constituye sobre él una hipoteca y, a cambio, recibe por el tiempo que se haya fijado una cantidad en concepto de préstamo. Cuando fallezca, sus herederos pueden pagar la deuda generada o vender el inmueble y recibir la diferencia entre el valor de venta y lo recibido por el préstamo debido.

7. Testamento mancomunado y/o pacto sucesorio. Especialidad testamentaria en Aragón para instituirse recíprocamente herederos, entre cónyuges o entre terceros, familiares o no.

Importante el pacto sucesorio para legar bienes en concepto de legítima a los hijos si autorizan al viudo supérstite la posibilidad de vender la vivienda habitual u otros bienes, en caso de absoluta necesidad vital, con derecho hereditario sobre el resto del caudal relicto subsistente al fallecimiento del último causante.



02/9

Programa Soledad, un toque de atención en el corazón juandediano.

Francisca Palmero,
Directora de Enfermería.
Hospital San Juan de Dios. Zaragoza.

El día 23 de noviembre de 2019, dentro de los actos organizados para la Pastoral de la Salud de las diócesis de Aragón y la Rioja, en la Casa de la Iglesia de Zaragoza, tuvimos la oportunidad de dar a conocer el programa “Soledad, un toque en el corazón juandediano”.

Este programa se inició en Zaragoza con sus primeros pasos para su posterior desarrollo dentro de la Provincia de Aragón-San Rafael de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios.

El programa “Soledad, un toque en el corazón juandediano” es una iniciativa que nace de una serie de reuniones donde se reflexiona sobre la centralidad de nuestros proyectos en las personas atendidas en nuestros centros y son fruto de la sensibilidad de nuestros profesionales que trabajan en “open” tal y como recomienda San Juan de Dios en su testamento:

“...Os invito a que tengáis abiertos los ojos y dejéis que entre en vuestro corazón la situación de tantos hombres, mujeres y niños que viven de manera infrahumana, no tienen posibilidad de ser tratados dignamente si enferman y mueren por falta de alimentos o yacen inmensamente solos en hospitales muy sofisticados...”¹

Para ello, tenemos en cuenta principalmente tres aspectos que son de vital importancia en todos los ámbitos de la atención, sean sanitarios (hospitales, centros de atención sanitaria), sociosanitarios (hospitales de convalecencia, hospitales de día, geriátricos..) o sociales como albergues o programas de atención especial (entrega de mantas, medicamentos ...). Las tres líneas a las que nos referimos son:

- **La centralidad** (orientar nuestra atención en la persona atendida)
- **La atención integral.** Valorar para atender todos los aspectos del ser humano, físico,

1. Riesco Alvarez, V. Y Dios se hizo Hermano. Vida de San Juan de Dios. 1994. Editorial San Pablo. Madrid.

psicológico, emocional, social y espiritual

- **Especial atención a los más vulnerables.** Tener siempre los ojos abiertos a la vulnerabilidad y fragilidad.

1/

Presentación del programa.

1. Seguimiento y participación

Desde el inicio en el año 2017 de un grupo de enfermeras que incorporaron al seguimiento de los pacientes la atención a situaciones de soledad, observables tras valoración enfermera con la metodología del modelo de Cuidados de Virginia Henderson.

Los datos y sus conclusiones se van informando a la Provincia

2. Proyecto de la Provincia.

En febrero de 2018, dentro del grupo de Atención Integral se nos encarga el desarrollo de un Proyecto que incluya a todos los ámbitos de atención de la Provincia y desarrolle una línea de trabajo o actuación para detectar y paliar en la medida de lo posible situaciones de soledad no deseada o

3. Desarrollo Proyecto.

Se inicia con:

- Revisión del concepto de soledad y su influencia en el estado de salud

- Análisis global de la situación y previsión de evolución de personas mayores en Europa y en las distintas Comunidades.

Relación de la edad y soledad, tanto de la soledad objetivable como aquella que precisa valoración, escalas validadas etc.

- Puesta en marcha de estudios específicos en los centros de atención.

- Estudio de resultados en
 - Zaragoza Hospital de Convalecencia y RHB
 - Palma de Mallorca Hospital de Agudos y Convalecencia y RHB
 - Sociosanitarios (Esplugues, Barcelona)
 - Parc Sanitari (Sant Boi, Barcelona)

- Actuaciones y estudios actualmente en marcha en los distintos ámbitos. Se estudia:

- Determinar población diana de pacientes que viven solos y pacientes con diagnóstico de Soledad. Riesgo de Soledad

- Valoración de la puesta en marcha de programa de Actividades para paliar la Soledad diagnosticada

- Conclusiones y posibles actuaciones a trabajar elaboradas dentro del grupo de Atención Integral San Juan de Dios, para facilitar la detección, prevenir y atender las situaciones de soledad.

4. Difusión del estudio.

Dar a conocer nuestro trabajo en ámbitos sociales, sanitarios y espirituales o religiosos.

5. Fin del proyecto junio 2020

Presentación proyecto final “Proyecto Soledad. Un toque en el corazón juandediano” y puesta en marcha de las conclusiones.

6. Colaboración con grupo de Justicia de Aragón 2018-2019

Conclusiones presentadas por el Justicia en las Cortes de Aragón.

LH n.326

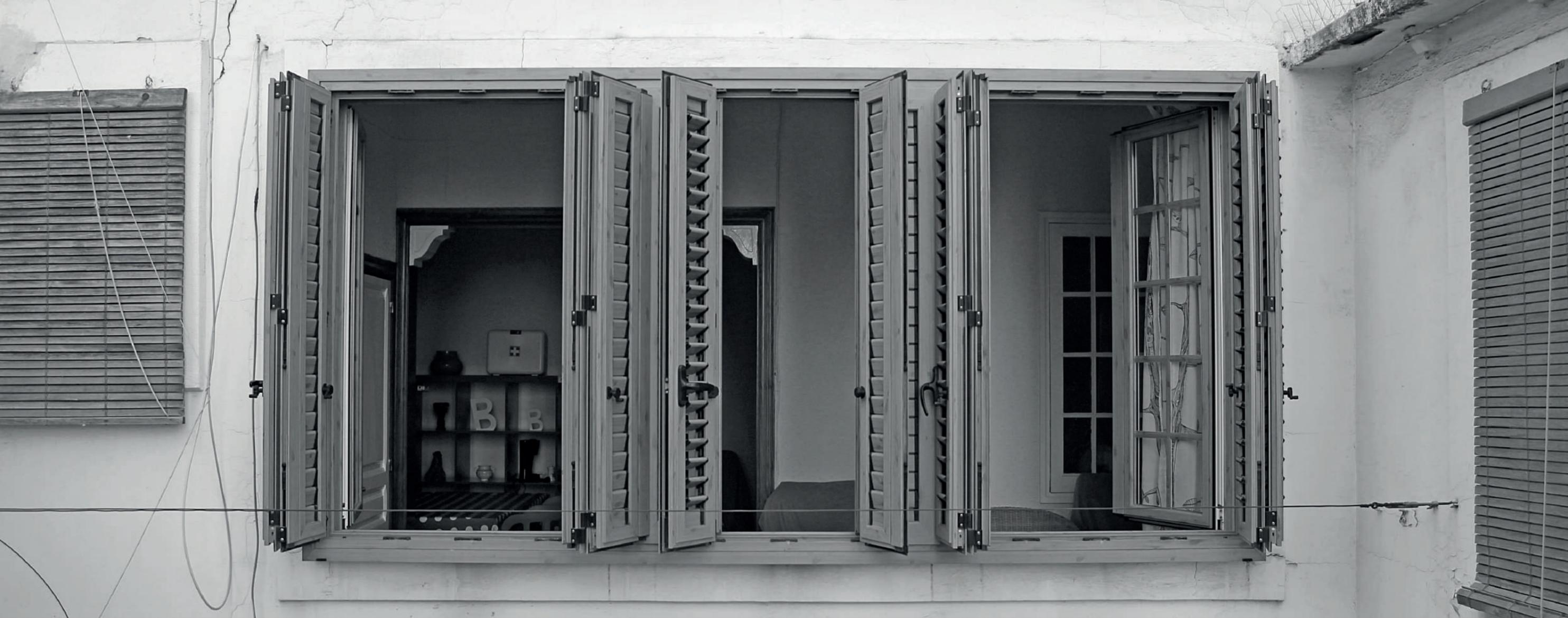
2/

Conclusiones preliminares.

- Necesidad de diferenciar tipos soledad y necesidades.
- Contar con todos los profesionales, para ello compartimos el proyecto Soledad
- Necesidad de sensibilizar ante este problema, generando y desarrollando estrategias de prevención y control de la soledad
- Detectar población de riesgo. Incidir sobre la importancia de este problema en los mayores
- Reflexionar sobre los retos que supone poder actuar y colaborar desde el ámbito asistencial para paliar el sentimiento de soledad.
- Apoyar con actividades en centros de salud, hospitales, parroquias, movimientos y asociaciones vecinales, etc...
- Fomentar el desarrollo de redes de apoyo

Como ejemplo, hablamos más largamente del proyecto en Zaragoza, al ser el más cercano a nosotros y para el que contamos con un grupo de trabajo que recoge el compromiso de 280 profesionales, el Servicio de Atención al Usuario, el Servicio de Atención Espiritual y Religiosa y de 130 Voluntarios. Pudimos debatir las actuaciones más relevantes orientadas a fomentar las relaciones entre iguales, buscando actividades que faciliten el conocimiento y apoyo mutuo como línea de actuación. Agradezco sinceramente la oportunidad de dar a conocer, a los equipos de Pastoral, este proyecto que forma parte de la atención holística que claramente es el objetivo de los Centros dentro de la Institución de San Juan de Dios.





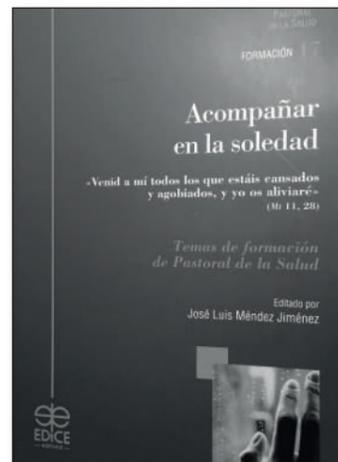
10/Recursos

01/10

Bibliografía sobre soledad.

Biblioteca Provincial San Juan de Dios,

Acompañar la soledad.
Formación. Pastoral de la salud nº17.
Madrid. Edice Editorial. 2019



Benasayag, M.
Nunca más solo, el fenómeno del móvil.
Arganda del Rey (Madrid):
La Oveja Roja; 2007

Brothers, J.
Vivir sin él: cómo superar el trauma de la soledad. Barcelona: Grijalbo; 1992

Crane, J.
Último sábado de soledad.
Barcelona: Ediciones La Cúpula; 2016

Elias, N.
La Soledad de los moribundos.
México: Fondo de Cultura Económica; 1987

Falk, F. A.
Yo sola: el arte de ser una mujer sola.
Barcelona: Granica; 2008

Gándara, J.
Envejecer en soledad: repercusiones psicopatológicas de la soledad en los ancianos.
Madrid: Popular; 1995

Gordon, G.
Solitude and compassion: the path to the heart of the góspel.
Maryknoll, N.Y.: Orbis Books; 2009

Hirigoyen, MF.
Las Nuevas soledades: el reto de las relaciones personales en el mundo de hoy.
Barcelona: Paidós; 2008

Irimia, P.
Superando la soledad: la educación de la persona con discapacidad intelectual.
Madrid: Fundamentos; 2006

Martínez, R. y Celdrán, M.
La Soledad no tiene edad: explorando vivencias multigeneracionales.

Barcelona:
Amics de la Gent Gran; 2019

Millás, J. J.
La Soledad era esto. Barcelona: Destino; 2003

Morey, M.
Pequeñas doctrinas de la soledad.
Madrid: Sexto Piso; 2007

Pinazo, S. y Donio, M.
La Soledad de las personas mayores: conceptualización, valoración e intervención.
Madrid: Fundación Pilares; 2018

Rodríguez Olaizola, J. M.
Bailar con la soledad.
Madrid. Sal Terrae. 2019

Skliar, C.
Escribir, tan solos: una biblioteca de la soledad: (breves ensayos sobre la literaria soledad).
2a ed. Madrid. Mármara Ediciones. 2017

Torralba, F.
L'art de saber estar sol.
Lleida. Pagès Editors. 2009

Ussel, J.L. de.
La Soledad en las personas mayores: influencias personales, familiares y sociales: análisis cualitativo.
Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2001

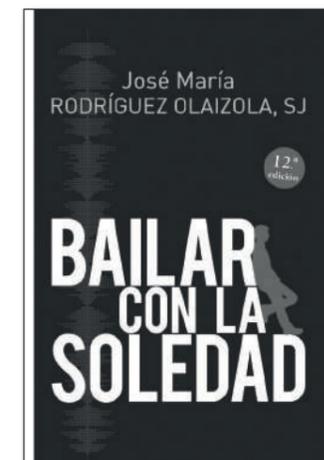
Valtier, A.
La Soledad en pareja: islas del sentimiento amoroso.
Barcelona. Paidós. 2004

Viel, S.
La Soledad existencial al final de la vida [tesis doctoral]
Barcelona. Universitat Autònoma de Barcelona. 2019

Wlodarek, E.
¿Por qué estoy solo?: Estrategias para estar bien acompañado.
Barcelona. Grijalbo Mondadori. 2000

Recomendación bibliográfica:
Hno. José Luis Fonseca

Rodríguez Olaizola, J. M.
Bailar con la soledad.
Madrid. Sal Terrae. 2019



Yo diría que este es un libro de obligada lectura en esta sociedad nuestra tan intercomunicada y al mismo tiempo con tanto sentimiento de soledad. Como muy bien dice el autor, **José María Rodríguez Olaizola**, necesitamos el silencio para el encuentro verdadero como seres humanos y corremos el riesgo de quedarnos en la superficialidad que no nos permite ninguna de las cosas ni habitar la soledad ni enriquecer el encuentro humano.

LH n.326

El libro contiene cuatro apartados donde el autor desgana diferentes modos de poder mirar de frente y ver la soledad desde la inoportunidad de la misma hasta su necesidad para enriquecer los encuentros humanos y que sean de verdad encuentros de personas en la diversidad que somos cada uno.

Para ello, invita a reflexionar sobre las tensiones humanas que se viven entre la cercanía y la necesidad de distancia para ser uno mismo en las paradojas de encuentro y separación, afecto y frialdad, caricia y lejanía, compromiso e indiferencia. Y en toda esa experiencia de recorrido no podemos olvidar nunca que el caminar por la vida en sí mismo ya tiene muchos rostros y es un acontecimiento solitario e individual que nadie puede hacer por mí. La soledad es un lenguaje que nos habla de amor y otras de fracaso. Otras de limitación y cansancio, de competitividad, de culpa de inseguridad y hay además una larga lista de posibilidades en su aparición en la vida.

La soledad también nos examina de nuestro modo de relacionarnos, es decir, si lo hacemos desde el interés, el trabajo, la diversión, el ocio, la atracción, el deseo, la necesidad, la rutina, pero después de todos estos modos podemos y seguramente debemos cuestionarnos ¿dónde está el lugar y el tiempo para lo más personal, lo más íntimo? Afirma el autor que uno de los aprendizajes más complejos hoy en día es encontrar el tiempo de calidad para la construcción de relaciones más sólidas y llegar a las conversaciones profundas. ¿Por qué no oímos opiniones más cautelosas, más matizadas, más razonadas, más complejas? Porque nuestro mundo da altavoces a los extremismos y a los estridentes.

“Una de las mayores pobreza de la cultura actual es la soledad fruto de la ausencia de Dios en la vida de las personas y de la fragilidad de las relaciones” (Del Sínodo de la familia).

Hay una soledad hecha de expectativas incumplidas, de sueños frustrados, de anhelos que no terminan de colmarse y, por tanto, cuando eso que se espera no termina de llegar, toca procesarlo en soledad. También hay mucho espacio de soledad en nuestra vida cuando las relaciones se construyen desde la utilidad y no dese la gratuidad.

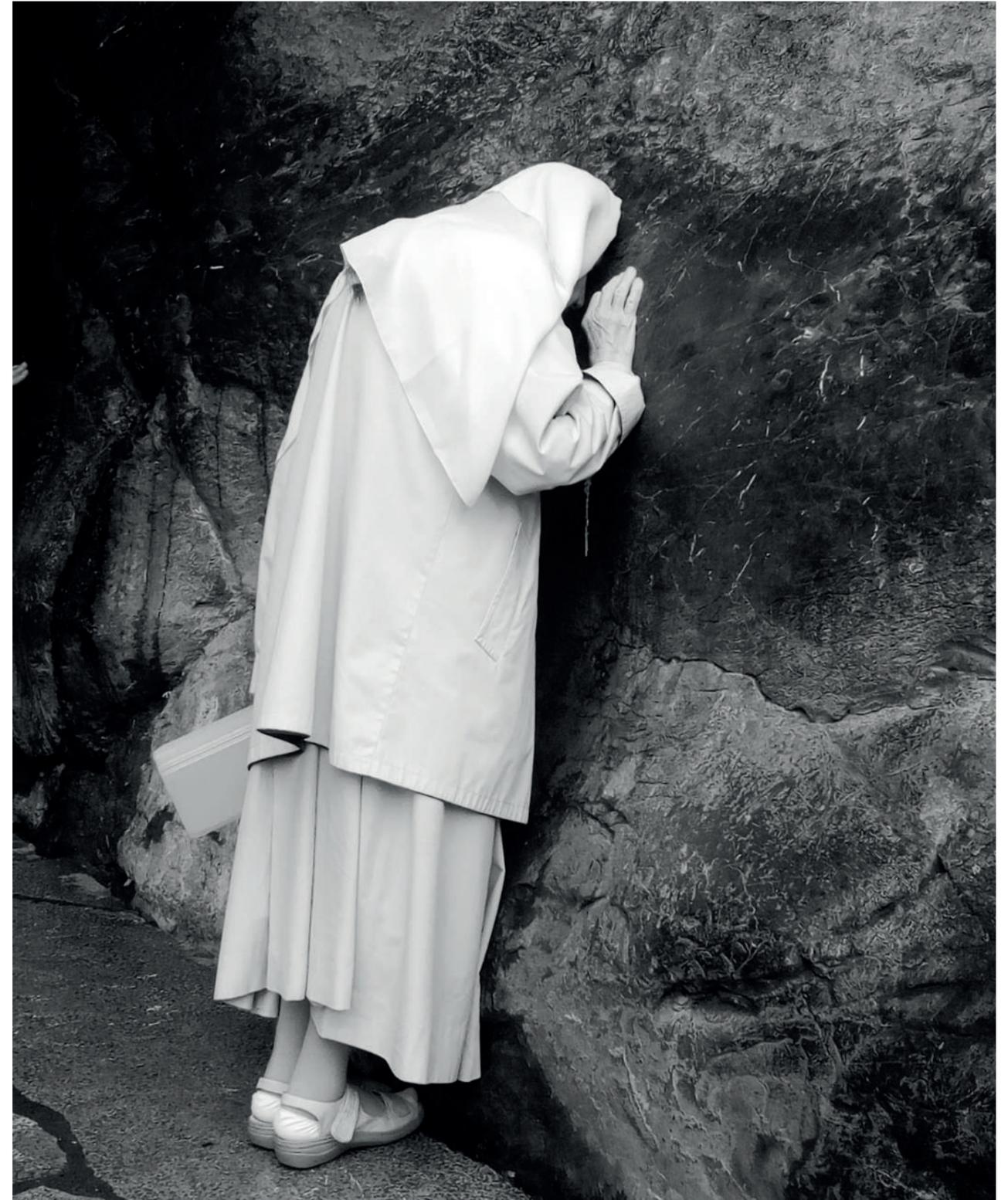
La experiencia del fracaso puede ser muy solitaria.

Cuando miramos la muerte con serenidad nos enseña muchas cosas. A celebrar cada día, a apreciar el tiempo con los seres queridos. A no dejar palabras sin decir y a relativizar y no considerar problemas muchas cuestiones que realmente y objetivamente no lo son.

Por todo ello, es bueno que aprendamos a tratarnos en el roce cotidiano, a convivir en la serenidad en las tensiones del día a día; a saber vivir los momentos de celebración y éxito, pero también saber vivir en los momentos de fracaso y de miedo.

Una gran virtud que nos sitúa bien en la vida es la gratuidad, es la disposición a poner y darse, sin exigir nada a cambio.

El autor nos hace una buena propuesta y es la de que hablemos a Dios desde donde estamos y desde lo que somos; desde la alegría y gozo de unos momentos y desde las realidades de tener el corazón encogido y dolorido en otros.



02/10

La soledad en el cine.

Juan Manuel Bajo Llauradó,
Máster en Gerontología Médica y Psico-social.
Delegado de la Pastoral de la Salud de Tortosa.

La soledad del ser humano ha estado y está presente innumerables páginas de la literatura, en infinidad de obras de arte y de importantes producciones cinematográficas. Es un tema recurrente en el cine y de gran actualidad que ha sido elegido por la pastoral de la salud para afrontarlo en la **Campaña del Enfermo 2020**.

El cine no solo se analiza la soledad física del ser humano, sino sobre todo la soledad existencial. Es un tema transversal en muchas películas que denota la sed de saciar la respuesta a esta cuestión profunda del ser humano.

El cine nos muestra a menudo cuáles son las causas y consecuencias de la soledad. Abordamos el tema en tres bloques. Profundizaremos en el mismo repasando de manera sucinta algunos ejemplos filmicos de los últimos años.

1/

La soledad como situación angustiosa del ser humano.

No todo el que está rodeado de gente está verdaderamente acompañado; a veces el que a simple vista nos resulta solitario es en realidad el líder de un grupo de personas. Podemos desde esta simple experiencia citar películas que ilustran este vasto espectro de la soledad: la soledad imperiosa impuesta por la realidad circunstancial del ser humano se expresa en la película **“Naufrago” (2006)** de **Robert Zemeckis**. El protagonista después de sufrir un accidente aéreo y luchar titánicamente por subsistir en una isla completamente solo y vencer la tortura de la soledad, arriesga su vida adentrándose mar adentro para sobrevivir. La necesidad de vencer esta soledad existencial en este mundo tan hiperconectado e hipercomunicado y líquido, aparece también en **“Her” (2013)** de **Spike Jonze**, donde se ve la interrelación que se establece entre un ser solitario y una máquina que depende de una inteligencia artificial.

2/

La soledad de diferentes situaciones del ser humano.

La situación de soledad se expresa en diferentes situaciones -que afectan a los seres humanos- propiciadas por diversos motivos, políticos, sociales, culturales o por cuestiones personales y sentimentales. Ejemplo de ello son **“Taxi driver”**

(1975) de **Martin Scorsese** y **“El circo de las mariposas” (2009)** de **Joshua Weigel**. Se observa la soledad como síntoma de la vulnerabilidad del ser humano ante una sociedad que no acepta tal condición y que le estigmatiza como efecto de alienación social o como una irresolución de estados emocionales complejos provocados por la propia sociedad.

La soledad aparece también como resultado de situaciones que afectan a la persona como un elemento catártico y necesario para encontrarse a sí mismo: dilemas humanos, dudas, angustias, indecisiones e injusticias que experimenta el ser humano. Citamos tres que producen heridas muy profundas: el amor, la enfermedad y la muerte. La convivencia de dichas situaciones con la soledad aparece en **“C’est la vie” (2013)** de **Jean-Pierre Améris**, en la que el protagonista experimenta la experiencia de la soledad ante estas tres heridas.

Pero vamos a centrarnos en la soledad que se experimenta en la enfermedad y en las diferentes etapas vitales del ser humano:

- **Soledad y enfermedad en el hospital y el domicilio.** Quizás la cinta que ilustra mejor la soledad y la desolación es **“Amar la vida” (2001)** de **Mike Nichols**. La protagonista siente la soledad al pasar los días en el hospital rodeada de personas con un trato especial pero sin nadie con quien realmente conversar. Llega a decir con cierto aire de tristeza: **“Me siento aislada, no por el cáncer, sino por el tratamiento del cáncer”**. Para la experiencia de soledad en el domicilio proponemos **“Elegir un amor” (1991)** de **Joel Schumacher**. El cuidador se da cuenta que todo lo externo y lo cómodo y confortable de la casa propia no ayuda a encontrar la ayuda necesaria para vencer la soledad que produce la enfermedad.

- **Soledad en la infancia y la adolescencia.** Referimos aquí dos películas cuyos personajes centrales son niños, con distintas edades, que a través de sus ojos nos ofrecen la visión de sus familias o de la sociedad en que se desenvuelven,

y la reflexión sobre esa situación vital y la soledad les golpea: Una es **“Cartas a Dios” (2009)** de **Eric-Emmanuel Schmitt**, donde se trata una situación especialmente dura: la enfermedad y la muerte de un niño de corta edad. Esta situación provoca al protagonista una auténtica sensación de vacío y soledad de todo y de todos. Mamie Rose le ayudará a abrirse, a adaptarse a la enfermedad y a la muerte a través de un simple juego. La otra es **“Planta 4ª” (2003)** de **Antonio Mercero** que refleja la soledad en esta etapa vital. Un grupo de adolescentes forma parte de un microcosmos muy especial, la planta de traumatología de un hospital (4ª planta).

A lo largo de la cinta van descubriendo la importancia de la amistad y la pertenencia a un grupo. Pero también hace aparición a lo largo de su estancia la soledad pretendidamente autosuficiente de ellos a lo largo de su proceso hospitalario y encuentran en el humor la fuerza vital para sortear su suerte en ese microcosmos.

- **Soledad y la persona mayor.** Quizás sea en este colectivo donde se exponen de manera más reflexiva las causas e implicaciones de la experiencia de soledad que sobreviene a todo ser humano al llegar a la ancianidad. La primera es **“Fresas salvajes” (1975)** de **Ingmar Bergman**, que refleja el viaje hacia la soledad al llegar a esta edad. El recuerdo es lo único que queda, porque es lo único real que se ha tenido y que ahora se escapa de las manos.

La segunda es **“Arrugas” (2011)** de **Ignacio Ferreras** que reflexiona sobre la soledad del mayor cuando enferma en una sociedad donde no hay cabida para ellos. La persona mayor ha dejado de ser un referente en una sociedad deshumanizada. Hay falta de empatía y sensibilidad, cuando uno tiene que vivir la soledad hospitalizado o ingresado en un centro gerontológico, por no decir una imposibilidad de mantener una comunicación auténtica. Ambos films llevan a la reflexión de decidir cómo se gestiona la soledad en la persona mayor. ¿Qué es más adecuado: ser solitario o vivir sólo en compañía?

3/

Acompañar la soledad.

A veces la soledad nace de no verse uno bien, de no saberse reconocer, de levantar muros para estar en guardia. La función de los que acompañan a las personas en la soledad es ayudarles a abrir la puerta a la posibilidad del encuentro consigo mismo, como **purificación del “yo”**. En **“Hacia rutas salvajes” (2007)** de **Sean Penn**, un joven hastiado del mundo que ha sido empujado a vivir, deja sus posesiones y sus ahorros a la beneficencia y abandona el mundo civilizado con rumbo a la salvaje Alaska para entrar en contacto con la naturaleza y descubrir el verdadero sentido de la vida.

El acompañar aparece como remedio de la tristeza y la enfermedad en **“Siempre Alice” (2014)** de **Richard Glatzer** y **Wash Westmoreland**. Esta cinta refleja el paso de la conciencia a la inconsciencia, contada a través la enfermedad del Alzheimer. Nos presenta la mirada vacía y solitaria de aquel que se enfrenta a algo desconocido y en la que nadie le puede acompañar.

La protagonista reflexiona sobre lo que representa esta durísima enfermedad. Es una bonita reflexión sobre el dolor y la soledad de esta enfermedad, y resulta alentador que la única palabra que permanece y no desaparece es **“amor”**.

Acompañar la soledad de los mayores. Las personas que envejecen en solitario tienen más riesgo de sufrir soledad y esta experiencia psicológica compromete su calidad de vida y su envejecimiento activo y saludable.

Dicha experiencia se refleja en la soledad y la inadaptación de la persona mayor en la sociedad contemporánea, y la necesidad que tienen para salir de esa triste situación. Se propone la apertura al otro como soledad compartida.

Esta realidad se ve en el acompañamiento que hacen mutuamente los protagonistas de **“Mi amigo Mr. Morgan” (2014)** de **Sandra Nettelbeck**. Un profesor de filosofía retirado y no adaptado a la soledad de todas las circunstancias vitales que le han acontecido conoce una joven parisina. De pronto sus vidas cambian, y nos permite comprender las decisiones que toman los protagonistas al visibilizar las emociones y los valores que les hacen progresar, en su entorno y circunstancias concretas.

Para acompañar al **final de la vida** hay que ser capaz de enfrentarse a los propios miedos ante la muerte. Sólo así se puede afrontar dicho acompañamiento de calidad y facilitar una comunicación auténtica. Aprender a morir implica aprender a vivir. Y eso se hace desde uno mismo.

Las creencias espirituales son importantes para afrontar el final de la vida. El acompañamiento al que muere es un viaje que transforma profundamente, humaniza, es una fuente de sabiduría. Implica ser honestos con el otro, acompañando desde la Verdad. Esto es lo que nos transmite la escena de la muerte de Aniello, un niño de la calle en los brazos del **Dr. Moscati** en la playa de Nápoles, en el film **“Moscati, el médico de los pobres” (2007)** de **Giacomo Campiotti**.

Hay películas más atrevidas que nos invitan a reflexionar sobre la soledad y a manejarla con destreza; sugieren la necesidad de acudir a acompañarla desde la esperanza, y desde la óptica cristiana, como trascendencia. En los cinco primeros minutos de **“La La Land” (2016)** de **Damien Chazelle**, la letra de la banda sonora nos traslada a romper la armonía monótona de la sociedad actual desde el sueño de la vida para que nuestra vida tan efímera y líquida tenga algún halo de sentido y esperanza.



LH

HUMANIZACIÓN, PASTORAL Y ÉTICA DE LA SALUD
www.sanjuandedios.net

