



Dimensiones y factores de la soledad no deseada de personas mayores en la ciudad de Córdoba.

Estudio exploratorio para el
desarrollo de políticas locales



Autoridades

Intendente de la Ciudad de Córdoba

Med. Esp. Daniel Passerini

Secretario de Salud

Med. Esp. Ariel Aleksandroff

Secretario de Políticas Sociales

Lic. Raúl La Cava

Director Ejecutivo del IPLAMU

Mgtr. Juan Carlos Mansilla

Subsecretario de Salud Mental y Adicciones

Lic. Lucas Torrice

Subsecretaria de Bienestar Integral

Mgtr. Marcela Marramá

Subsecretaria de Familias y Desarrollo Comunitario

Lic. Cristina Nallino

Director de Epidemiología y Coordinador del Observatorio de Salud Mental y Adicciones

Mgtr. Diego F. Ruiz

Asesor Principal

Dr. Carlos Presman (U.N.C.)

ESTUDIO EXPLORATORIO

OBSERVATORIO DE LA SOLEDAD NO DESEADA

Director

Mgtr. Juan Carlos Mansilla

Coordinación General del Estudio

Mgtr. Diego F. Ruiz

Coordinación Metodológica y Análisis

Lic. M. Lucrecia Meossi Lujan

Coordinación del trabajo de campo

Mgtr. Diego F. Ruiz / Lic. M. Lucrecia Meossi Lujan

Recolección de datos de campo: Aplicación de encuestas y coordinación de grupos focales

Encuestadores Principales:

Luciana Arquero

Lic. Emilia Pasan

Med. Malena Torres

Lic. Eva Schiaffino

Colaboradores:

Lic. Lorena Diaz

Lic. Carolina Bonetto

Lic. Romina Pedernera

Lic. Roxana Roldan

Lic. Silvia Alberione

Lic. Gabriela Gallardo

Arq. Sandra Rozas

Prof. Gabriela Pauli

Lic. Gabriela Fiora

Dr. Mauricio Mellone

Soledad Esteve de Lorenzi

Procesamiento y análisis de datos cuantitativos:

Biq. Alicia Diaz

Tec. Helios Garcia Dolz

Lic. Maria Lucrecia Meossi Lujan

Lic. Santiago Soto

Procesamiento y análisis de datos cualitativos:

Lic. Emilia Pasan

Redacción del informe:

Lic. M. Lucrecia Meossi Lujan

Lic. Santiago Soto

Mgtr. Diego F. Ruiz

Mgtr. Juan Carlos Mansilla

Agradecimientos Institucionales

El desarrollo del trabajo de campo fue posible gracias a la colaboración de una diversidad de espacios institucionales, comunitarios, socioeducativos, sanitarios y de cuidado de la ciudad de Córdoba. Agradecemos especialmente a las instituciones, programas y equipos que facilitaron el acceso al territorio, acompañaron la convocatoria y promovieron la participación de las personas mayores relevadas.

Entre los espacios participantes se incluyen:

- Programa Circuito Mayor, Secretaría de Salud y Secretaría de Políticas Sociales y Desarrollo Humano, Municipalidad de Córdoba, en centros vecinales, organizaciones comunitarias, CIC, espacios públicos y espacios comunitarios informales.
- Centro de Participación Comunal —CPC— de barrio San Vicente, Municipalidad de Córdoba.
- Dirección de Atención Primaria de la Salud —DAPS—, Secretaría de Salud, Municipalidad de Córdoba.
- Centro de Salud N.º 57 de Argüello, Secretaría de Salud, Municipalidad de Córdoba.
- Hogar Padre La Mónaca, Secretaría de Salud, Municipalidad de Córdoba.
- Centro Municipal de Salud Mental Tramas, Secretaría de Salud, Municipalidad de Córdoba.
- Programa Universidad para Adultos Mayores Integrados —UPAMI—, Universidad Nacional de Córdoba.
- Programa Bienestar, Universidad Provincial de Córdoba.
- Programa Comenzar, Facultad de Educación, Universidad Católica de Córdoba.
- Programa +65, Dirección de Asistencia Social del Personal Universitario —DASPU—.
- PAMI, consultorios clínicos y médicos de familia.
- Sanatorio Privado Morra.
- Clínica Privada Saint Michel.
- Centro de Neurorrehabilitación y Neuropsicología —CNR—, Sanatorio Allende.
- Secretaría de inclusión de personas, Secretaría general de Salud y Desarrollo Humano.
- CEPRAM (Centro de promoción del adulto mayor)

Agradecemos especialmente al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo —PNUD Argentina— y a su Laboratorio de Aceleración —Co_Lab— por sus aportes, recomendaciones y acompañamiento durante distintas instancias del estudio.

Índice

Índice	
Palabras preliminares	8
Presentación del estudio	9
Resumen ejecutivo	12
Sección 1. Enfoque conceptual, reconocimiento institucional y evidencia disponible sobre soledad no deseada	15
1.1. La Soledad no deseada como problema público emergente	16
1.3 Enfoque conceptual de la soledad no deseada	17
1.4 Soledad no deseada y aislamiento social: distinciones conceptuales	20
1.4. Dimensiones de la soledad no deseada	21
1.4.a Dimensión subjetiva y emocional	22
1.4.b Dimensión social y vincular	22
1.4.c Dimensión económica y material	23
1.4.d Dimensión territorial y de accesibilidad	23
1.4.e Dimensión digital	23
1.5 Antecedentes internacionales, nacionales y locales	24
SECCIÓN 2. Metodología del estudio	26
2.1 Diseño del estudio	26
2.2 Población de estudio	27
2.3 Estrategia de muestreo	28
2.3.a Caracterización sociodemográfica de la población encuestada	29
2.3.b Distribución geográfica del muestreo	30
2.4 Componentes del estudio	31
2.4.a Componente cuantitativo	32
2.4.b Componente cualitativo	32
2.5 Objetivos	33
2.5.a Objetivos específicos cuantitativos	33



2.5.b Objetivos específicos cualitativos	34
2.5.b Instrumentos de recolección	34
2.5.c Encuesta estructurada	34
2.5.d Escala de Soledad UCLA	35
2.5.e Escala de Redes Sociales de Lubben — LSNS-6	35
2.5.f Guía de grupos focales	36
2.6 Definiciones operativas	37
2.7 Procedimiento de recolección	39
2.8 Consideraciones éticas	39
2.9 Limitaciones del estudio	40
2.10 Estrategia de análisis de la información	41
SECCIÓN 3. Resultados cuantitativos	42
3.1 Soledad percibida según la Escala UCLA	42
3.1.1 Soledad percibida según la Escala UCLA: análisis por variables sociodemográficas	43
3.1.1.a Soledad no deseada por rangos etarios	44
3.1.1.b Soledad no deseada según Género	45
3.1.1.c Soledad no deseada y niveles educativos	46
3.1.1.e Soledad no deseada según la situación convivencial y composición del hogar	50
3.1.2 Soledad no deseada según maneras de movilizarse	52
3.1.3 Uso de dispositivos tecnológicos y sentimiento de soledad no deseada	53
3.2 Riesgo de aislamiento social según la Escala Lubben —LSNS-6	55
3.2.1 Riesgo de aislamiento social y redes de apoyo según la Escala Lubben —LSNS-6—: análisis por variables sociodemográficas	56
3.2.1.a Rangos etarios y aislamiento social	57
3.2.1.b Género y aislamiento social	58
3.2.1.c Aislamiento social según niveles educativos	59
3.2.1.d Aislamiento social según la situación previsional, de ingresos y trabajo	60
3.2.1.e Aislamiento social según situación convivencial y composición del hogar	63
3.2.2 Maneras de movilizarse y aislamiento social	65
3.2.3 Uso de dispositivos tecnológicos de comunicación y aislamiento social	66
3.3 Soledad No Deseada alta y moderada con Riesgo Alto de aislamiento social	68
3.3.a Soledad no deseada con alto riesgo de aislamiento social según rango etario	70
3.3.b Relación de género en la soledad no deseada con alto riesgo de aislamiento social y el género	71
3.3.c Niveles educativos y la convergencia soledad no deseada con riesgo de aislamiento social	72
3.3.d Soledad no deseada con riesgo alto de aislamiento social, según la situación previsional, ingresos y trabajo	73



3.3.e Soledad no deseada con Riesgo alto de aislamiento y la situación convivencial y composición del hogar	75
3.3.f Soledad no deseada con riesgo de aislamiento y las maneras de movilizarse	76
3.3.g La soledad no deseada con riesgo de aislamiento y el uso de dispositivos electrónicos y digitales de comunicación	77
3.3.h Distribución geográfica porcentual de la soledad no deseada con alto riesgo de aislamiento	78
Sección 4. Resultados cualitativos	80
4.1 Dimensión subjetiva y emocional	80
4.2 Dimensión social y vincular	82
4.3 Dimensión territorial y de accesibilidad	84
4.4 Dimensión Digital	86
4.5 Dimensión económica y material	88
Sección 5. Integración de hallazgos	90
5.1 Convergencias entre soledad percibida, aislamiento social y experiencias cotidianas	91
5.2 Situaciones de mayor vulnerabilidad relacional	92
5.3 Factores protectores y recursos de afrontamiento	94
5.4 Soledad no deseada como problema público local	96
Conclusiones	97
Orientaciones para profundizar la estrategia municipal de reconexión social	98
6.1 Consolidar redes comunitarias y espacios de participación significativa	99
6.2 Mejorar la articulación y el acceso a servicios y dispositivos de cuidado	99
6.3 Profundizar estrategias de inclusión digital con acompañamiento presencial	99
6.4 Potenciar intervenciones territoriales y comunitarias de proximidad	100
6.5 Fortalecer dispositivos de detección temprana, orientación y seguimiento	100
6.6 Ampliar acciones de sensibilización y desestigmatización	100
6.7 Desarrollar conectores sociales a partir de actores comunitarios existentes	101
6.8 Consolidar una red interinstitucional para el abordaje de la soledad no deseada	101
Referencias bibliográfica	102
Anexos	104
Anexo I. Instrumento de recolección de datos cuantitativos	104
Anexo II. Guía de grupos focales	120
Características generales de los grupos focales	121
Registro y análisis de la información	122
Consideraciones éticas	122



Palabras preliminares

Como Intendente de la ciudad de Córdoba, me produce una gran satisfacción presentar este informe, que aporta un conocimiento vital para comprender mejor la realidad de nuestra querida ciudad. Esta gestión decidió incorporar la “soledad no deseada” en la agenda pública porque entendemos que el bienestar de una comunidad no se mide solo en cifras, sino en la calidad de los vínculos que nos unen.

La estructura social de Córdoba está cambiando. Nuestra ciudad crece, envejece y se renueva, transformando profundamente el modo en que nos relacionamos. Hoy conviven: nuevas configuraciones familiares, un aumento de personas que viven solas, adultos mayores con redes afectivas debilitadas y jóvenes que, a pesar de la hiperconectividad digital, enfrentan dificultades para construir vínculos profundos. La soledad y el aislamiento han dejado de ser asuntos estrictamente privados; son realidades que dejan huellas concretas en la salud pública y en la convivencia ciudadana.

Gobernar es mirar a las personas. El municipio no puede, ni debe, ser indiferente ante este sufrimiento subjetivo. Una ciudad no se gobierna solamente administrando servicios o ejecutando obras; gobernar es, ante todo, reconocer lo que les pasa a los vecinos en silencio. Uno de nuestros desafíos es mirar a las personas a los ojos, conocer sus necesidades reales y ser parte de la solución gobernando para todos, poniendo un esfuerzo especial en los más vulnerables. En una época que a veces nos empuja al individualismo extremo, llevamos las palabras del Papa Francisco como un objetivo y una misión: “Nadie se salva solo”. Es en la comunidad, en el encuentro con el otro, donde encontramos nuestra verdadera fortaleza.

La soledad no deseada es un malestar silencioso que enferma y debilita la vida en común. Por eso, impulsamos desde nuestro Instituto de Planificación Municipal, junto a las distintas áreas de gobierno, este primer estudio local. No nos alcanza con la intuición: necesitamos producir evidencia científica para actuar mejor y transformar este fenómeno en políticas públicas concretas. Políticas públicas centradas en las personas. Nuestra estrategia de gobierno es clara: trabajar para reconectar y reconstruir los vínculos sociales. Integrar es acercar instituciones, barrios y generaciones. Humanizar es poner a la persona en el centro de toda planificación pública. Frente a la fragmentación, frente al abandono y frente a los discursos de odio, Córdoba elige el camino de la solidaridad y el acompañamiento, construyendo una ciudadanía donde nadie se sienta abandonado.

Daniel Passerini / Intendente de la ciudad de Córdoba

Presentación del estudio

En septiembre de 2024, la Municipalidad de Córdoba creó el Observatorio Municipal de Soledad No Deseada, como resultado de una decisión institucional y política innovadora. Su creación expresa una convicción central de esta gestión: pensar la ciudad desde una mirada integral de la persona, tal como lo plantea el intendente Dr. Daniel Passerini.

Planificar una ciudad no significa únicamente proyectar su crecimiento urbano, material o de servicios. También implica cuidar los vínculos que hacen posible la vida en comunidad, favorecer la participación ciudadana y generar condiciones para que las personas puedan encontrarse, reconocerse y sentirse parte. Una ciudad más humana no es solo aquella que crece: es aquella que cuida, conecta e integra.

La soledad no deseada fue considerada durante mucho tiempo como una experiencia íntima, privada o estrictamente personal. Sin embargo, la evidencia actual permite comprenderla como una problemática social, sanitaria y comunitaria, con efectos concretos sobre la salud física, la salud mental, el bienestar subjetivo, la autonomía, la calidad de vida y la integración social. No siempre se ve, no siempre se dice y no siempre aparece como demanda explícita; pero puede dejar huellas profundas en quienes la padecen.

Investigar la soledad no deseada implica animarse a mirar aquello que muchas veces no aparece en los registros tradicionales. A veces se expresa como tristeza, pérdida de interés, baja participación, ausencia de redes disponibles, sensación de no contar con alguien ante una necesidad o dificultad para recuperar espacios de encuentro. Por eso, producir evidencia sobre este fenómeno requiere escuchar, medir, interpretar y reconocer que detrás de cada dato hay trayectorias, vínculos, pérdidas, expectativas y condiciones sociales concretas.

Este primer estudio del Observatorio constituye un hito en la producción de conocimiento local. Permite comenzar a ponerle nombre, dimensión y contexto a un problema que muchas veces aparece como abstracto o intangible, pero que afecta de manera directa la vida cotidiana. Su valor no reside solo en producir datos, sino en transformar un malestar silencioso en conocimiento público, y ese conocimiento en una base para la acción municipal.

Para intervenir con seriedad, resulta necesario ser conceptualmente precisos. Por eso, el estudio distingue entre aislamiento social y soledad no deseada. El aislamiento social refiere a una condición más objetiva: escasez de contactos, baja frecuencia de interacción o ausencia de redes de apoyo disponibles. La soledad no deseada, en cambio, es una experiencia subjetiva: aparece cuando los vínculos existentes no alcanzan, no contienen o no ofrecen la calidad emocional, la confianza, la escucha o el sentido de pertenencia que la persona necesita.

Esta distinción es clave para la política pública. No se interviene del mismo modo frente a la falta objetiva de red social que frente a una pérdida de sentido, reconocimiento o pertenencia. Una persona puede vivir sola y no sentirse sola; otra puede estar acompañada y, aun así, experimentar una profunda desconexión. Por eso, este estudio aborda ambas dimensiones de manera articulada: la experiencia subjetiva de soledad y las condiciones concretas en las que se sostienen —o se debilitan— las redes de apoyo, participación y cuidado.

El estudio se focaliza inicialmente en personas mayores, no porque la soledad no deseada sea exclusiva de esta etapa de la vida, sino porque allí puede adquirir características particulares. Los cambios familiares, la jubilación, la viudez, la pérdida de vínculos significativos, las limitaciones de movilidad, la migración de hijos o familiares, la brecha digital y las dificultades de acceso a espacios de participación pueden debilitar las redes cotidianas de acompañamiento. Al mismo tiempo, el aumento de la expectativa de vida obliga a reconocer que existen distintas formas de envejecer y que muchas personas mayores necesitan nuevas oportunidades de participación, reconocimiento y reconexión social.

La Ciudad de Córdoba decidió incorporar esta problemática a su agenda pública desde una perspectiva anticipatoria. No se trata solamente de responder a situaciones ya consolidadas, sino de identificar fenómenos emergentes e históricamente poco abordados que requieren nuevas formas de conocimiento y nuevas respuestas institucionales. En ese sentido, este informe representa un paso importante: producir evidencia local allí donde todavía existe escasa información sistemática a nivel nacional, provincial y municipal.

Los resultados de este estudio deben orientar una agenda pública concreta. El desafío no es solo ofrecer actividades, sino acompañar procesos reales de reconexión social. Muchas personas en situación de soledad no deseada no llegan espontáneamente a un taller, un centro de día, una propuesta cultural o una actividad comunitaria. Por eso, los CPC, los centros de salud, los centros de día, las instituciones barriales, las universidades, las organizaciones sociales y los espacios culturales y deportivos pueden funcionar como radares de detección temprana y como puertas de entrada a procesos de acompañamiento.

Esta agenda también exige ampliar progresivamente la mirada hacia otras poblaciones vulnerables. La experiencia acumulada con personas mayores puede abrir el camino para estudiar y abordar la soledad no deseada en jóvenes hiperconectados pero emocionalmente solos, personas con discapacidad, migrantes, cuidadores, personas LGBTIQ+ y otros grupos expuestos a formas específicas de aislamiento, exclusión o fragilidad vincular. La soledad tiene distintas edades, rostros y causas; por eso, cada población requiere estrategias de escucha, participación y acompañamiento adecuadas.

Córdoba tiene, además, el desafío de innovar en la infraestructura del encuentro. Una plaza, una biblioteca, un centro de día, un polideportivo, un parque educativo, un centro de salud o un taller cultural pueden convertirse en puertas de regreso a la comunidad. Para ello, la ciudad debe pensar sus espacios no solo por su utilidad funcional, sino también por su capacidad de generar vínculos, reconocimiento y pertenencia.

En esa dirección, resulta necesario fortalecer capacidades comunitarias. La formación de conectores sociales o comunitarios puede ayudar a identificar situaciones de aislamiento, orientar hacia recursos disponibles y acompañar los primeros pasos de integración social. No se trata de crear una nueva figura burocrática, sino de potenciar a quienes ya están cerca de la comunidad: equipos de salud, agentes municipales, referentes barriales, cuidadores, docentes, voluntarios y organizaciones territoriales.

También será fundamental construir un recusero municipal vivo, actualizado y territorializado, que reúna talleres, clubes, centros de día, actividades culturales, deportivas, educativas, voluntariados y espacios comunitarios. No debería ser solo una lista de servicios, sino una herramienta de orientación: qué existe, dónde queda, para quién es, cómo se accede y qué tipo de vínculo puede ofrecer.

Finalmente, el Observatorio debe consolidar una línea permanente de medición, evaluación y transformación de la información en política pública. Medir la soledad no significa etiquetar personas; significa hacer visible lo que antes permanecía oculto, identificar zonas de mayor riesgo, reconocer barreras de acceso, evaluar programas y actuar antes de que el aislamiento se convierta en daño.

Este informe es, entonces, una invitación a mirar la soledad no deseada desde una perspectiva más amplia: no como un problema de personas aisladas, sino como un desafío colectivo. Fortalecer vínculos, ampliar redes de cuidado y generar condiciones para la participación social también son formas concretas de hacer salud pública, construir comunidad y defender la dignidad de las personas.

Un aspecto especialmente relevante de este proceso es la alianza entre la Municipalidad de Córdoba y la Universidad Nacional de Córdoba. La participación del Dr. Carlos Presman, docente de la UNC, expresa la importancia de articular la gestión pública local con el conocimiento académico, sanitario y humanista producido por la universidad pública. Esta cooperación fortalece la calidad del estudio, amplía su legitimidad institucional y permite que la producción de evidencia no quede encerrada en un ámbito técnico, sino que dialogue con la experiencia territorial, la formación profesional y el compromiso social universitario. En temas complejos como la soledad no deseada, la articulación entre municipio y universidad constituye una condición estratégica para transformar conocimiento en políticas públicas concretas.

Expresamos nuestro agradecimiento a la Secretaría de Salud y a la Secretaría de Políticas Sociales de la Municipalidad de Córdoba, cuyo compromiso ha sido fundamental para el desarrollo de este proyecto. Agradecemos también a las universidades asentadas en Córdoba que acompañaron este proceso, en particular a la Universidad Nacional de Córdoba, por su aporte académico, sanitario y humanista. Este estudio es resultado de una articulación intersectorial que muestra que la soledad no deseada puede y debe ser abordada desde una ciudad que planifica, cuida y conecta.

Mgter. Juan Carlos Mansilla

Director del Instituto de Planificación Municipal

Director del Observatorio Municipal de Soledad No Deseada

Mgter. Diego Francisco Ruiz

Director de Epidemiología

Coordinador del Observatorio de Salud Mental y Adicciones

Dr. Carlos Presman

Docente de la Universidad Nacional de Córdoba

Resumen ejecutivo

La soledad no deseada constituye una problemática transversal que puede afectar a personas de distintas edades, trayectorias y condiciones sociales. Se trata de una experiencia relacional vinculada con transformaciones sociales, familiares, comunitarias y territoriales más amplias, con impactos relevantes sobre la salud integral, el bienestar subjetivo, la autonomía y la calidad de vida.

En esta primera etapa, el Observatorio de Soledad No Deseada decidió focalizarse en personas mayores, por tratarse de una población especialmente relevante para el análisis de esta problemática. La evidencia internacional ha mostrado que, si bien la soledad no deseada

atraviesa distintos momentos del curso de vida, en la vejez puede adquirir características particulares vinculadas con cambios en las redes de apoyo, situaciones de pérdida, modificaciones en la participación social, autonomía cotidiana, necesidades de cuidado y formas de integración comunitaria.

Con el objetivo de caracterizar su magnitud, dimensiones y factores asociados, la Municipalidad de Córdoba llevó adelante un estudio específico en el marco de las acciones impulsadas por el Observatorio de Soledad No Deseada, en articulación con el Observatorio de Salud Mental y Adicciones. El estudio fue desarrollado de manera conjunta por el Instituto de Planificación Municipal —IPLAMU—, la Secretaría de Políticas Sociales y la Secretaría de Salud, como parte de una estrategia intersectorial orientada a producir evidencia local para la toma de decisiones.

El trabajo de campo se desarrolló entre octubre de 2024 y marzo de 2025 mediante la aplicación de 765 encuestas a personas mayores residentes en la ciudad, complementadas con la realización de seis grupos focales. Las personas participantes fueron relevadas en diversos espacios institucionales, comunitarios, socioeducativos y sanitarios, incluyendo programas municipales para personas mayores, dispositivos de salud, espacios universitarios, organizaciones territoriales y ámbitos de participación comunitaria.

Principales resultados

Según la Escala UCLA, el 57,78% de las personas encuestadas presenta un nivel moderado de soledad, el 41,18% una baja percepción de soledad y el 0,78% una alta percepción de soledad. Al igual que se observa en otros estudios internacionales sobre la temática, la expresión extrema de la soledad aparece en una proporción reducida. Sin embargo, en la ciudad de Córdoba resulta especialmente significativa la extensión de los niveles moderados de soledad percibida, lo que evidencia un malestar subjetivo ampliamente distribuido en la población relevada.

Por su parte, la Escala de Redes Sociales de Lubben —LSNS-6— permitió identificar distintos niveles de riesgo de aislamiento social. El 24,18% de la población relevada presenta alto riesgo de aislamiento social, el 31,24% se ubica en una situación de riesgo moderado o red social reducida, y el 44,31% cuenta con una red social adecuada. Estos resultados muestran que una proporción significativa de personas mayores presenta algún grado de fragilidad en sus redes de apoyo familiares, amistosas o comunitarias.

A partir del cruce entre ambas dimensiones, el estudio construyó la categoría operativa soledad no deseada con riesgo de aislamiento social, definida por la combinación entre niveles moderados o altos de soledad percibida y alto riesgo de aislamiento social. Este criterio permitió identificar que casi el 20% de la población relevada se ubica en una

situación de mayor complejidad, en la que el malestar subjetivo asociado a la soledad se articula con redes de apoyo frágiles o insuficientes.

El componente cualitativo permitió profundizar en cómo se vive y se expresa esta problemática en la vida cotidiana. Los grupos focales muestran que la soledad no deseada no se reduce a vivir solo/a ni a la ausencia física de compañía, sino que se vincula principalmente con la pérdida o debilitamiento de vínculos significativos, la falta de escucha, la ausencia de reciprocidad afectiva, el silencio del hogar, las pérdidas vitales, la jubilación, la dificultad para pedir ayuda y la sensación de no contar con alguien disponible emocionalmente.

Asimismo, los relatos evidencian que la soledad no deseada se encuentra atravesada por condiciones sociales, económicas, territoriales y digitales. Las dificultades de movilidad, el costo del traslado, la inseguridad, las barreras urbanas, la brecha digital y los ingresos insuficientes pueden limitar las oportunidades de participación social y profundizar situaciones de aislamiento. Al mismo tiempo, las redes de pares, las amistades, los espacios comunitarios, los talleres, los centros de jubilados, las actividades socioeducativas, las rutinas cotidianas y el uso acompañado de tecnologías digitales aparecen como recursos de afrontamiento y factores protectores cuando favorecen vínculos significativos, continuidad, pertenencia y reconocimiento.

En conjunto, los hallazgos permiten reconocer que la soledad no deseada constituye una problemática multidimensional, donde interactúan el malestar subjetivo, la disponibilidad de redes de apoyo, las condiciones materiales de vida, la accesibilidad territorial, la participación social y las oportunidades de encuentro comunitario. Esta lectura resulta clave para la planificación pública, ya que permite identificar escenarios de mayor vulnerabilidad relacional, social y sanitaria.

El informe presenta información sociodemográfica, cuantitativa y cualitativa relevante para generar insumos orientados a la toma de decisiones estratégicas. Los resultados posibilitan identificar factores asociados vinculados a las condiciones de vida, las redes de apoyo, la participación social, la movilidad, el acceso a servicios, las tecnologías digitales y las desigualdades económicas, así como reconocer situaciones de mayor vulnerabilidad.

Estos hallazgos refuerzan la necesidad de abordar la soledad no deseada desde una perspectiva integral, que trascienda el campo sanitario e incorpore políticas orientadas al fortalecimiento de los vínculos sociales, la participación comunitaria, las redes de cuidado, la accesibilidad territorial, la inclusión digital, la detección temprana y el acompañamiento. Con este fin, el informe propone lineamientos para la acción pública orientados a prevenir y abordar la soledad no deseada en personas mayores, promoviendo estrategias intersectoriales que contribuyan al bienestar, la inclusión social, la autonomía y la garantía de derechos.

Sección 1. Enfoque conceptual, reconocimiento institucional y evidencia disponible sobre soledad no deseada

La soledad no deseada ha adquirido creciente relevancia como problema público, sanitario y social, en tanto expresa una forma de malestar relacional vinculada con transformaciones en los modos de vida, las redes de apoyo, la participación comunitaria y las condiciones de integración social. Aunque se experimenta de manera individual, no puede comprenderse únicamente como una vivencia privada, ya que se produce en contextos sociales, territoriales, económicos y culturales específicos.

Este capítulo presenta el enfoque conceptual adoptado por el estudio, precisando las principales características de la soledad no deseada y su relación con el aislamiento social como fenómenos distintos pero estrechamente vinculados. Asimismo, recupera el reconocimiento institucional progresivo del tema en las agendas internacionales de salud pública, bienestar y envejecimiento saludable. Por último, sistematiza antecedentes de investigación relevantes a nivel internacional, nacional y local.

Esta revisión permite fundamentar la necesidad de producir lo que se denomina “evidencia situada” sobre las formas específicas que adopta la soledad no deseada en la ciudad de Córdoba. A partir de ese conocimiento, el informe busca contribuir al diseño de políticas públicas municipales integrales, orientadas a la prevención, la detección temprana, el acompañamiento y la reconexión social, articulando dispositivos sanitarios, sociales, comunitarios, culturales, deportivos y territoriales.

1.1. La Soledad no deseada como problema público emergente

El abordaje de la soledad no deseada ha estado históricamente atravesado por miradas individualizantes que tendieron a reducirla a un rasgo personal, una dificultad adaptativa o un problema exclusivamente vinculado a la salud mental de los individuos. Desde esas perspectivas, este fenómeno fue interpretado con frecuencia como una experiencia privada asociada a déficits de sociabilidad, autoestima o habilidades vinculares poco desarrolladas. Sin embargo, estas lecturas resultan insuficientes para comprender la complejidad de una problemática cuya aparición, persistencia y distribución se relacionan con condiciones sociales, económicas, culturales, familiares, urbanas y territoriales.

En las últimas décadas, la soledad no deseada comenzó a ser reconocida por organismos internacionales, ámbitos académicos y experiencias de política pública como un problema sanitario, social y comunitario. La Organización Mundial de la Salud (2025) y la Organización Panamericana de la Salud (2024) han advertido sobre las consecuencias que la desconexión social produce en la salud, el bienestar y la integración social. A su vez, distintas investigaciones internacionales muestran que la soledad y el aislamiento social son vivencias de alto impacto, asociadas con mayores riesgos de mortalidad, enfermedades cardiovasculares, deterioro cognitivo, depresión y otros problemas de salud. En esta línea, Holt-Lunstad et al. (2010) y Holt-Lunstad et al. (2015) señalaron que los efectos de la desconexión social puede alcanzar niveles comparables a factores de riesgo ampliamente reconocidos, como el tabaquismo, el sedentarismo o la obesidad.

Este reconocimiento permitió desplazar progresivamente la interpretación centrada en la responsabilidad individual, hacia una comprensión más amplia, basada en los determinantes sociales de la salud y en las condiciones concretas en las que las personas viven, se vinculan, participan y reciben cuidado. Desde esta perspectiva, la soledad no deseada no es solamente una experiencia íntima sino sobre todo, contextual: también expresa formas de fragilidad relacional producidas por debilitamiento de redes familiares y comunitarias, cambios en los modos de convivencia, desigualdades sociales y territoriales, barreras urbanas, dificultades de acceso a servicios y reducción de significativas oportunidades de participación social.

Desde el campo del análisis de políticas públicas, puede afirmarse que un problema se vuelve público cuando una situación socialmente relevante es reconocida como susceptible de intervención estatal. Aguilar Villanueva (1996) sostiene que los problemas públicos no

existen únicamente como realidades objetivas dadas de antemano, sino que se configuran mediante procesos de visibilización, interpretación y decisión institucional. En una línea complementaria, Dunn (1994) advierte que los problemas públicos suelen ser complejos, interdependientes y atravesados por distintas formas de definir sus causas y sus posibles respuestas.

Aplicado a la soledad no deseada, esto significa que su incorporación en la agenda pública no depende solo de la existencia del malestar, sino también de la capacidad institucional para reconocerlo, medirlo, interpretarlo y transformarlo en objeto de política pública. En términos de Kingdon (1984), su creciente relevancia puede leerse como resultado de la convergencia entre evidencia científica, demandas sociales, preocupación sanitaria, envejecimiento poblacional y decisión política. Dicho de manera directa: la soledad no deseada existía antes; lo nuevo es que empieza a ser nombrada, estudiada y asumida como responsabilidad pública.

La forma en que se define el problema no es neutral. Por eso se recalca que si la soledad no deseada se entiende únicamente como dificultad individual, las respuestas tenderán a limitarse al acompañamiento psicológico o a intervenciones aisladas sobre la conducta personal. En cambio, si se la comprende como una problemática relacional y socialmente producida, las respuestas deben orientarse también al fortalecimiento de redes de apoyo, espacios de encuentro, políticas de cuidado, participación comunitaria, accesibilidad territorial y reconstrucción de vínculos significativos. Es decir, la respuesta pasa a ser política.

En este marco, el Observatorio Municipal de Soledad No Deseada de la Ciudad de Córdoba adopta aquí, un enfoque integral, basado en la producción de evidencia local y en la articulación intersectorial. Reconocer la soledad no deseada como problema público implica asumir que su abordaje no corresponde a una única área ni debe reducirse al campo sanitario. Requiere la participación coordinada de dispositivos de salud, políticas sociales, centros de participación comunal, programas para personas mayores, espacios culturales, deportivos, educativos y comunitarios.

Por ello, este informe entiende la soledad no deseada como una problemática relacional, socialmente situada y políticamente abordable. Su reconocimiento como problema público permite orientar estrategias municipales de prevención, detección temprana, acompañamiento y reconexión social, especialmente en aquellas personas y territorios donde la fragilidad de los vínculos, la reducción de apoyos y las barreras de participación pueden profundizar situaciones de vulnerabilidad.

1.2. Enfoque conceptual de la soledad no deseada

La soledad no deseada puede definirse como una experiencia subjetiva de malestar que aparece cuando una persona percibe que sus relaciones sociales no responden

adecuadamente a sus necesidades, expectativas o deseos de conexión. No depende solo de la cantidad de vínculos disponibles, sino también de la calidad, estabilidad, reciprocidad y significación que esos vínculos tienen para la persona. Por ello, una persona puede vivir sola sin sentirse sola, y otra puede experimentar soledad aun estando rodeada de contactos, familiares o conocidos.

La perspectiva histórica permite complejizar esta definición. Bound Alberti (2019), en “Una biografía de la soledad”, muestra que la soledad no siempre fue entendida del modo en que hoy la concebimos. Durante mucho tiempo, estar solo podía asociarse a retiro, reflexión o vida espiritual; en cambio, la noción moderna de soledad como carencia emocional, desconexión subjetiva y malestar social se consolidó con más fuerza a partir de transformaciones vinculadas a la modernidad, la secularización, la industrialización, el individualismo y los cambios en la vida comunitaria. Este aporte resulta relevante porque permite reafirmar que este fenómeno, es una emoción históricamente construida, cuyo significado cambia según las formas de vida, los modelos de convivencia y las expectativas sociales de cada época.

Desde esta perspectiva, Perlman y Peplau (1981) señalan que la soledad surge de la discrepancia entre las relaciones sociales que una persona desea y las que efectivamente percibe como disponibles. Russell et al. (2012), en la misma línea, destacan el carácter subjetivo de esta experiencia y su relación con la percepción de insuficiencia vincular. Esto significa que la soledad no deseada no se explica únicamente por el número de interacciones sociales, sino por el modo en que cada persona evalúa la cercanía, disponibilidad, confianza y sentido de pertenencia que esas relaciones le ofrecen.

Las expectativas relacionales cumplen un papel central. Van Tilburg y De Jong Gierveld (2023) subrayan que la soledad debe comprenderse en relación con las necesidades afectivas, sociales y simbólicas de cada persona, así como con los sentidos de pertenencia construidos a lo largo de su trayectoria vital. En consecuencia, no toda reducción de contactos produce necesariamente soledad, ni toda presencia de vínculos garantiza protección frente a ella. Lo decisivo es la distancia percibida entre los vínculos existentes y los vínculos que la persona considera necesarios, valiosos o significativos.

Desde una perspectiva relacional y comunitaria, la soledad no deseada expresa una forma de malestar asociada a la necesidad humana de conexión, reconocimiento y pertenencia. Cacioppo y Cacioppo (2014) la conceptualizan como una forma de “malestar social”, en tanto la conexión con otras personas constituye una dimensión básica de la vida humana y del bienestar. Esta mirada permite comprender que la soledad no deseada no debe ser interpretada solo como un estado emocional propio del individuo, sino como una señal de fragilidad en las relaciones que sostienen la vida cotidiana.

Yanguas Lezaun et al. (2018) sostienen que la soledad no deseada constituye un fenómeno multidimensional que requiere abordajes complejos, capaces de integrar factores

emocionales, relacionales, comunitarios y sociales. En esta misma línea, Cacioppo et al. (2015) y Gené-Badia et al. (2016) advierten que involucra dimensiones emocionales y vinculares, pero también condiciones colectivas que pueden favorecer o limitar las oportunidades de integración social. Por ello, su abordaje exige considerar tanto las trayectorias personales como las condiciones socioeconómicas, territoriales, institucionales y comunitarias en las que esas trayectorias se desarrollan.

En el caso de las personas mayores, esta mirada resulta especialmente importante. La soledad no deseada puede intensificarse frente a pérdidas significativas, cambios en la convivencia, disminución de redes de apoyo, dificultades de movilidad, barreras económicas, necesidades de cuidado, reducción de espacios de participación o debilitamiento de vínculos comunitarios. Sin embargo, no debe asumirse como una consecuencia inevitable de la vejez. La edad puede aumentar la exposición a ciertos factores de riesgo, pero la soledad no deseada se configura de manera diferencial según las condiciones de vida, los recursos personales, las redes disponibles y las oportunidades concretas de participación social.

Los aportes de Kessler y Piovani (2020) permiten situar esta experiencia en el marco de la vida cotidiana y de las formas contemporáneas de vida común. Desde esta perspectiva, las emociones, percepciones y formas de vinculación no son fenómenos exclusivamente privados, sino experiencias configuradas en tramas sociales, institucionales y territoriales específicas. La soledad no deseada se comprende así como una experiencia socialmente situada, producida en la intersección entre trayectorias personales, condiciones materiales de vida, formas de convivencia y oportunidades de integración comunitaria.

Como marco interpretativo complementario, Han (2012) y Rosa (2016) advierten que las dinámicas contemporáneas de individualización, hiperproductividad y aceleración social pueden erosionar los tiempos compartidos, debilitar las experiencias colectivas y dificultar la construcción de vínculos significativos. Estos aportes permiten ampliar la lectura del fenómeno, sin reemplazar la evidencia epidemiológica ni las mediciones específicas. Ayudan a comprender que la soledad no deseada no aparece en el vacío, sino en sociedades donde las formas de encuentro, cuidado y pertenencia se ven tensionadas por transformaciones familiares, laborales, urbanas, digitales y comunitarias.

En consecuencia, el Observatorio Municipal de Soledad No Deseada de la Ciudad de Córdoba adopta una definición integral del fenómeno. La soledad no deseada es entendida como una experiencia subjetiva de malestar relacional, vinculada a la percepción de insuficiencia o falta de significación de los vínculos disponibles, pero contextualizada en condiciones sociales, territoriales, económicas, culturales e institucionales concretas. Esta definición permite evitar dos reducciones frecuentes: por un lado, considerar a la soledad como un problema meramente personal; por otro, confundirla con la simple ausencia objetiva de contactos sociales.

Para la política pública municipal, esta precisión conceptual es decisiva. Si la soledad no deseada se vincula con la calidad de los vínculos, el sentido de pertenencia y las oportunidades reales de participación, entonces su abordaje no puede limitarse a “ofrecer actividades” o “aumentar contactos”. Requiere generar condiciones para que las personas puedan reconstruir vínculos significativos, acceder a espacios de encuentro, recibir acompañamiento oportuno y participar en redes comunitarias sostenidas. Desde esta perspectiva, la respuesta municipal debe orientarse a la reconexión social, articulando con dispositivos de salud que favorezcan la integración social del ciudadano.

1.3 Soledad no deseada y aislamiento social: distinciones conceptuales.

El aislamiento social refiere a una condición objetiva caracterizada por la escasez de contactos sociales, vínculos significativos y redes de apoyo disponibles (Gené-Badia et al., 2016). Puede evaluarse a partir de las características de la red social —tamaño, densidad, frecuencia de contacto y reciprocidad—, así como de los niveles de participación social y comunitaria (Victor et al., 2020). A diferencia de la soledad no deseada, el aislamiento social no remite necesariamente a una experiencia emocional subjetiva, sino a condiciones observables de desconexión o baja integración relacional.

Si bien ambos fenómenos son conceptualmente distintos, la evidencia muestra que se encuentran estrechamente vinculados y pueden retroalimentarse. Las personas con mayores niveles de aislamiento social presentan, en términos generales, mayor probabilidad de experimentar soledad no deseada, aunque esta relación no es lineal ni automática (De Jong Gierveld et al., 2006; Cacioppo & Cacioppo, 2014). Existen personas con redes sociales objetivamente reducidas que no experimentan soledad, así como personas socialmente integradas que refieren sentimientos persistentes de desconexión subjetiva. Esto permite comprender que la calidad percibida de los vínculos resulta tan relevante como su cantidad o disponibilidad objetiva.

A partir de esta distinción, el presente estudio adopta una decisión analítica específica: abordar conjuntamente la soledad no deseada y el aislamiento social, no como fenómenos equivalentes, sino como dimensiones interrelacionadas de una problemática relacional más amplia. Esta decisión responde a la necesidad de comprender no solo el malestar subjetivo asociado a la percepción de vínculos insuficientes, sino también las condiciones objetivas de disponibilidad, estabilidad y funcionalidad de las redes de apoyo y participación social.

Desde esta perspectiva, la interacción entre ambos procesos permite identificar situaciones de especial vulnerabilidad social y comunitaria, en las cuales la experiencia subjetiva de desconexión se combina con una fragilidad efectiva de los soportes relacionales e institucionales. En estos escenarios, la ausencia o debilidad de redes de apoyo, espacios de

encuentro y mecanismos colectivos de cuidado puede profundizar experiencias persistentes de aislamiento y limitar las posibilidades de participación e integración social.

Esta aproximación permite desplazar interpretaciones estrictamente individualizantes de la soledad para comprenderla como un fenómeno relacional y socialmente producido. Tanto la soledad no deseada como el aislamiento social se encuentran atravesados por condiciones estructurales vinculadas a las desigualdades socioeconómicas, las transformaciones en las dinámicas familiares, la fragilización de los vínculos comunitarios, las barreras urbanas y territoriales y el acceso diferencial a recursos de participación y cuidado.

En esta línea, distintas investigaciones advierten que las estrategias centradas exclusivamente en aumentar la cantidad de contactos sociales pueden resultar insuficientes si no consideran la calidad de los vínculos, las expectativas relacionales y las posibilidades reales de participación significativa (Fakoya et al., 2020; World Health Organization [WHO], 2021). Del mismo modo, experiencias recientes desarrolladas en América Latina comenzaron a enfatizar la importancia de fortalecer las tramas comunitarias, territoriales e institucionales como dimensiones centrales para abordar la desconexión social.

En Argentina, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2024) sostiene que la soledad no deseada constituye una problemática compleja y multidimensional, vinculada a los procesos de individualización, las transformaciones en las formas de convivencia y las desigualdades en el acceso a redes y espacios de integración social. El organismo plantea la necesidad de promover respuestas integrales que articulen políticas públicas, iniciativas comunitarias y estrategias intersectoriales orientadas a fortalecer la conexión social y las oportunidades de participación cotidiana. Asimismo, destaca el potencial de las tecnologías digitales y de las iniciativas impulsadas desde el sector privado, siempre que estas no busquen reemplazar el contacto humano, sino facilitar el encuentro, sostener vínculos y ampliar las posibilidades de acompañamiento y participación social, especialmente en poblaciones expuestas a mayores riesgos de aislamiento y desconexión relacional (PNUD, 2024).

1.4. Dimensiones de la soledad no deseada

El Observatorio de Soledad No Deseada de la Ciudad de Córdoba propone abordar este fenómeno a partir de un conjunto de dimensiones analíticas que permiten comprender su complejidad y orientar la producción de evidencia local. Estas dimensiones no se presentan como compartimentos aislados, sino como planos interrelacionados que permiten analizar cómo la soledad no deseada se expresa en la vida cotidiana de las personas mayores y qué condiciones pueden favorecerla, profundizarla o mitigarla.

Desde esta perspectiva, el estudio considera que la soledad no deseada no puede explicarse únicamente por factores individuales ni por la cantidad objetiva de vínculos disponibles. Su

comprensión requiere integrar aspectos subjetivos, vinculares, económicos, territoriales y digitales, así como las condiciones sociales e institucionales que inciden en las posibilidades de participación, cuidado, pertenencia y reconocimiento.



1.4.a Dimensión subjetiva y emocional

Esta dimensión refiere a la experiencia vivida de la soledad no deseada, entendida como una percepción subjetiva de insuficiencia, desconexión o ausencia de vínculos significativos. Incluye la intensidad, frecuencia y persistencia del sentimiento de soledad, así como emociones asociadas como tristeza, vacío, desamparo, aislamiento o falta de pertenencia.

También contempla los modos en que las personas nombran, silencian o significan esta experiencia. Esto resulta relevante porque la soledad no deseada puede encontrarse naturalizada, invisibilizada o atravesada por estigmas que dificultan su expresión y la búsqueda de apoyo.

1.4.b Dimensión social y vincular

Esta dimensión aborda la configuración de las redes de apoyo y los vínculos significativos disponibles. Considera tanto la cantidad y frecuencia de los contactos como su calidad, reciprocidad, cercanía y capacidad de brindar apoyo emocional, práctico o material.

Incluye relaciones familiares, de amistad, vecinales, comunitarias e institucionales, así como la participación en espacios sociales, culturales, recreativos, religiosos y comunitarios. Esta dimensión permite comprender que la presencia objetiva de contactos no garantiza necesariamente una experiencia de conexión significativa, y que la calidad de los vínculos resulta central para prevenir o mitigar la soledad no deseada.

1.4.c Dimensión económica y material

Esta dimensión se refiere a las condiciones materiales de vida que inciden en las posibilidades de integración social, autonomía y participación comunitaria. Incluye ingresos, situación previsional, estabilidad habitacional, acceso a servicios básicos y disponibilidad de recursos para sostener actividades sociales, recreativas o de cuidado.

Las condiciones económicas pueden facilitar o restringir la movilidad, el acceso al ocio, la participación en espacios colectivos y la capacidad de sostener vínculos. En este sentido, la precariedad material puede producir retraimiento social, dependencia, pérdida de autonomía y debilitamiento de los soportes relacionales.

1.4.d Dimensión territorial y de accesibilidad

Esta dimensión aborda el entorno físico, urbano y comunitario en el que transcurre la vida cotidiana. Considera las características del barrio, las condiciones de vivienda, la cercanía de servicios, la disponibilidad de espacios públicos y comunitarios, la accesibilidad al transporte, la seguridad y las posibilidades de movilidad cotidiana.

El territorio puede favorecer o limitar las oportunidades de encuentro, participación y construcción de redes. Barrios con baja accesibilidad, escasa oferta comunitaria, dificultades de movilidad o percepción de inseguridad pueden profundizar experiencias de desconexión, aislamiento y retraimiento social.

1.4.e Dimensión digital

Esta dimensión refiere al acceso, uso y apropiación de tecnologías de la información y la comunicación como mediaciones relevantes para la sociabilidad contemporánea. Incluye el acceso a dispositivos, conectividad a internet, habilidades digitales y uso de herramientas virtuales para sostener vínculos, participar en actividades, realizar trámites o acceder a información y servicios.

Lo digital no se entiende solo como una herramienta técnica, sino también como un territorio de interacción y participación. En este sentido, las tecnologías pueden ampliar o restringir las posibilidades de comunicación, pertenencia y acceso a redes de apoyo.

La dimensión digital resulta especialmente relevante en personas mayores, ya que puede funcionar tanto como recurso de inclusión relacional como factor de exclusión. Las brechas

de acceso, uso o alfabetización digital pueden limitar la comunicación, la autonomía y la participación social.

1.5 Antecedentes internacionales, nacionales y locales

A nivel internacional, la soledad no deseada ha adquirido creciente relevancia como problemática de salud pública y como objeto de investigación social, sanitaria y de políticas públicas. Informes de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos señalan que entre el 6% y el 15% de la población adulta refiere experiencias frecuentes de soledad, con mayor incidencia en grupos en situación de vulnerabilidad social y económica. Asimismo, la Organización Mundial de la Salud y otros organismos multilaterales han contribuido a reconocer la soledad y el aislamiento social como fenómenos relevantes por sus efectos sobre el bienestar físico, mental y comunitario.

En los últimos años se desarrollaron diversos estudios orientados a dimensionar el fenómeno y analizar sus factores asociados. Entre ellos se destacan el EU Loneliness Survey, impulsado por el Joint Research Centre de la Comisión Europea; el Barómetro de la Soledad No Deseada en España, elaborado por el Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada —SoledadES— de Fundación ONCE y Fundación AXA; y los estudios nacionales sobre soledad y aislamiento social desarrollados en Japón, país que incorporó esta problemática en su agenda gubernamental desde 2021.

Los estudios de SoledadES resultan especialmente relevantes porque ofrecen una línea sostenida de análisis sobre incidencia, duración, factores asociados y percepción social de la soledad no deseada. El Barómetro de la Soledad No Deseada en España de Fundación ONCE y Fundación AXA (2024) señala que una de cada cinco personas, es decir el 20% de la población adulta, sufre soledad no deseada en España; además, indica que el 67,7% de quienes la padecen lleva más de dos años en esa situación. Esta evidencia permite considerar no solo la presencia de la soledad, sino también su persistencia y posible cronificación.

Estos antecedentes coinciden en señalar que la soledad no deseada afecta a distintos grupos etarios y presenta una distribución socialmente desigual, con mayor incidencia en personas mayores, jóvenes, mujeres, personas desempleadas, personas con discapacidad y sectores en situación de vulnerabilidad social. Como ya se dijo, no debe confundirse con la simple ausencia de contactos, sino que se vincula con la calidad, disponibilidad y significación de los vínculos, así como con las oportunidades reales de participación comunitaria.

La evidencia internacional muestra, además, que el fenómeno no se limita a las personas mayores, aunque en la vejez puede adquirir características particulares. Afecta crecientemente a jóvenes y adultos, especialmente en contextos de urbanización, fragmentación comunitaria y precarización de los vínculos sociales. Tras la pandemia por COVID-19, diversos estudios registraron un incremento sostenido de experiencias de soledad

y desconexión social, con valores superiores al 20% en algunos grupos poblacionales y procesos de cronificación asociados al debilitamiento de redes sociales y comunitarias.

Asimismo, distintos estudios epidemiológicos y revisiones sistemáticas advirtieron sobre el impacto de la desconexión social en la salud. Holt-Lunstad et al. (2010) y Holt-Lunstad et al. (2015) muestran que la soledad y el aislamiento social se asocian con mayores riesgos de mortalidad, enfermedades cardiovasculares, deterioro cognitivo y problemas de salud mental, alcanzando niveles comparables a factores de riesgo ampliamente reconocidos, como el tabaquismo, el sedentarismo y la obesidad. Esta evidencia refuerza la necesidad de abordar la soledad no deseada como problema de salud pública, sin reducirla exclusivamente al campo sanitario.

En el ámbito iberoamericano, el informe “La soledad en las personas mayores. Estudio sobre buenas prácticas en detección y/o abordaje de la soledad no deseada en las personas mayores en Iberoamérica”, elaborado por la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (2025), constituye un antecedente regional de alta importancia. El estudio advierte la incidencia de factores como nivel de ingresos, situación laboral, características de los hogares, vivienda, entorno, recursos del vecindario, calidad de las redes de apoyo, participación comunitaria, salud y bienestar.

En América Latina y particularmente en Argentina, la producción de conocimiento sobre esta problemática ha crecido, aunque continúa siendo limitada en términos epidemiológicos y de sistematización poblacional. Estudios desarrollados por el Observatorio de la Deuda Social Argentina de la Universidad Católica Argentina estiman que entre un 20% y un 30% de la población adulta y mayor experimenta sentimientos de soledad o insuficiencia de apoyo social, con mayor intensidad en sectores de menores ingresos y en personas con trayectorias de vulnerabilidad social.

En esta misma línea, la investigación “La soledad desde la perspectiva de las personas mayores”, de la Fundación Navarro Viola (2021), constituye un antecedente argentino especialmente valioso. El estudio recupera una trayectoria iniciada junto al Observatorio de la Deuda Social Argentina y señala que el 18% de las personas mayores se perciben en soledad y aislamiento. Además, subraya que no se trata simplemente de soledad social, sino de soledad emocional: una experiencia subjetiva vinculada al modo en que cada persona percibe la calidad de sus relaciones.

Asimismo, organismos internacionales como el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) han advertido que las experiencias de desconexión social en América Latina se vinculan con desigualdad estructural, precarización laboral, debilitamiento de soportes comunitarios y transformaciones contemporáneas de la sociabilidad. Por ello, distintos informes regionales destacan la necesidad de fortalecer políticas públicas orientadas a la participación social, el cuidado comunitario y la reconstrucción de redes de apoyo.

A nivel local, los antecedentes disponibles continúan siendo incipientes, aunque comienzan a consolidarse algunas líneas de investigación vinculadas al envejecimiento, la participación social y el bienestar comunitario. Entre ellas, el estudio ImpaCT.AR, desarrollado conjuntamente por el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación y la Universidad Nacional de Córdoba, evidenció la centralidad de las redes sociales y comunitarias en el bienestar de las personas mayores, así como limitaciones en el acceso a espacios de participación, información y actividades territoriales.

Entre los principales hallazgos locales se destacan la baja participación en actividades sociales y comunitarias, el desconocimiento de programas territoriales, las barreras vinculadas a la movilidad y la brecha digital, junto con experiencias de soledad persistente, dificultades para acceder a apoyos y expectativas de mayor integración social durante la vejez. Estos elementos refuerzan la necesidad de fortalecer políticas de envejecimiento activo, redes comunitarias y estrategias de inclusión social.

A pesar de estos avances, persiste una escasez de información sistemática a nivel local. En la ciudad de Córdoba, la ausencia de estudios específicos limitaba hasta ahora la comprensión de las particularidades territoriales de la soledad no deseada y la identificación de grupos en mayor situación de vulnerabilidad social y relacional. En este marco, la producción de evidencia local desagregada adquiere un valor estratégico para dimensionar el fenómeno y orientar políticas públicas integrales basadas en evidencia.

Por ello, el estudio impulsado por el Observatorio Municipal de Soledad No Deseada de Córdoba tiene una relevancia institucional particular: se presenta como el primer estudio de este tipo realizado por un municipio en Argentina. Su valor no reside únicamente en producir datos, sino en inaugurar una línea de trabajo municipal capaz de transformar una problemática todavía poco visible en una agenda pública concreta, territorializada e intersectorial. A partir de esta evidencia, la Municipalidad de Córdoba puede orientar estrategias de prevención, detección temprana, acompañamiento y reconexión social, articulando centros de salud, CPC, centros de día, programas para personas mayores, espacios culturales, deportivos, educativos y comunitarios.

SECCIÓN 2. Metodología del estudio

2.1 Diseño del estudio

Con el objetivo de comprender las principales características y manifestaciones de esta problemática en el ámbito local, así como aportar insumos para el diseño de políticas públicas, se realizó un estudio de tipo exploratorio y descriptivo, con diseño de corte

transversal y enfoque metodológico mixto, orientado a generar evidencia local sobre la soledad no deseada en personas mayores residentes en la Ciudad de Córdoba.

La elección de un diseño exploratorio respondió al carácter emergente y escasamente documentado del fenómeno en el contexto local, nacional y regional. Si bien la soledad no deseada ha adquirido creciente relevancia en la agenda internacional, aún existen limitaciones significativas en la disponibilidad de datos sistemáticos que permitan caracterizar su magnitud, distribución y factores asociados en ciudades latinoamericanas. En este sentido, el estudio buscó producir una primera aproximación empírica que permitiera dimensionar el problema, identificar patrones relevantes y generar hipótesis para futuras investigaciones.

El carácter descriptivo del estudio se fundamentó en la necesidad de caracterizar las principales dimensiones del fenómeno, considerando variables sociodemográficas, relacionales, económicas, territoriales, sanitarias y de participación social. Esta aproximación permitió no solo estimar la presencia e intensidad de la soledad no deseada, sino también reconocer perfiles y situaciones de mayor vulnerabilidad relacional.

El estudio adoptó un diseño de corte transversal, ya que la información fue recolectada en un período determinado. Este tipo de diseño permite describir la situación de la población estudiada en ese momento, identificar la distribución de la soledad no deseada y explorar su asociación con distintas variables sociodemográficas, vinculares, territoriales y de salud. No obstante, sus resultados deben interpretarse como asociaciones y patrones observados, sin establecer relaciones causales entre las variables analizadas.

Asimismo, se optó por un enfoque metodológico mixto de tipo convergente, en el cual la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos se desarrollaron de manera complementaria. Esta decisión respondió a la complejidad del fenómeno abordado: mientras el componente cuantitativo permitió estimar magnitud, intensidad y distribución, el componente cualitativo permitió comprender experiencias subjetivas, significados, estigmas, trayectorias vinculares y condiciones contextuales que no pueden ser captadas plenamente mediante indicadores numéricos.

Ambos componentes fueron integrados en la fase de análisis e interpretación mediante una estrategia de triangulación analítica. Esta integración permitió contrastar y complementar los hallazgos, fortaleciendo la lectura epidemiológica del fenómeno y aportando una comprensión más integral de la soledad no deseada como problema público local.

2.2 Población de estudio

La población estuvo constituida por personas de entre 60 y 85 años residentes en la ciudad de Córdoba, vinculadas a diversos espacios institucionales, comunitarios, socioeducativos, recreativos, sanitarios y de cuidado. Se incluyeron personas que asisten a efectores de salud

—incluyendo atención primaria y servicios de salud mental, tanto públicos como privados—, participan en programas y actividades para personas mayores, concurren a centros privados especializados y/o residen en instituciones geriátricas o residencias de larga estadía.

Dado que no se trató de un estudio realizado mediante relevamiento domiciliario u hogares, la estrategia de captación se orientó a buscar a las personas mayores en los espacios donde habitualmente participan, circulan, realizan actividades, sostienen vínculos o reciben atención y cuidados. Esta decisión metodológica permitió acceder a una población diversa en términos de trayectorias vitales, condiciones de vida, niveles de autonomía, formas de participación social y vinculación institucional, incorporando tanto personas activas en espacios comunitarios y recreativos como personas vinculadas a dispositivos de salud, cuidado y acompañamiento institucional.

Asimismo, esta estrategia posibilitó incluir experiencias heterogéneas de sociabilidad y pertenencia, contemplando diferentes modos de inserción en redes familiares, comunitarias e institucionales, relevantes para el estudio de la soledad no deseada y los soportes relacionales de la población objetivo.

2.3 Estrategia de muestreo

La investigación se desarrolló a partir de una estrategia metodológica mixta, con componentes cuantitativos y cualitativos orientados a explorar las experiencias y condiciones asociadas a la soledad no deseada en personas mayores de la ciudad de Córdoba.

Para el componente cuantitativo se utilizó una estrategia de muestreo no probabilístico de tipo intencional, basada en la captación de personas mayores en ámbitos institucionales, comunitarios, socioeducativos, recreativos y sanitarios de la ciudad. Esta estrategia resultó adecuada para una primera aproximación exploratoria al fenómeno, en tanto permitió relevar experiencias diversas de personas mayores vinculadas a distintos espacios de participación, atención, cuidado, encuentro y sociabilidad.

La estrategia de acceso priorizó aquellos espacios donde las personas mayores desarrollan habitualmente actividades, sostienen vínculos o reciben atención, incluyendo efectores de salud, organizaciones comunitarias, programas socioeducativos, centros recreativos, dispositivos de salud mental, centros privados para personas mayores y residencias de larga estadía, tanto del ámbito público como privado. Asimismo, se procuró incorporar diversidad territorial y de perfiles institucionales. Esto permitió construir una muestra heterogénea en términos de trayectorias vitales, condiciones socioeconómicas, niveles de autonomía, formas de participación social y disponibilidad de redes de apoyo.

En este marco, se aplicaron 765 encuestas autoadministradas a personas mayores residentes en la ciudad de Córdoba. Dado el carácter exploratorio del estudio y la estrategia de muestreo utilizada, los resultados no deben interpretarse como representativos del conjunto

de personas mayores de la ciudad, sino como una aproximación analítica orientada a comprender la diversidad de experiencias, condiciones y factores asociados a la soledad no deseada en población mayor vinculada a distintos espacios institucionales, comunitarios y de cuidado.

2.3.a Caracterización sociodemográfica de la población encuestada

La población encuestada estuvo compuesta por 765 personas mayores residentes en la ciudad de Córdoba. En términos etarios, la muestra se concentró principalmente entre los 65 y 79 años, grupo que reúne más del 64% del total relevado.

En relación con el género, se observa una marcada feminización de la muestra: el 78,17% corresponde a mujeres y el 20,78% a varones. Esta composición puede vincularse tanto con la feminización del envejecimiento como con las características de los espacios donde se realizó el relevamiento, en los que las mujeres mayores suelen tener mayor participación, especialmente en programas comunitarios, actividades recreativas y socioeducativas, efectores de salud y dispositivos de cuidado.

Respecto de las condiciones educativas, previsionales y económicas, predominan trayectorias educativas medias y superiores, con presencia significativa de personas con secundario completo y estudios terciarios o universitarios. La mayoría cuenta con cobertura previsional, aunque una proporción importante se ubica en tramos de ingresos bajos o medios-bajos, principalmente por debajo o hasta dos jubilaciones mínimas.

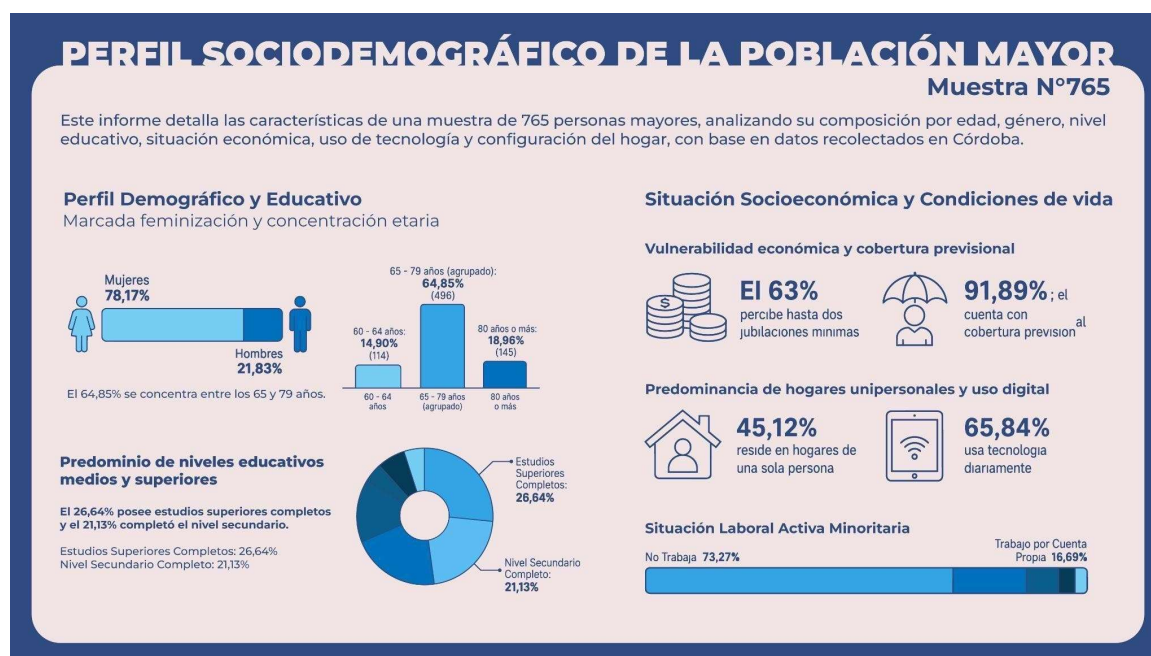
La muestra también presenta una proporción relevante de personas que viven solas o en hogares unipersonales, junto con otras que conviven con familiares o pareja. En relación con las tecnologías digitales, la mayoría utiliza celular y/o computadora de manera cotidiana, aunque persisten grupos con uso limitado o nulo. En conjunto, la población relevada expresa diversidad de trayectorias, condiciones de vida, formas de convivencia, participación y acceso a redes de apoyo, aspectos centrales para comprender la soledad no deseada y el aislamiento social en personas mayores.

Se observa una proporción significativa de hogares unipersonales, con 45,12% de las personas relevadas residiendo en este tipo de hogar. A su vez, se registran formas de convivencia con familiares o pareja, mientras que en menor medida aparecen situaciones de convivencia con personas no familiares y residencia en instituciones para personas mayores. Esta información resulta relevante para el análisis de la soledad no deseada y el aislamiento social, ya que permite aproximarse a las condiciones cotidianas de convivencia y disponibilidad de acompañamiento.

En relación con la situación laboral, la mayoría de las personas encuestadas no realiza actividades laborales remuneradas, representando el 73,27% de la muestra. Entre quienes continúan trabajando, predomina el trabajo por cuenta propia, seguido por actividades

vinculadas a la economía familiar no remunerada y, en menor proporción, el trabajo en relación de dependencia.

Respecto del uso de tecnologías digitales, la mayoría utiliza celular y/o computadora de manera cotidiana o frecuente. En particular, el 65,84% usa estos dispositivos todos los días, aunque persisten grupos con uso limitado o nulo, aspecto relevante para analizar brechas de comunicación, autonomía y participación social.



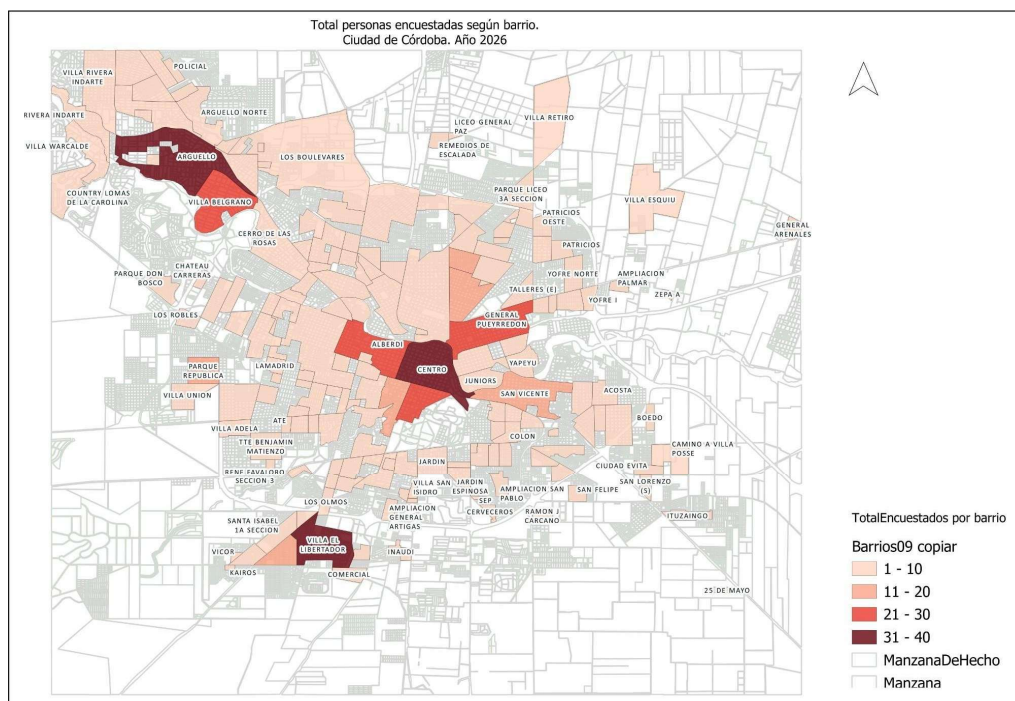
2.3.b Distribución geográfica del muestreo

El mapa de distribución territorial de las personas encuestadas muestra una amplia cobertura del relevamiento en distintos barrios y zonas de la ciudad de Córdoba, incorporando población proveniente de sectores centrales, pericentrales y periféricos. Esta diversidad territorial permitió relevar experiencias y condiciones de vida heterogéneas, vinculadas a diferentes contextos urbanos, sociales e institucionales.

No obstante, la distribución de los casos presenta concentraciones más elevadas en determinados barrios y sectores. Estas diferencias no deben interpretarse como una distribución proporcional de la población mayor de la ciudad ni como indicadores de mayor prevalencia territorial de soledad no deseada. Se vinculan principalmente con la estrategia metodológica implementada y con la localización de los espacios institucionales que colaboraron activamente en el desarrollo del estudio.

En este sentido, el mapa expresa la localización territorial de las personas efectivamente alcanzadas por el trabajo de campo. Aun así, la amplitud territorial lograda constituye un

aspecto relevante del estudio, ya que permitió incorporar diversidad de trayectorias, contextos barriales y experiencias de envejecimiento, aportando riqueza analítica para el abordaje de la soledad no deseada, las redes de apoyo y las condiciones de vida de las personas mayores en la ciudad.



2.4 Componentes del estudio

El estudio se estructuró a partir de una estrategia metodológica mixta, integrada por un componente cuantitativo y un componente cualitativo. Esta articulación permitió combinar la medición de dimensiones asociadas a la soledad no deseada y al aislamiento social con la comprensión de las experiencias, significados y condiciones en las que el fenómeno se expresa.

El componente cuantitativo permitió relevar la distribución de la soledad percibida, el riesgo de aislamiento social y su relación con variables sociodemográficas, convivenciales, económicas, sanitarias y territoriales. Por su parte, el componente cualitativo permitió profundizar en las experiencias subjetivas, las dinámicas vinculares, el curso de vida, las condiciones materiales y comunitarias, y las estrategias de afrontamiento frente a la soledad no deseada.

La integración de ambos componentes permitió construir una aproximación multidimensional, articulando información estadística con narrativas, percepciones y experiencias situadas de personas mayores y actores institucionales vinculados a la temática.

2.4.a Componente cuantitativo

El componente cuantitativo tuvo un alcance descriptivo y exploratorio, orientado a caracterizar las condiciones de vida, los vínculos sociales, la soledad percibida y el riesgo de aislamiento social en personas mayores residentes en la ciudad de Córdoba.

Para ello, se aplicaron 765 encuestas autoadministradas a personas de entre 60 y 85 años. Si bien el instrumento fue respondido por las propias personas participantes, su aplicación contó con el acompañamiento y la guía de personas formadas en la temática, con el objetivo de facilitar la comprensión de las preguntas, resguardar condiciones adecuadas de aplicación y garantizar mayor calidad en el relevamiento de la información.

El instrumento incluyó un bloque sociodemográfico y contextual, orientado a relevar información sobre situación convivencial, composición del hogar, nivel educativo, situación previsional y laboral, ingresos, uso de tecnologías digitales, movilidad, accesibilidad urbana y percepción de salud, entre otras dimensiones relevantes para comprender las condiciones de vida y la disponibilidad de redes de apoyo.

Asimismo, se incorporaron dos escalas específicas ampliamente utilizadas en estudios sobre soledad, vínculos sociales y envejecimiento. La Escala de Soledad UCLA —versión 3— permitió medir la intensidad de la soledad percibida y el malestar subjetivo asociado a los vínculos sociales. Por su parte, la Escala de Redes Sociales de Lubben —LSNS-6— posibilitó una evaluación de la disponibilidad y funcionalidad de las redes familiares y de amistad, identificando situaciones de bajo apoyo social y riesgo de aislamiento.

El análisis de estos instrumentos permitió describir la distribución de la soledad percibida, identificar distintos niveles de riesgo de aislamiento social y construir una categoría operativa orientada a reconocer situaciones donde convergen malestar subjetivo y fragilidad objetiva de las redes de apoyo.

2.4.b Componente cualitativo

El componente cualitativo estuvo orientado a profundizar la comprensión de la soledad no deseada desde las experiencias, significados y percepciones de las personas mayores, así como desde la mirada de referentes comunitarios y expertos/as vinculados al abordaje de esta problemática.

Se realizaron seis grupos focales mediante una estrategia de selección intencional. Cuatro grupos estuvieron conformados por personas mayores provenientes de distintas procedencias institucionales, comunitarias, sanitarias, recreativas y de cuidado. Esta diversidad permitió recuperar experiencias heterogéneas en torno a las formas de vinculación, participación social, redes de apoyo, autonomía, cuidados y trayectorias de vida.

Además, se desarrolló un grupo focal con referentes comunitarios e institucionales, orientado a relevar percepciones sobre las situaciones de soledad no deseada observadas en el territorio, las barreras de acceso a espacios de participación y los recursos comunitarios disponibles. Finalmente, se realizó un grupo focal con expertos/as y profesionales vinculados a la temática, con el propósito de enriquecer el análisis conceptual, metodológico y de política pública.

Los grupos focales permitieron indagar los sentidos atribuidos a la soledad, las formas en que esta experiencia es nombrada, transitada o silenciada, las transformaciones en las trayectorias vinculares y familiares, la disponibilidad de apoyos sociales y comunitarios, y las condiciones materiales, territoriales y de accesibilidad que inciden en la vida cotidiana de las personas mayores.

La indagación cualitativa también permitió identificar estrategias individuales, familiares, comunitarias e institucionales de afrontamiento, así como recuperar demandas, propuestas y recomendaciones formuladas por las personas participantes, referentes y especialistas consultados. Estos aportes constituyen un insumo relevante para el diseño de políticas públicas orientadas al fortalecimiento de redes comunitarias, la promoción de la participación social, la detección temprana y el acompañamiento de personas mayores en situación de vulnerabilidad relacional.

2.5 Objetivos

“Caracterizar y analizar la soledad no deseada en personas de 60 a 85 años residentes en la ciudad de Córdoba, mediante un abordaje metodológico mixto orientado a describir su magnitud, intensidad y factores asociados, y a comprender las experiencias, significados y estrategias de afrontamiento relacionadas a esta problemática en sus dimensiones subjetivas, vinculares, comunitarias y territoriales.”

2.5.a Objetivos específicos cuantitativos

1. Describir la distribución de la soledad no deseada según variables sociodemográficas —edad, género, nivel educativo, situación habitacional y previsional, entre otras—, con el fin de identificar patrones diferenciales y desigualdades en su manifestación.
2. Estimar la prevalencia e intensidad de la soledad no deseada en personas de 60 a 85 años residentes en la Ciudad de Córdoba, a partir de la medición del malestar subjetivo mediante la Escala de Soledad UCLA.
3. Analizar la asociación entre la soledad no deseada y las características de las redes sociales, incluyendo su tamaño, frecuencia de interacción, calidad de los vínculos y el apoyo social percibido, así como el riesgo de aislamiento social medido mediante la escala Lubben (LSNS-6).

4. Examinar la relación entre la soledad no deseada y las condiciones del entorno de vida, considerando variables territoriales y convivenciales tales como el estado civil, la situación de convivencia, la composición del hogar, el acceso a espacios públicos, la movilidad urbana y la disponibilidad de servicios e instituciones en el entorno próximo.

2.5.b Objetivos específicos cualitativos

1. Explorar las experiencias, significados, estigmas y representaciones sociales asociados a la soledad no deseada desde la perspectiva de las personas mayores, atendiendo a su dimensión subjetiva y emocional.
2. Comprender cómo se configuran las redes de apoyo afectivo y social, las formas de vinculación y los modos de participación en espacios colectivos, en relación con la experiencia de soledad no deseada.
3. Analizar de qué manera las características del entorno barrial, comunitario y material inciden en las experiencias de soledad y aislamiento, incluyendo aspectos territoriales, económicos y de accesibilidad.
4. Indagar las estrategias individuales y colectivas de afrontamiento frente a la soledad no deseada, considerando recursos personales, relacionales e institucionales que las personas movilizan para enfrentar o mitigar esta experiencia.

A los fines del presente estudio, se establecieron definiciones operativas orientadas a traducir los conceptos teóricos en variables observables y analizables, garantizando la consistencia metodológica y la interpretabilidad de los resultados.

2.6 Instrumentos de recolección

Para el desarrollo del estudio se utilizaron instrumentos de recolección de información cuantitativos y cualitativos, seleccionados en función del enfoque metodológico mixto adoptado y de las dimensiones analíticas definidas. La estrategia combinó una encuesta estructurada, escalas estandarizadas para la medición de soledad percibida y redes de apoyo, y una guía semiestructurada para el desarrollo de grupos focales.

Esta combinación brindó la posibilidad de relevar información sociodemográfica, sanitaria, económica, territorial y vincular, junto con indicadores específicos de soledad percibida y riesgo de aislamiento social. Asimismo, contribuyó a profundizar cualitativamente en las experiencias, sentidos, representaciones y estrategias de afrontamiento asociadas a la soledad no deseada.

2.6.a Encuesta estructurada

El componente cuantitativo se desarrolló mediante la aplicación de una encuesta estructurada dirigida a personas de entre 60 y 85 años residentes en la Ciudad de Córdoba. El instrumento fue diseñado para relevar información sobre condiciones sociodemográficas,

situación convivencial, seguridad social, nivel educativo, situación laboral, ingresos, condiciones materiales de vida, estado de salud general, accesibilidad urbana, movilidad, uso de espacios públicos, acceso a servicios y utilización de tecnologías digitales.

La encuesta incluyó bloques temáticos orientados a caracterizar las condiciones de vida de la población relevada y a identificar factores potencialmente asociados a la soledad no deseada y al riesgo de aislamiento social. Su estructura permitió producir información comparable entre participantes y facilitar el análisis descriptivo de los datos.

Asimismo, el instrumento incorporó dos escalas específicas: la Escala de Soledad UCLA —versión 3— y la Escala de Redes Sociales de Lubben —LSNS-6—, utilizadas para evaluar, respectivamente, la soledad percibida y la disponibilidad de redes sociales de apoyo.

2.6.b Escala de Soledad UCLA

La Escala de Soledad UCLA —versión 3— fue utilizada para medir la intensidad de la soledad percibida. Este instrumento evalúa sentimientos subjetivos asociados a la falta de compañía, la desconexión, el aislamiento percibido, la exclusión y la ausencia de vínculos significativos.

La escala está compuesta por 20 ítems que indagan la frecuencia con la que las personas experimentan distintas situaciones vinculadas a sus relaciones sociales. Algunos ítems expresan sentimientos de soledad o desconexión, mientras que otros se encuentran formulados en sentido inverso, referidos a la cercanía, pertenencia o disponibilidad de personas con quienes hablar o acudir.

A los fines del presente estudio, la escala aportó un análisis de la soledad percibida como un gradiente de intensidad, distinguiendo niveles bajos, moderados y altos. Esta decisión hizo posible captar distintas expresiones del malestar subjetivo asociado a los vínculos, evitando restringir el análisis exclusivamente a las manifestaciones extremas de soledad.

2.6.c Escala de Redes Sociales de Lubben — LSNS-6

La Escala de Redes Sociales de Lubben —LSNS-6— fue utilizada para evaluar la disponibilidad, frecuencia y funcionalidad de las redes de apoyo familiares y amistosas. Este instrumento permite estimar el nivel de integración social de las personas mayores y detectar situaciones de bajo apoyo social o riesgo de aislamiento.

La escala está compuesta por 6 ítems organizados en dos dimensiones: vínculos familiares y vínculos de amistad. En cada caso, se indaga la cantidad de personas con las que la persona mantiene contacto, con quienes se siente cómoda para hablar sobre asuntos personales y a quienes podría recurrir en caso de necesitar ayuda.

En el marco de este estudio, los puntajes obtenidos en la LSNS-6 proporcionaron una clasificación del riesgo de aislamiento social para la identificación de situaciones de fragilidad

en las redes de apoyo. Esta información fue analizada de manera individual y también en interacción con los resultados de la Escala de Soledad UCLA, con el propósito de reconocer situaciones en las que el malestar subjetivo se combina con redes sociales insuficientes o poco disponibles.

2.6.d Guía de grupos focales

Para la recolección de información del componente cualitativo se diseñó una guía semiestructurada de grupos focales, elaborada específicamente en función de los objetivos del estudio y orientada a explorar las experiencias, significados y dimensiones asociadas a la soledad no deseada en personas mayores.

La guía fue concebida como un instrumento flexible de orientación de la conversación grupal, permitiendo abordar los principales ejes analíticos definidos para la investigación y, al mismo tiempo, favorecer la emergencia de narrativas, intercambios y experiencias no previstas inicialmente. En este sentido, no se utilizó como un cuestionario cerrado, sino como una ruta temática para acompañar la dinámica grupal y promover la interacción entre las personas participantes.

El instrumento se estructuró a partir de cuatro dimensiones analíticas principales: subjetiva, relacional, territorial y de afrontamiento. La dimensión subjetiva incluyó preguntas orientadas a indagar los significados atribuidos a la soledad no deseada, las emociones asociadas y las situaciones en las que dicha experiencia se intensifica. La dimensión relacional abordó las formas de vinculación, las redes de apoyo afectivo y social, la participación en espacios colectivos y las percepciones sobre diferencias de género en las experiencias de soledad.

Por su parte, la dimensión territorial incorporó preguntas vinculadas al entorno barrial y comunitario, las condiciones económicas y materiales, la movilidad, el acceso a servicios y espacios públicos, así como el uso de tecnologías digitales y su incidencia en los vínculos sociales. Finalmente, la dimensión de afrontamiento se orientó a relevar las estrategias individuales, familiares, comunitarias e institucionales desplegadas para enfrentar o mitigar situaciones de soledad no deseada, incluyendo propuestas y recomendaciones surgidas de las propias personas participantes.

La guía incluyó preguntas abiertas y disparadoras organizadas en dos momentos de trabajo grupal, complementadas con instancias de cierre y valoración de la experiencia de participación. Esta estructura permitió producir información cualitativa orientada a comprender tanto las dimensiones subjetivas y emocionales de la soledad no deseada como las condiciones sociales, vinculares y territoriales que intervienen en su configuración.

Asimismo, el instrumento contó con adaptaciones específicas para su aplicación en grupos integrados por referentes institucionales, profesionales y especialistas vinculados al trabajo

con personas mayores. En estos casos, se incorporaron preguntas orientadas a profundizar el análisis sobre las respuestas institucionales existentes, los principales déficits y vacancias en las políticas públicas, las dificultades de acceso y acompañamiento, así como posibles propuestas y lineamientos para el fortalecimiento de estrategias comunitarias e intersectoriales frente a la soledad no deseada.

2.7 Definiciones operativas

En coherencia con el enfoque teórico adoptado —que concibe la soledad no deseada como un fenómeno multidimensional—, el presente estudio construyó una definición operativa orientada a identificar situaciones de soledad no deseada con riesgo de aislamiento social, integrando dos dimensiones complementarias: una dimensión subjetiva, vinculada al malestar percibido en las relaciones sociales, y una dimensión objetiva, referida a la disponibilidad, frecuencia y funcionalidad de las redes de apoyo.

Esta perspectiva parte de reconocer que la soledad no deseada no puede comprenderse únicamente a partir de la percepción subjetiva de sentirse solo, ni tampoco reducirse a la existencia objetiva de aislamiento social. Diversos antecedentes internacionales han señalado la necesidad de diferenciar analíticamente ambas dimensiones, dado que se trata de fenómenos relacionados, pero no equivalentes. En este sentido, numerosos estudios sobre envejecimiento, salud mental y bienestar social combinan instrumentos orientados a medir simultáneamente la experiencia subjetiva de soledad y las condiciones objetivas de integración relacional, con el fin de identificar situaciones de mayor vulnerabilidad social y sanitaria.

En términos metodológicos, uno de los enfoques más extendidos en la literatura especializada consiste en la utilización complementaria de escalas validadas para captar ambas dimensiones del fenómeno. Por un lado, la UCLA Loneliness Scale, desarrollada inicialmente por Russell, Peplau y Ferguson y posteriormente revisada por Russell (1996; 2012), constituye uno de los instrumentos más utilizados internacionalmente para evaluar la experiencia subjetiva de soledad, a partir de sentimientos de desconexión, aislamiento y falta de pertenencia. Por otro lado, la Lubben Social Network Scale (LSNS), elaborada por Lubben (1988) y posteriormente adaptada en su versión abreviada LSNS-6, permite medir el tamaño, cercanía y frecuencia de las redes familiares y de amistad, identificando situaciones de fragilidad relacional y riesgo de aislamiento social, especialmente en personas mayores.

La utilización articulada de ambos instrumentos ha sido retomada en distintas investigaciones internacionales y estudios poblacionales sobre envejecimiento, en los cuales se reconoce que la interacción entre soledad percibida y debilidad de las redes sociales constituye un indicador particularmente relevante para el análisis de vulnerabilidades relacionales, impactos en la salud integral y necesidades de intervención comunitaria y sociosanitaria. De este modo, se consolida un consenso creciente respecto de la importancia

de abordar conjuntamente las dimensiones subjetivas y objetivas de la soledad, evitando enfoques reduccionistas centrados exclusivamente en una de ellas.

En este marco, y en función de los objetivos del presente estudio, se adoptó una definición operativa combinada que permite identificar situaciones de soledad no deseada con riesgo de aislamiento social a partir de la concurrencia de ambas dimensiones. A los fines analíticos, se consideró que una persona se encuentra en esta situación cuando presenta simultáneamente niveles moderados o altos de soledad percibida, evaluados mediante la Escala de Soledad UCLA —versión 3—, y alto riesgo de aislamiento social o bajo apoyo relacional, medido a través de la Escala de Redes Sociales de Lubben (LSNS-6).

Esta decisión metodológica se fundamenta en la necesidad de reconocer que el malestar subjetivo asociado a la soledad adquiere especial relevancia cuando se produce en contextos de fragilidad o insuficiencia de las redes de apoyo. Una persona puede mantener pocos vínculos sin experimentar necesariamente soledad, así como también puede sentirse sola aún sosteniendo contactos sociales frecuentes. Sin embargo, cuando el sentimiento de soledad se articula con redes sociales limitadas, poco disponibles o escasamente funcionales, se configuran escenarios de mayor vulnerabilidad relacional y potencial impacto sobre la salud física, mental y comunitaria.

Asimismo, la incorporación de niveles moderados de soledad percibida responde a una decisión teórico-metodológica orientada a evitar subregistros del fenómeno, particularmente en población mayor. Diversos estudios señalan que las experiencias de soledad pueden encontrarse naturalizadas, invisibilizadas o expresarse de manera indirecta en este grupo poblacional, especialmente en contextos donde la reducción de vínculos, las pérdidas afectivas o las limitaciones de movilidad forman parte de experiencias socialmente esperadas del envejecimiento. Por ello, limitar la identificación de casos únicamente a niveles extremos de soledad podría invisibilizar situaciones significativas que requieren estrategias preventivas, fortalecimiento de redes y acompañamiento institucional.

Por estos motivos, la categoría construida constituye una herramienta analítica orientada a identificar escenarios de mayor vulnerabilidad vincular y comunitaria, así como a generar evidencia útil para el diseño de políticas públicas locales centradas en la prevención del aislamiento, el fortalecimiento de redes sociales y la promoción de espacios de participación y cuidado comunitario.

Otras definiciones operativas

Además de la construcción de la categoría operativa de soledad no deseada con riesgo de aislamiento social, el estudio analizó de manera diferenciada la intensidad de la soledad percibida y las características de las redes sociales, permitiendo explorar sus distribuciones y asociaciones con variables sociodemográficas, convivenciales, territoriales, económicas, sanitarias y de participación social.

Asimismo, se incorporaron variables vinculadas al acceso y uso de tecnologías digitales, las condiciones de movilidad y accesibilidad, y las formas de participación comunitaria, considerando su incidencia en las oportunidades de interacción social, sostenimiento de vínculos y acceso a redes de apoyo.

En conjunto, estas dimensiones permitieron construir una aproximación integral al fenómeno de la soledad no deseada, articulando aspectos subjetivos, relacionales y estructurales relevantes para el análisis y la orientación de políticas públicas locales.

2.8 Procedimiento de recolección

La recolección de información se desarrolló entre personas mayores residentes en la ciudad de Córdoba, en distintos espacios institucionales, comunitarios, sanitarios y socioeducativos definidos en función de la estrategia de captación del estudio.

El componente cuantitativo se implementó mediante la aplicación de encuestas autoadministradas en efectores de salud, organizaciones comunitarias, programas de participación de personas mayores, espacios recreativos, dispositivos de salud mental y residencias de larga estadía, tanto del ámbito público como privado. La aplicación contó con el acompañamiento de personal previamente capacitado, encargado de orientar el proceso, brindar apoyo en la comprensión de consignas cuando resultaba necesario y garantizar condiciones adecuadas para la participación.

En todos los casos se procuró resguardar la voluntariedad de la participación, la confidencialidad de la información y el respeto por los tiempos y necesidades de las personas participantes.

Por su parte, el componente cualitativo se desarrolló mediante grupos focales realizados en distintos espacios institucionales y comunitarios de la ciudad. Los encuentros fueron coordinados por integrantes del equipo de investigación a partir de una guía semiestructurada, lo que permitió sostener ejes comunes de indagación y, al mismo tiempo, favorecer la emergencia de experiencias, significados y propuestas construidas durante el intercambio grupal.

Los grupos focales se realizaron en condiciones de privacidad, accesibilidad y cuidado, promoviendo un clima de escucha y participación activa entre las personas participantes.

2.9 Consideraciones éticas

El estudio se desarrolló conforme a los principios éticos que orientan la investigación en salud y ciencias sociales, garantizando el respeto por la autonomía, la voluntariedad, la confidencialidad y el resguardo de las personas participantes.

Antes de la recolección de información, se brindó información clara sobre los objetivos del estudio, las características de la participación y el uso previsto de los datos relevados. En todos los casos se solicitó consentimiento informado, asegurando el derecho a no responder determinadas preguntas o a retirarse del estudio en cualquier momento, sin consecuencias de ningún tipo.

Asimismo, se resguardó la confidencialidad y el anonimato de la información producida, garantizando su utilización exclusivamente con fines de investigación y para la elaboración de insumos orientados al fortalecimiento de políticas públicas. En el componente cualitativo se prestó especial atención a la protección de la identidad de las personas participantes, evitando incorporar referencias que pudieran posibilitar su identificación.

Dada la sensibilidad de la temática abordada, se procuró sostener condiciones de escucha, cuidado y respeto durante todo el proceso de recolección de información, especialmente en los espacios grupales. En este marco, se promovió un clima de confianza que favoreciera la expresión de experiencias y opiniones sin exposición ni situaciones de vulneración para las personas participantes.

2.10 Limitaciones del estudio

Las limitaciones del presente estudio se encuentran vinculadas a las características del diseño metodológico adoptado y deben ser consideradas al momento de interpretar los resultados.

En primer lugar, los hallazgos no pueden extrapolarse de manera representativa al conjunto de personas mayores residentes en la ciudad de Córdoba, dado que se utilizó una estrategia de muestreo no probabilístico de tipo intencional. La captación de participantes se realizó en espacios institucionales, comunitarios, socioeducativos y sanitarios, lo que permitió acceder a una población diversa en términos de trayectorias, condiciones de vida y modalidades de participación social. No obstante, esta modalidad puede haber generado una menor presencia de personas con niveles más severos de aislamiento, baja participación comunitaria, limitaciones importantes de movilidad o mayores dificultades de acceso a servicios y redes de apoyo.

En segundo lugar, la información relevada se basó en instrumentos de autorreporte, por lo que los datos obtenidos expresan percepciones, experiencias y valoraciones subjetivas de las personas participantes. En una temática sensible como la soledad no deseada, las respuestas pueden verse influidas por procesos de deseabilidad social, vergüenza, naturalización de determinadas situaciones o dificultades para expresar el malestar vinculado a los vínculos sociales. Sin embargo, el uso de este tipo de instrumentos resulta pertinente para el abordaje de fenómenos de carácter subjetivo y relacional.

Asimismo, el diseño transversal del estudio permite describir la situación observada durante el período de relevamiento e identificar asociaciones entre variables, aunque no posibilita establecer relaciones causales ni determinar la direccionalidad de dichas asociaciones. En este sentido, los resultados deben interpretarse como tendencias y patrones relevantes para la comprensión del fenómeno y para la orientación de futuras líneas de investigación e intervención pública.

Finalmente, el estudio se inscribe en una etapa exploratoria de producción de evidencia local sobre la soledad no deseada en personas mayores, problemática aún escasamente abordada desde enfoques epidemiológicos y socio-comunitarios en la ciudad de Córdoba. Si bien la estrategia metodológica mixta permitió integrar dimensiones cuantitativas y cualitativas del fenómeno, la complejidad de la temática requiere continuar desarrollando investigaciones que profundicen en sus determinantes sociales, territoriales, culturales y subjetivos, así como en la evaluación de políticas y estrategias de intervención orientadas a su prevención y abordaje.

2.11 Estrategia de análisis de la información

El análisis de la información se desarrolló en coherencia con el enfoque metodológico mixto adoptado, integrando los componentes cuantitativo y cualitativo a partir de las dimensiones analíticas definidas para el estudio. Esta estrategia permitió combinar la descripción de las condiciones de vida, vínculos y redes de apoyo de la población relevada con la comprensión de las experiencias y significados asociados a la soledad no deseada.

En el componente cuantitativo, el análisis se orientó a la caracterización sociodemográfica de la población encuestada, la estimación de la prevalencia e intensidad de la soledad percibida, la identificación del riesgo de aislamiento social y la exploración de asociaciones con variables vinculadas a las condiciones de vida, las formas de convivencia, la participación social, la accesibilidad y el entorno territorial y digital.

Por su parte, el componente cualitativo se centró en el análisis de los sentidos y experiencias construidas en torno a la soledad no deseada, las configuraciones vinculares y comunitarias, las condiciones materiales y territoriales que inciden en la vida cotidiana, y las estrategias individuales, familiares e institucionales desplegadas para afrontar situaciones de aislamiento y fragilidad relacional.

La articulación de ambos componentes se realizó mediante una estrategia de triangulación analítica, orientada a contrastar, complementar y enriquecer los hallazgos producidos a partir de las distintas fuentes de información. Este abordaje permitió construir una lectura integral del fenómeno, reconociendo tanto sus dimensiones subjetivas y relacionales como las condiciones sociales y territoriales en las que se produce.

En función de esta estrategia, el capítulo siguiente presenta, en primer lugar, una caracterización sociodemográfica de la población relevada y, posteriormente, el análisis de la prevalencia e intensidad de la soledad no deseada, el riesgo de aislamiento social y las principales condiciones de vida, accesibilidad y entorno digital asociadas al fenómeno estudiado.

SECCIÓN 3. Resultados cuantitativos

El presente capítulo expone los principales resultados del componente cuantitativo del estudio, organizado en torno a tres niveles de análisis. En primer lugar, se presentan los resultados de la Escala de Soledad UCLA, orientados a describir la prevalencia e intensidad de la soledad percibida en la población relevada. En segundo lugar, se analizan los resultados de la Escala de Redes Sociales de Lubben —LSNS-6—, que permiten identificar prevalencia y frecuencia de los niveles de riesgo de aislamiento social y disponibilidad de redes de apoyo. Finalmente, se presenta el cruce entre ambas escalas, a partir del cual se construye la categoría operativa soledad no deseada con riesgo de aislamiento social que permite describir las características sociodemográficas de las personas que se encuentran en mayores niveles de vulnerabilidad respecto al sentimiento (alto y moderado) de soledad no deseada y riesgo alto de aislamiento social.

Esta organización permite diferenciar la experiencia subjetiva de soledad, la situación objetiva de aislamiento social y aquellas situaciones de mayor complejidad en las que ambas dimensiones se combinan. Los resultados se analizan en relación con variables sociodemográficas, convivenciales, económicas, territoriales y digitales, con el propósito de identificar patrones relevantes y orientar la planificación de políticas públicas locales.

3.1 Soledad percibida según la Escala UCLA

Los resultados obtenidos mediante la Escala de Soledad UCLA muestran una presencia extendida de niveles moderados de soledad percibida en la población relevada. El 57,78% presenta un nivel moderado de soledad, el 41,18% una baja percepción de soledad y el 0,78% una alta percepción de soledad.

Al igual que se observa en otros estudios internacionales, la expresión extrema de la soledad aparece en una proporción reducida. Sin embargo, en la ciudad de Córdoba resulta especialmente significativa la extensión de los niveles moderados, lo que indica la presencia de un malestar subjetivo ampliamente distribuido, aun cuando no se exprese bajo formas críticas o extremas.

Este resultado permite comprender la soledad no deseada como un fenómeno gradual y multidimensional, que no debe analizarse únicamente a partir de sus manifestaciones más

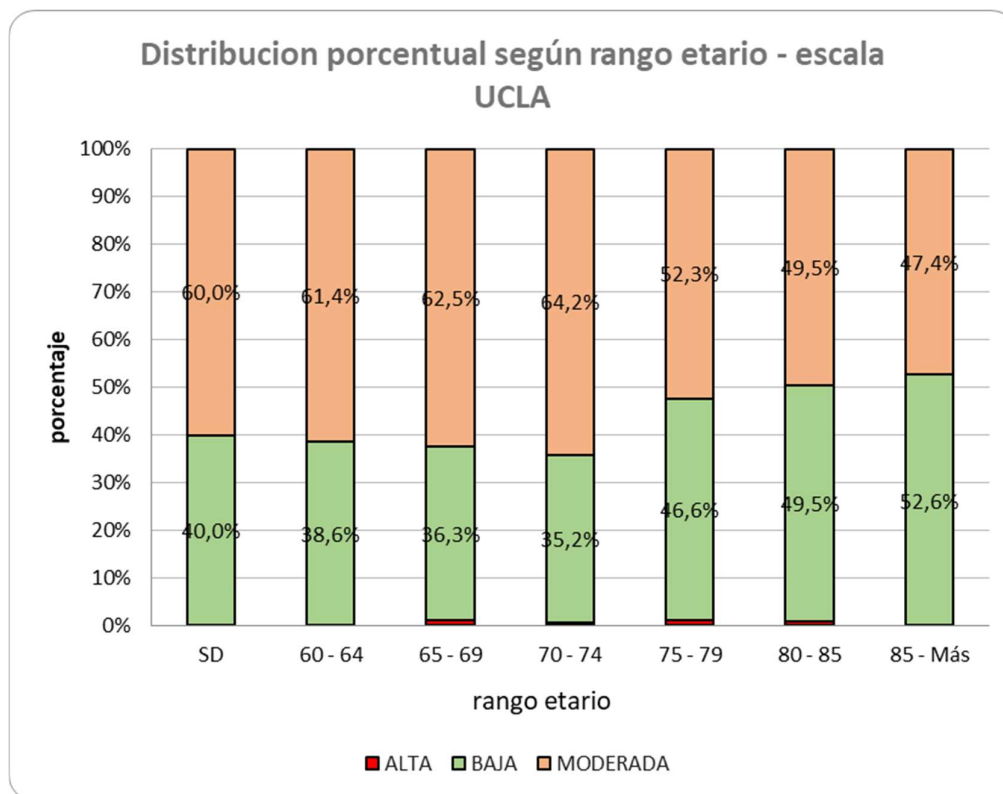
intensas. La elevada presencia de niveles moderados refuerza la importancia de avanzar en estrategias de prevención, detección temprana y fortalecimiento de vínculos sociales.



3.1.1 Soledad percibida según la Escala UCLA: análisis por variables sociodemográficas

El análisis de la soledad percibida según variables sociodemográficas y condiciones de vida permite identificar algunos patrones relevantes dentro de la población encuestada. En términos generales, los resultados muestran que los niveles moderados de soledad atraviesan distintos grupos de edad, género, nivel educativo, situación previsional, ingresos, formas de convivencia y acceso a tecnologías digitales. Esto refuerza el carácter transversal del fenómeno, aunque con expresiones diferenciales según las condiciones sociales y vinculares de las personas mayores.

3.1.1.a Soledad no deseada por rangos etarios

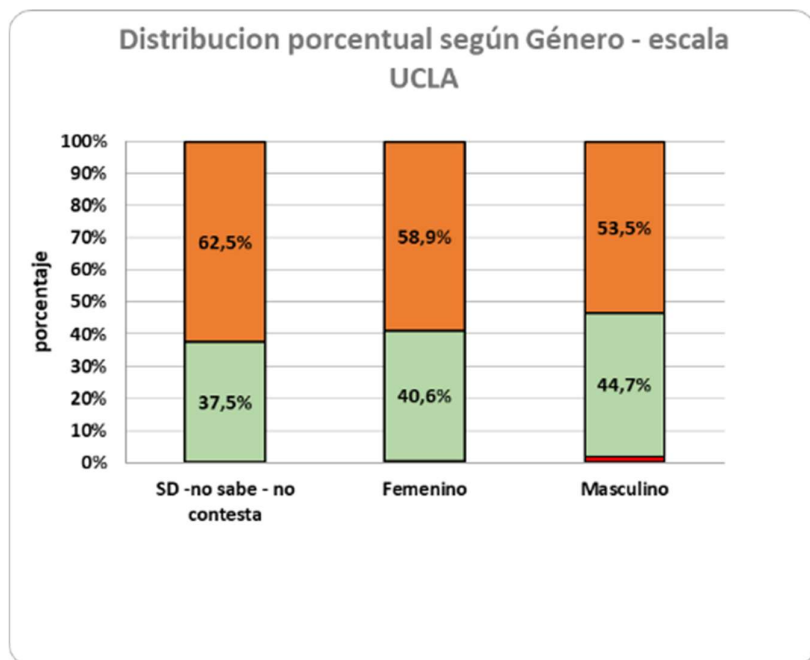


En relación con el rango etario, los niveles de soledad no deseada se concentran principalmente en la categoría moderada en todos los grupos. Esta es más alta entre los 65 y 74 años, donde supera el 62% .

A partir de los 75 años se observa una disminución de la soledad moderada y un aumento de la baja soledad, que alcanza su valor más alto en el grupo de 85 años y más con 52,6%.

La soledad alta se mantiene en niveles bajos y sin un patrón creciente según la edad. En conjunto, los datos muestran una predominancia de la soledad moderada en la mayoría de los tramos etarios y una mayor presencia de baja soledad en los grupos de mayor edad.

3.1.1.b Soledad no deseada según género

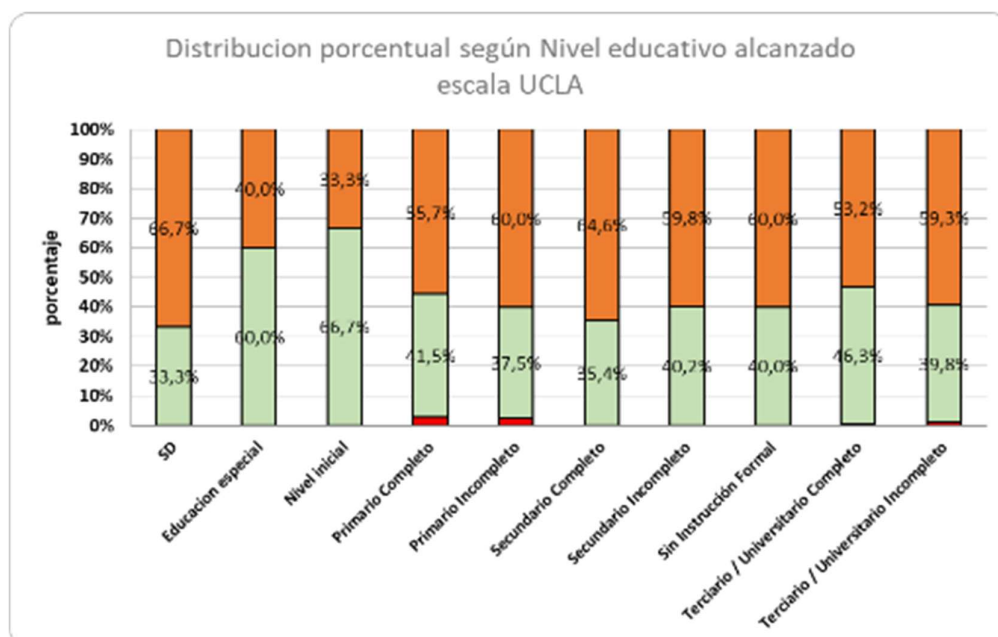


Al analizar los niveles de soledad no deseada según género, se observa que la soledad moderada constituye la categoría predominante tanto en mujeres como en varones.

Entre las mujeres, el 58,9% presenta niveles moderados de soledad no deseada, mientras que el 40,6% registra niveles bajos y el 0,5% niveles altos. En el caso de los varones, el 53,5% presenta soledad moderada, el 44,7% niveles bajos y el 1,9% niveles altos, siendo este último valor superior al registrado en mujeres.

En términos generales, los datos muestran que **la soledad no deseada atraviesa de manera significativa a ambos géneros**, con predominio de niveles moderados. Sin embargo, **se observa una mayor proporción de soledad alta en varones, mientras que en mujeres predomina la soledad moderada con mayor intensidad relativa.**

3.1.1.c Soledad no deseada y niveles educativos

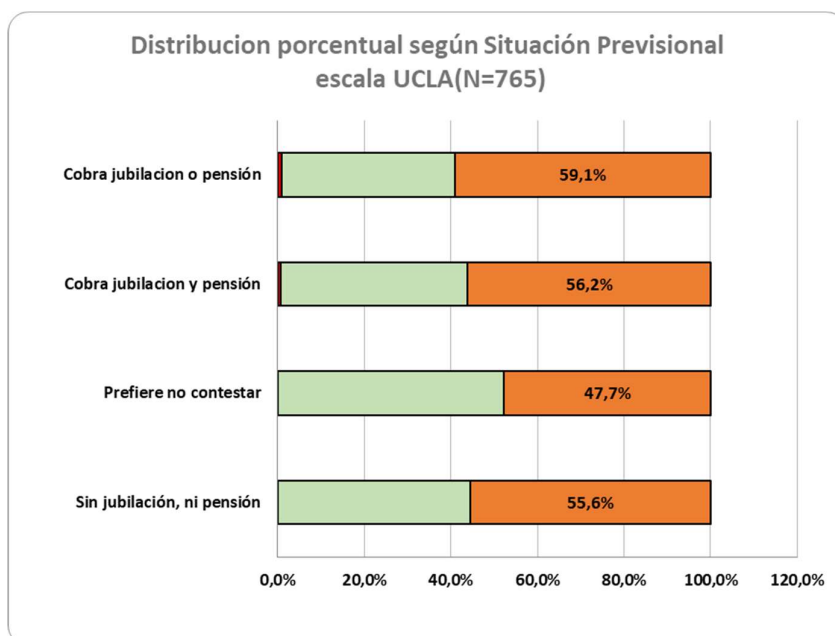


En relación con el nivel educativo, los mayores niveles de soledad no deseada moderada, se concentran entre las personas con secundario completo, donde alcanza el 64,6%, seguidas por quienes poseen primario incompleto y sin instrucción formal, con el 60,0%, y secundario incompleto, con el 59,8%. Asimismo, las personas con primario completo presentan los niveles más altos de soledad no deseada alta, alcanzando el 2,8%, seguidas por quienes tienen primario incompleto, con el 2,5%.

Por otra parte, los menores niveles de soledad no deseada moderada se registran entre las personas con nivel inicial, donde alcanza el 33,3%, y educación especial, con el 40,0%, predominando en estos grupos los niveles bajos de soledad no deseada.

En términos generales, **los datos muestran una mayor presencia de situaciones de soledad no deseada entre personas con trayectorias educativas medias e incompletas**, aunque el fenómeno atraviesa a todos los niveles educativos relevados.

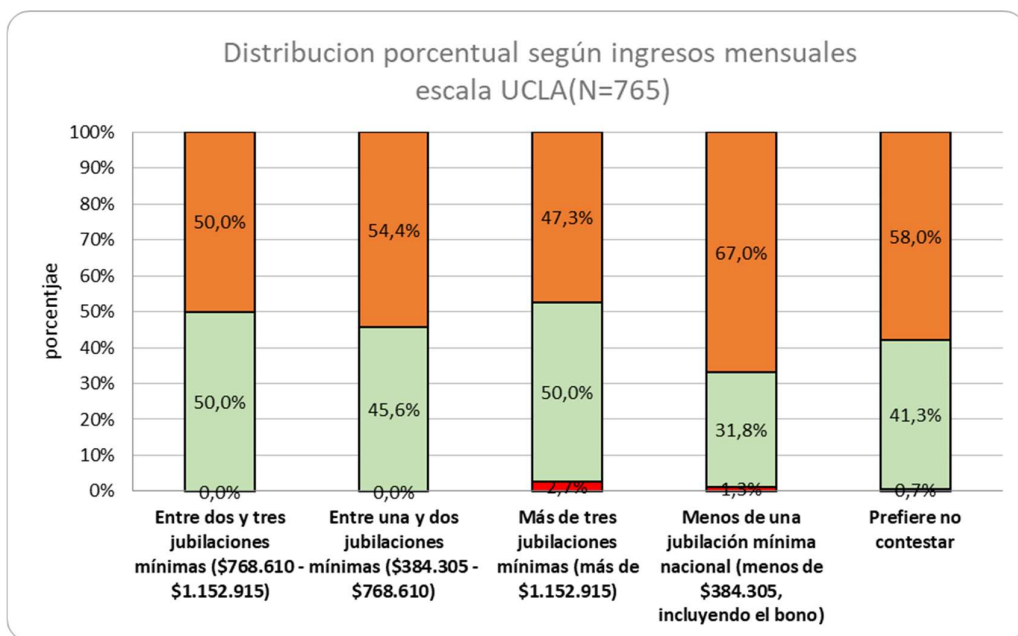
3.1.1.d Soledad no deseada según la situación previsional, Ingresos y trabajo



En relación con la **situación previsional**, la soledad no deseada moderada predomina en todos los grupos relevados, especialmente entre las personas que cobran jubilación o pensión, donde alcanza el 59,1%, y quienes perciben jubilación y pensión, con el 56,2%. Asimismo, las personas sin jubilación ni pensión presentan un 55,6% de soledad moderada.

Por otra parte, la soledad no deseada alta presenta baja prevalencia en todos los grupos, aunque se registra principalmente entre quienes cuentan con cobertura previsional, debido a las características del grupo etario y el alcance de cobertura universal en el país.

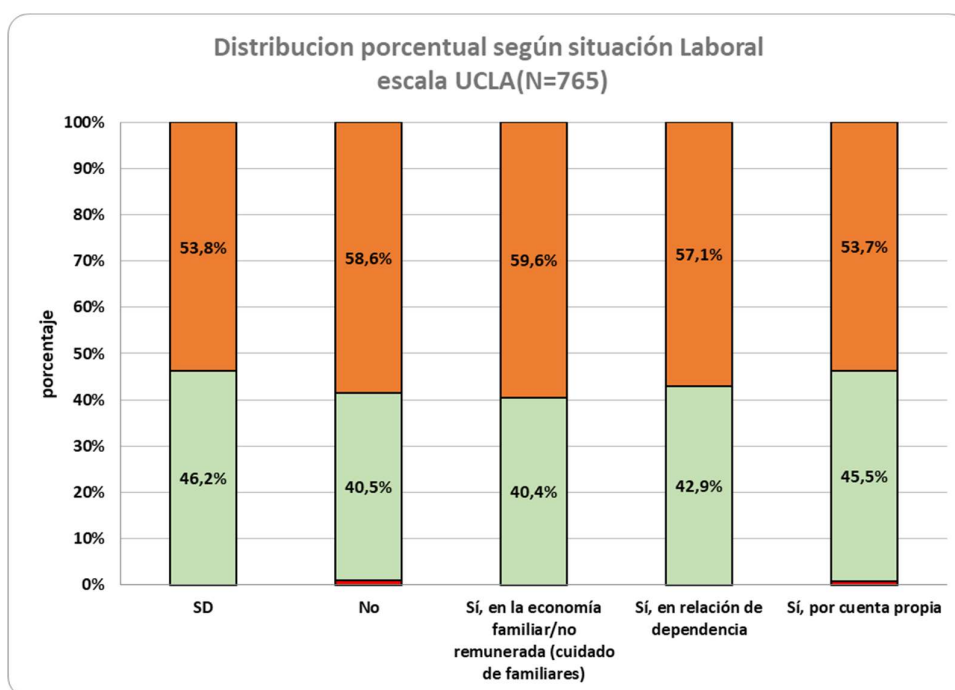
En términos generales, los datos muestran que la soledad no deseada atraviesa las distintas situaciones previsionales, con mayor presencia entre personas que dependen de ingresos jubilatorios y previsionales.



En relación con los **ingresos mensuales**, la soledad no deseada moderada presenta mayor prevalencia entre las personas con menores niveles de ingresos. En particular, quienes perciben menos de una jubilación mínima nacional registran el porcentaje más elevado, alcanzando el 67,0%.

Por el contrario, los menores niveles de soledad moderada se observan entre quienes poseen ingresos superiores a tres jubilaciones mínimas, donde alcanza el 47,3%, predominando en este grupo los niveles bajos de soledad no deseada.

En términos generales, los datos evidencian una relación entre menores ingresos y mayores niveles de soledad no deseada, especialmente en su intensidad moderada.



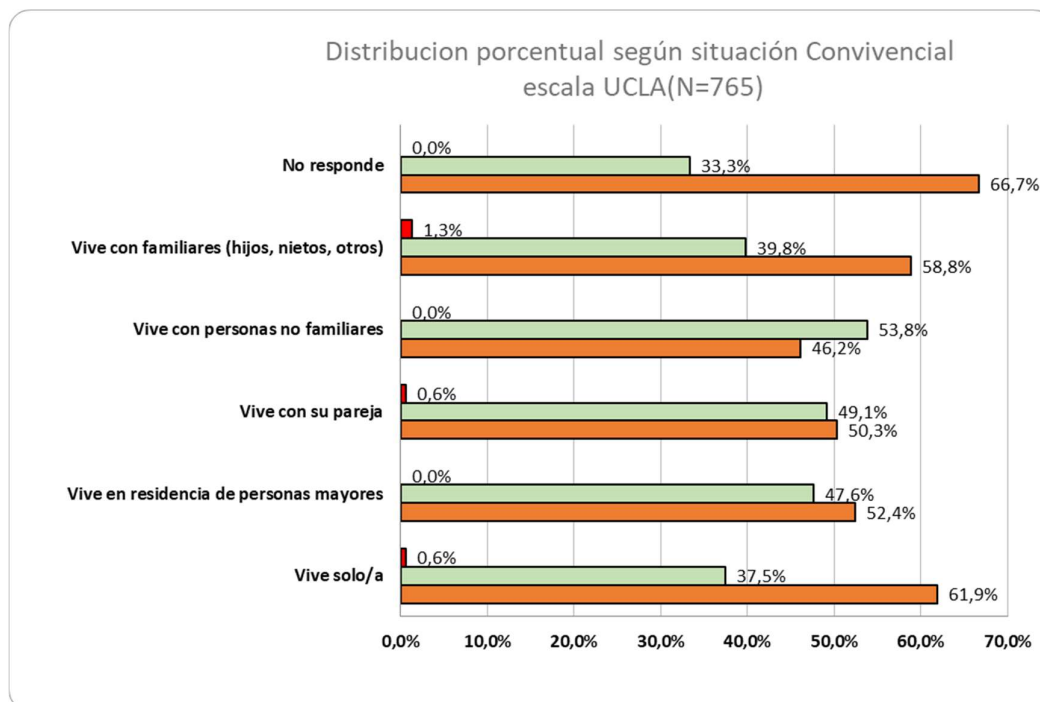
La **situación laboral** expresa porcentajes más elevados de soledad no deseada moderada entre las personas que realizan tareas de cuidado en la economía familiar/no remunerada, donde alcanza el 59,6%, seguidas por quienes no realizan actualmente una actividad laboral, con el 58,6%, y quienes trabajan en relación de dependencia, con el 57,1%.

Los mayores niveles de soledad baja, está conformado por quienes trabajan por cuenta propia, representado en el 45.5% de las personas que trabajan de ese modo.

En cuanto a la soledad no deseada alta, su presencia es reducida en todos los grupos, aunque aparece principalmente entre las personas que no realizan actividad laboral y quienes trabajan por cuenta propia.

En términos generales, el análisis conjunto de la situación previsional, los ingresos y la situación laboral evidencia que **la soledad no deseada presenta mayor prevalencia entre personas con menores ingresos, dependencia de ingresos previsionales y baja participación en actividades laborales remuneradas**. Esto sugiere que las condiciones económicas y ocupacionales pueden constituir dimensiones relevantes en la configuración de experiencias de soledad durante el envejecimiento, particularmente en su intensidad moderada.

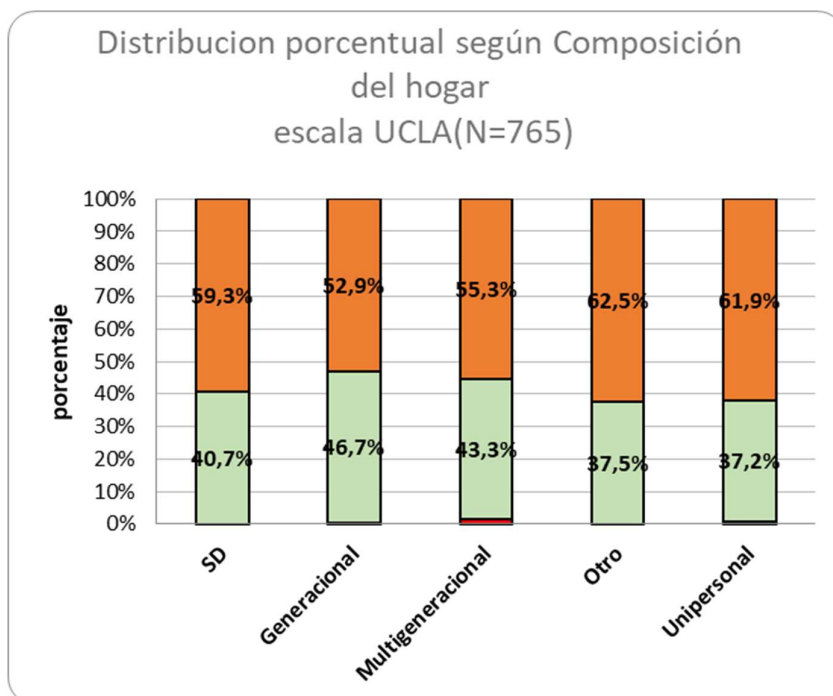
3.1.1.e Soledad no deseada según la situación convivencial y composición del hogar



El análisis de la **situación convivencial** muestra que la mayor proporción de soledad no deseada en niveles altos se registra en personas que viven con familiares, con 1,3%, seguido por quienes viven solos/as y en pareja, ambos con 0,6%. En el caso de las personas que viven en residencias y quienes viven con personas no familiares, no se registran valores de soledad alta.

En relación con la soledad moderada, se observa una mayor concentración entre quienes viven solos/as, con 61,9%, y quienes viven con familiares, con 58,8%. En niveles de baja soledad, la mayor proporción se registra entre quienes viven con personas no familiares, con 53,8%, seguidos por quienes conviven en pareja con 49,1% y quienes viven en residencias con 47,6%, mientras que el valor más bajo de soledad no deseada baja, se observa entre quienes viven solos/as, con 37,5%.

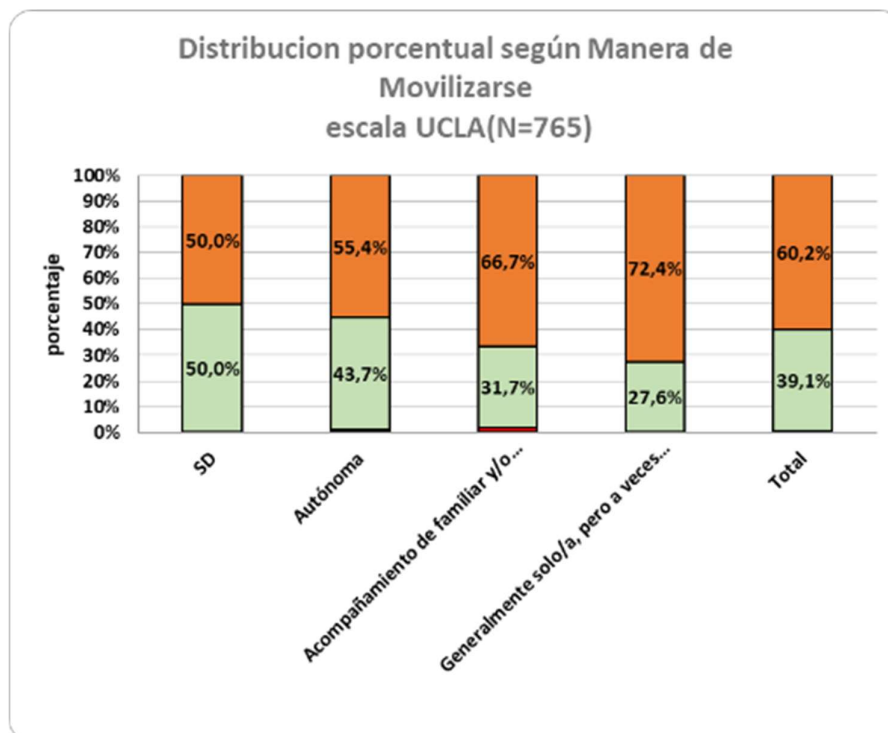
En conjunto, los datos muestran que la convivencia con familiares y la vida en soledad concentran mayor presencia de soledad moderada, mientras que los menores niveles relativos de soledad se observan en la convivencia con personas no familiares y en pareja.



En cuanto a la **composición del hogar**, se mantiene una tendencia similar. Los hogares generacionales presentan la mayor proporción de baja soledad no deseada 46,7%, seguidos por los multigeneracionales 43,3%. En el extremo opuesto, los hogares unipersonales muestran los valores más bajos de baja soledad 37,2% y la mayor concentración de soledad moderada 61,9%, lo que sugiere una mayor vulnerabilidad relativa en este tipo de configuración doméstica.

En conjunto, ambos indicadores permiten identificar un patrón consistente: **las formas de convivencia más vinculadas a la presencia de vínculos cotidianos no familiares o relaciones de pareja tienden a asociarse con mejores niveles relativos de baja soledad no deseada, mientras que la condición unipersonal o con menor densidad relacional presentan una mayor concentración de soledad moderada.**

3.1.2 Soledad no deseada según maneras de moverse



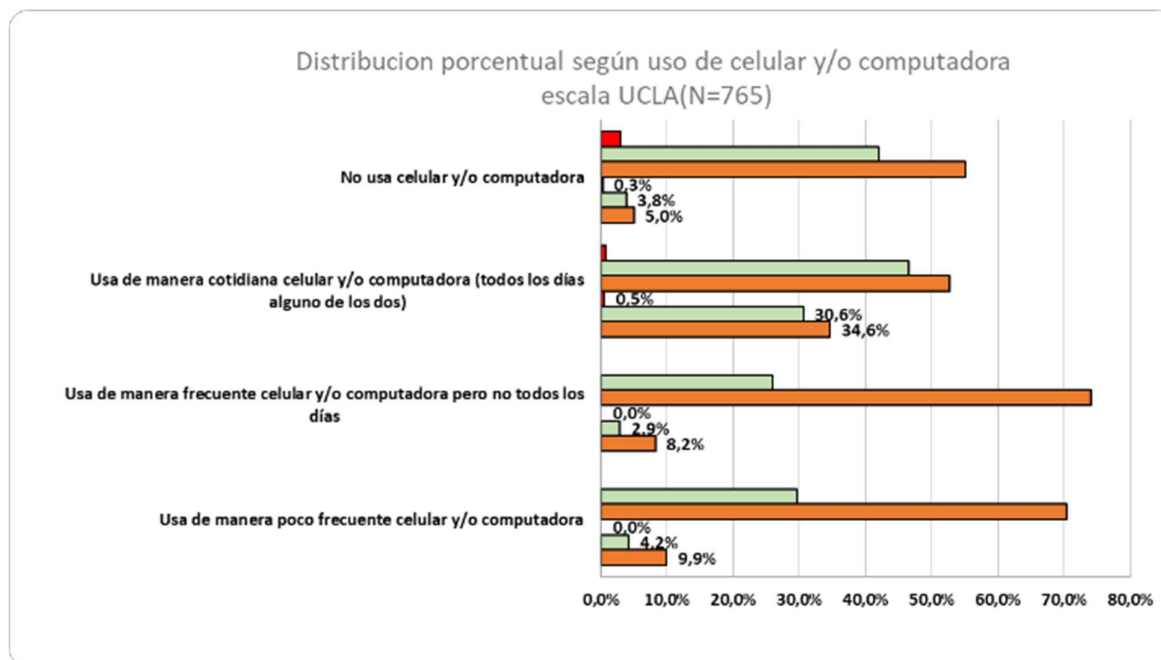
Las personas con mayores niveles de soledad no deseada son aquellas que se movilizan generalmente solas pero reciben acompañamiento ocasional, donde la baja soledad se reduce al 27,6% y la soledad moderada asciende al 72,4%, constituyéndose como el grupo con mayor concentración de soledad dentro de este eje.

En un nivel intermedio, se ubican quienes se movilizan con acompañamiento de familiares y/o cuidadores, donde la baja soledad desciende al 31,7% y aumenta la presencia de soledad moderada, lo que indica una mayor intensidad de la soledad en comparación con la movilidad autónoma, pero sin alcanzar los valores más extremos del conjunto.

Las personas con niveles más bajos de soledad no deseada son aquellas con movilidad autónoma, donde se observa la mayor proporción de baja soledad, alcanzando el 43,7%. Este grupo presenta una distribución más equilibrada y relativamente más favorable.

En conjunto, **la movilidad autónoma se asocia a menores niveles relativos de soledad**, mientras que las formas de movilidad con menor autonomía o mayor aislamiento cotidiano tienden a concentrar mayores niveles de soledad moderada.

3.1.3 Uso de dispositivos tecnológicos de comunicación y sentimiento de soledad no deseada



Las personas con mayores niveles de soledad no deseada son aquellas que utilizan dispositivos digitales de manera frecuente pero no todos los días y quienes los usan de manera poco frecuente. En estos casos, la baja soledad desciende a 25,9% y 29,6% respectivamente, mientras que la soledad moderada asciende a 74,1% y 70,4%, constituyendo los valores más altos dentro del eje analizado.

En un nivel intermedio se ubican quienes no usan celular ni computadora, donde la baja soledad se sitúa en el 42%, aunque con una distribución más equilibrada entre baja y moderada soledad. Este grupo no presenta los peores indicadores, pero sí una menor intensidad de uso tecnológico asociada a una mayor presencia de soledad moderada.

Las personas con menores niveles de soledad no deseada son aquellas que usan de manera cotidiana celular y/o computadora, es decir, todos los días alguno de los dos dispositivos. En este grupo se registra la mayor proporción de baja soledad, alcanzando el 46,5%, lo que sugiere una asociación entre uso cotidiano de tecnologías y mejores niveles relativos de integración social.

Finalmente, **el uso cotidiano de tecnologías digitales aparece asociado a mejores niveles relativos de soledad no deseada, mientras que el uso intermitente o poco frecuente se vincula con una mayor concentración de soledad moderada.**

3.1.4 Síntesis de resultados de Soledad no deseada, escala UCLA

Los resultados obtenidos a partir de la Escala de Soledad UCLA muestran una clara concentración de la población en niveles moderados de soledad percibida, que alcanzan el 57,78%. En segundo lugar, el 41,18% presenta niveles bajos de soledad, mientras que solo el 0,78% se ubica en niveles altos.

En términos generales, estos datos evidencian que **la soledad no deseada se expresa predominantemente como un malestar de intensidad moderada, ampliamente distribuido en la población relevada, con una baja incidencia de formas severas.** Esto permite comprender el fenómeno como una experiencia extendida pero no extrema, lo que refuerza su carácter gradual y heterogéneo dentro del proceso de envejecimiento.

El análisis mediante cruces con variables sociodemográficas muestra que la soledad moderada se mantiene como categoría predominante en todos los grupos considerados. Sin embargo, **se observan variaciones relevantes según condiciones de vida y estructura social.** Los niveles más altos de soledad moderada se concentran en personas con trayectorias educativas medias e incompletas, en sectores de menores ingresos, en situaciones de menor participación laboral y en determinados arreglos convivenciales como la vida en soledad o con menor densidad de vínculos cotidianos.

Asimismo, **se identifica que el uso cotidiano de tecnologías digitales y la mayor integración convivencial se asocian a niveles relativamente más bajos de soledad, mientras que la menor conectividad digital y las condiciones de mayor fragilidad socioeconómica tienden a incrementar la presencia de soledad moderada.**

En conjunto, los cruces sociodemográficos refuerzan el carácter transversal del fenómeno, aunque con expresiones diferenciadas según las condiciones materiales, relacionales y de acceso a recursos de la población mayor analizada.

3.2 Riesgo de aislamiento social según la Escala Lubben

—LSNS-6—



Los resultados obtenidos mediante la Escala de Redes Sociales de Lubben —LSNS-6— muestran que el 24,18% de la población relevada presenta alto riesgo de aislamiento social, evidenciando redes de apoyo significativamente reducidas y posibles dificultades para sostener vínculos frecuentes o contar con apoyos cotidianos. Asimismo, el 31,24% se ubica en una situación de riesgo moderado o red social reducida, mientras que el 44,31% cuenta con una red social adecuada, con mayores niveles de interacción y disponibilidad de apoyos familiares, comunitarios o de amistad.

En términos generales, los datos muestran que **más de la mitad de la población estudiada, el 55,42% presenta algún nivel de vulnerabilidad vinculado al aislamiento social, ya sea en formas moderadas o de alta intensidad.** Este hallazgo resulta relevante en tanto el aislamiento social constituye un factor asociado a múltiples efectos negativos sobre la salud integral, el bienestar emocional y las posibilidades de participación comunitaria de las personas mayores.

A diferencia de la soledad no deseada —que refiere a una experiencia subjetiva— el aislamiento social expresa una dimensión más estructural y objetiva de las relaciones sociales, vinculada a la cantidad y frecuencia de contactos, la disponibilidad de redes de apoyo y la inserción en espacios de intercambio social. En este sentido, la coexistencia de niveles importantes de riesgo moderado y alto sugiere la necesidad de fortalecer estrategias comunitarias, dispositivos territoriales y políticas de acompañamiento orientadas a sostener la integración social y prevenir situaciones de desvinculación progresiva.

3.2.1 Riesgo de aislamiento social y redes de apoyo según la Escala Lubben

—LSNS-6—: análisis por variables sociodemográficas

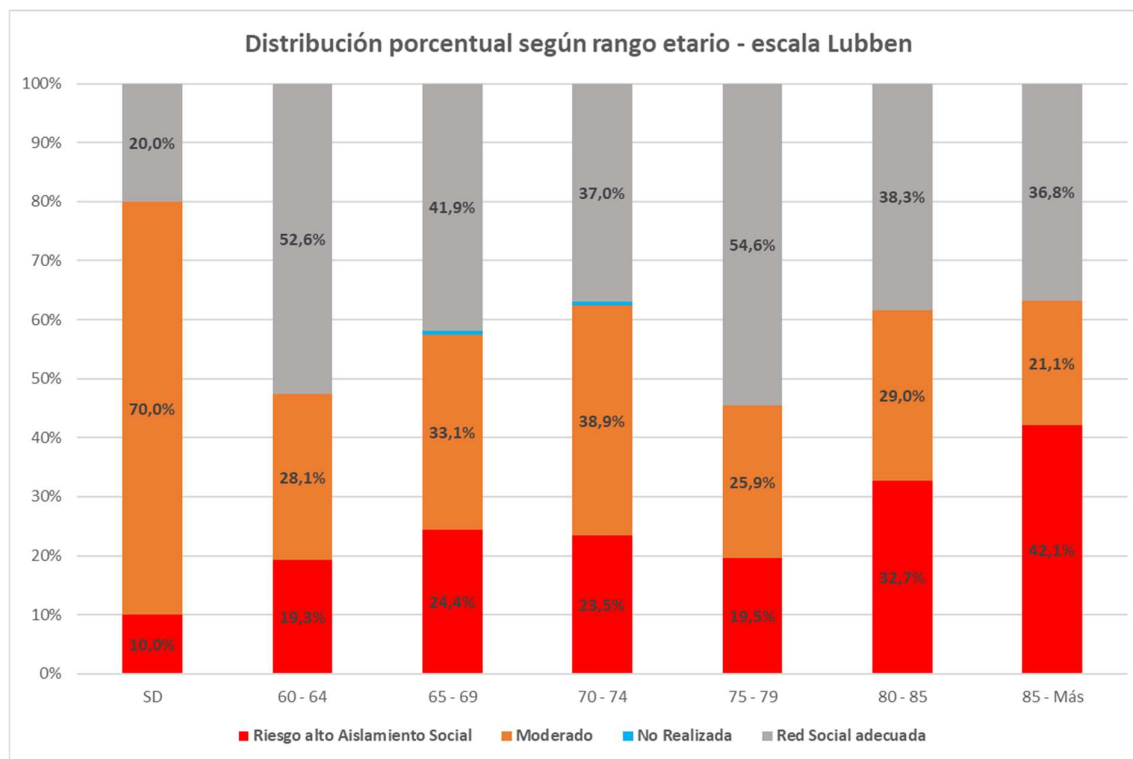
En este apartado se analiza el riesgo de aislamiento social a partir de la Escala de Apoyo Social de Lubben LSNS-6, instrumento que permite evaluar la fortaleza de las redes sociales en términos de tamaño, frecuencia de contacto y disponibilidad de apoyo. A diferencia de la medición de la soledad percibida, esta escala posibilita una aproximación más estructural a las condiciones de integración social de las personas.

Asimismo, su utilización habilita el cruce con variables sociodemográficas relevantes como edad, género, nivel educativo, situación laboral, condiciones de convivencia e ingresos, lo que permite identificar patrones diferenciales de riesgo y desigualdad en la configuración de las redes de apoyo.

En este sentido, el análisis que se presenta a continuación busca caracterizar la distribución del riesgo de aislamiento social en la población relevada y su relación con los principales determinantes sociales considerados en el estudio.

En términos generales, se observa que el 44,3% de la población presenta una red social adecuada, mientras que el 31,2% se ubica en una situación de aislamiento social moderado y el 24,2% en riesgo alto de aislamiento social. Esta distribución evidencia que más de la mitad de las personas relevadas presenta algún grado de fragilidad en sus redes sociales.

3.2.1.a Rangos etarios y aislamiento social

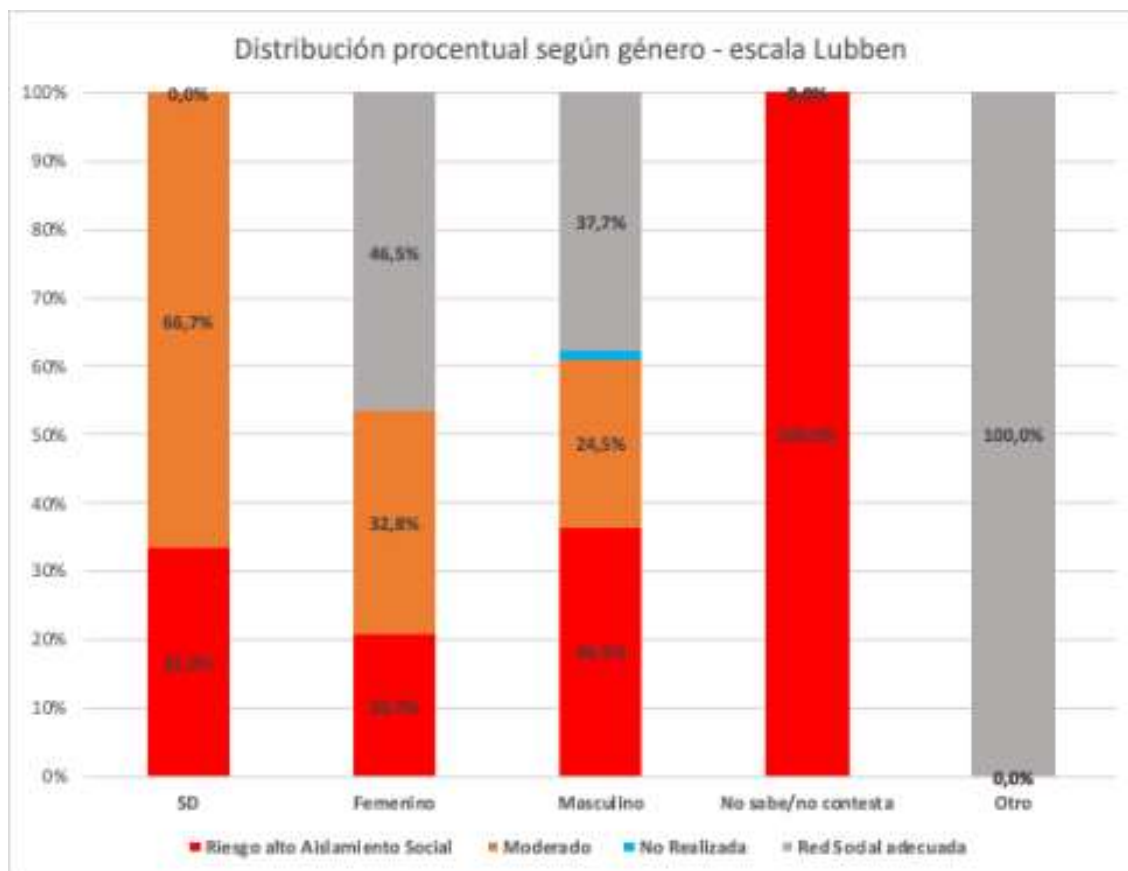


Al desagregar por edad, se identifican diferencias relevantes. En los grupos de 60 a 64 años y de 75 a 79 años se registra una mayor proporción de redes sociales adecuadas, con 52,6% y 54,6% respectivamente, lo que sugiere mejores niveles de integración social en estas franjas. En contraste, los grupos de mayor edad presentan un incremento del riesgo. En el tramo de 80 a 85 años el riesgo alto asciende al 32,7%, mientras que en el grupo de 85 años y más alcanza el valor más elevado, con 42,1%, acompañado de una menor proporción de redes sociales adecuadas, 36,8%.

En los grupos intermedios de 65 a 74 años, se observa una mayor concentración en niveles de aislamiento moderado, que oscila entre el 33,1% y el 38,9%, lo que da cuenta de una zona de transición donde las redes comienzan a debilitarse sin llegar necesariamente a situaciones críticas.

En conjunto, el gráfico evidencia un patrón etario claro: **el riesgo de aislamiento social tiende a incrementarse en las edades más avanzadas, mientras que la calidad de las redes sociales se mantiene relativamente más estable en los tramos iniciales de la vejez.**

3.2.1.b Género y aislamiento social

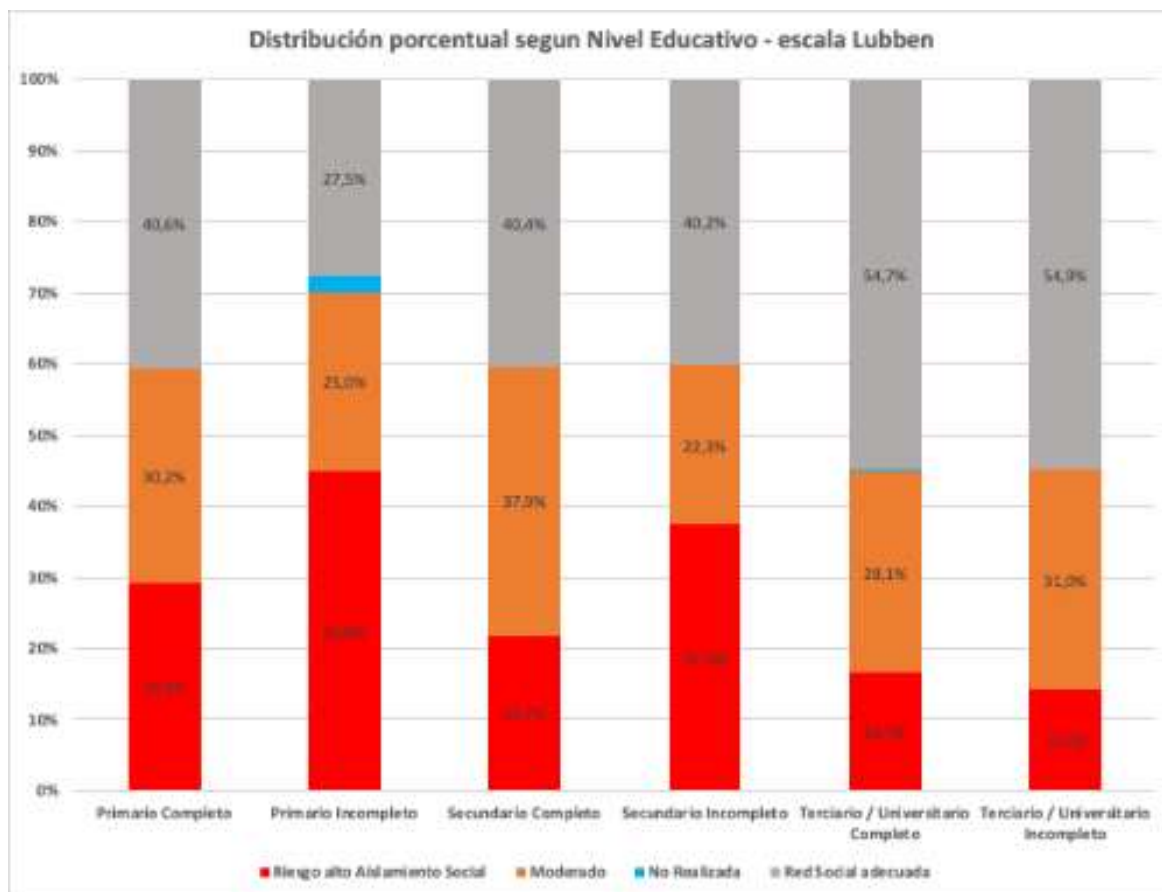


En relación con el género, las mujeres presentan mayores niveles de aislamiento social moderado 32.8% y también concentran la mayor proporción de redes sociales adecuadas 46.5%. Sin embargo, el riesgo alto de aislamiento social alcanza el 20.7% en este grupo.

Por su parte, dentro del segmento de varones se registra un 36,5% de riesgo alto de aislamiento social, un 24,5% de aislamiento moderado y un 37,7% de redes sociales adecuadas. Es decir, si tomamos los porcentajes hacia dentro de cada género, el masculino concentra la mayor proporción de riesgo alto y un valor más elevado sumado los niveles moderado y el alto 61% contra 53,5 en mujeres.

En términos generales, los datos evidencian diferencias en la configuración del aislamiento social según género: **entre las mujeres predominan situaciones de aislamiento moderado y mayores niveles de redes sociales adecuadas, mientras que los varones presentan proporcionalmente una mayor vulnerabilidad en los niveles altos de aislamiento social.**

3.2.1.c Aislamiento social según niveles educativos



En relación con el nivel educativo, el riesgo alto de aislamiento social presenta mayores valores entre las personas que tienen primario incompleto 45%, seguido de quienes cuentan con secundario incompleto un 35,7%. Por su parte, los valores más bajos de aislamiento social se encuentran en aquellos estratos con mayores estudios: 14,2% para quienes no llegaron a completar el terciario/universitario y 16,7% para quienes lograron completar este nivel, mientras que le sigue quienes finalizaron el secundario con un 21,7%.

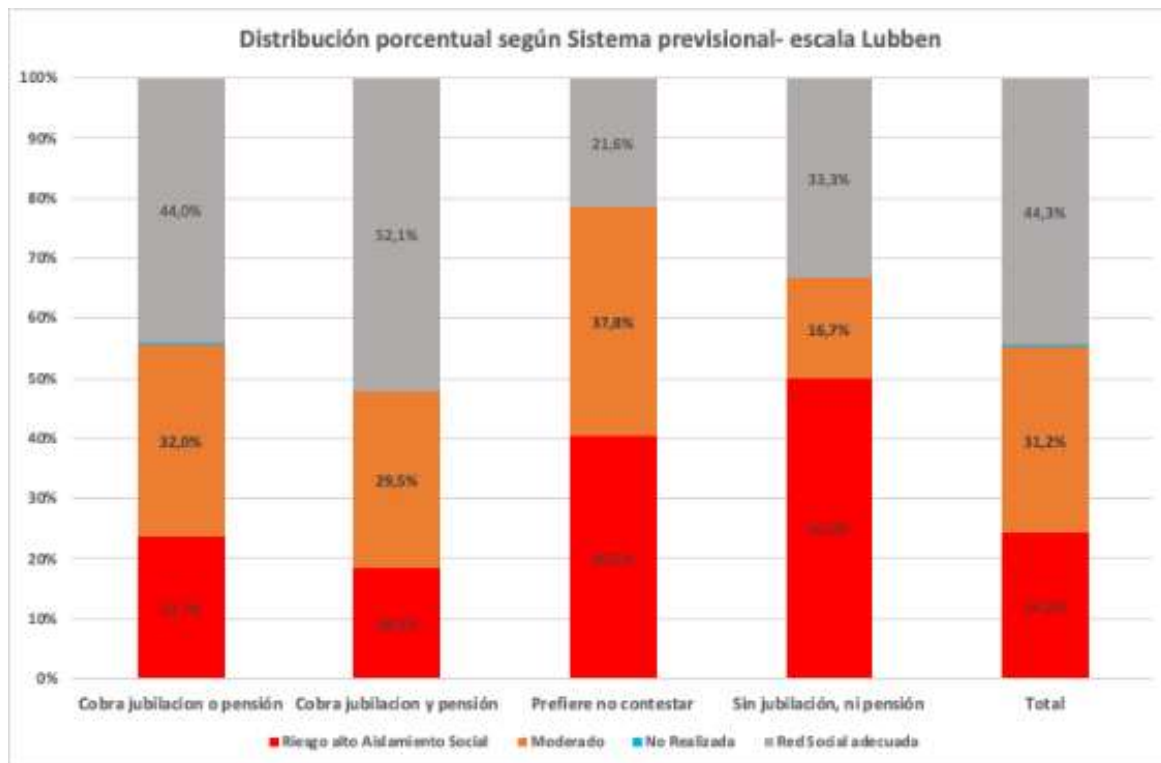
El aislamiento moderado se concentra principalmente entre las personas con secundario completo, alcanzando el 37,9%, y entre quienes poseen estudios terciarios o universitarios completos, con un 31%.

Asimismo, las redes sociales adecuadas predominan entre las personas con estudios terciarios o universitarios ya sea incompletos o finalizados, representando el 54,9% y 54,7% dentro de sus segmentos respectivamente.

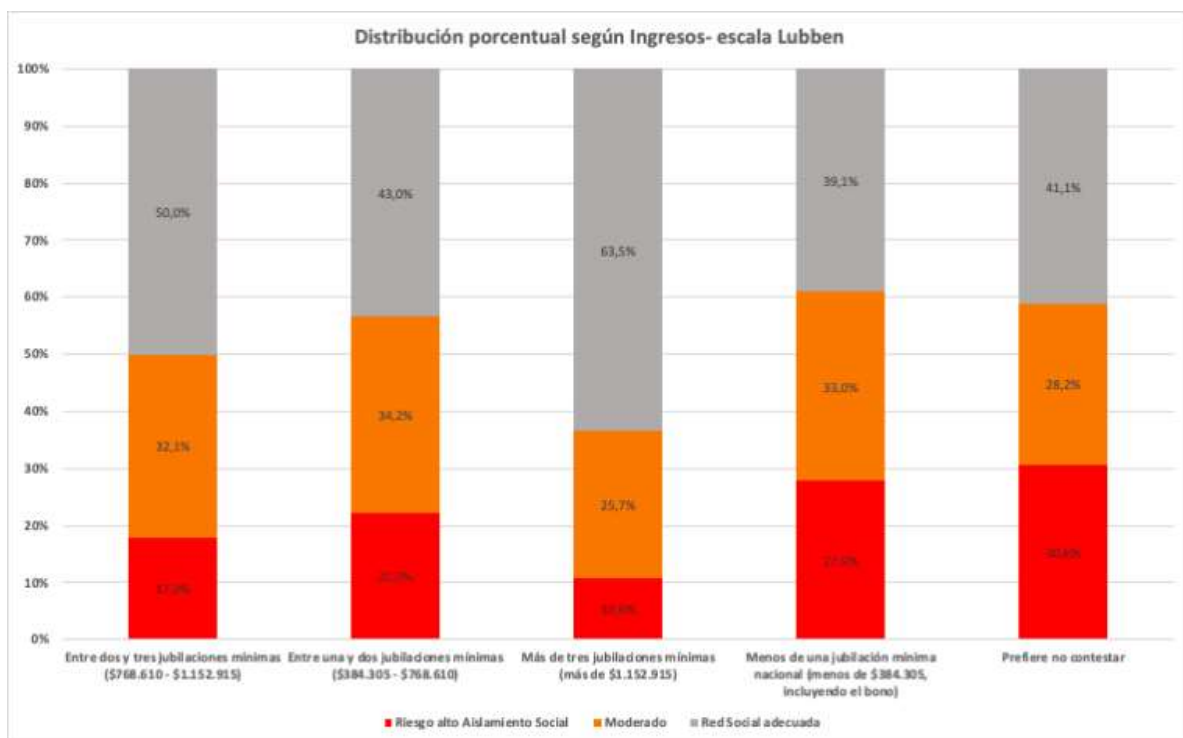
A grandes rasgos, los datos muestran que el riesgo de aislamiento social atraviesa todos los niveles educativos, aunque **los niveles educativos más altos presentan simultáneamente**

mayores porcentajes de redes sociales adecuadas mientras que menores grados de riesgos altos de aislamiento social, evidenciando configuraciones relacionales más heterogéneas.

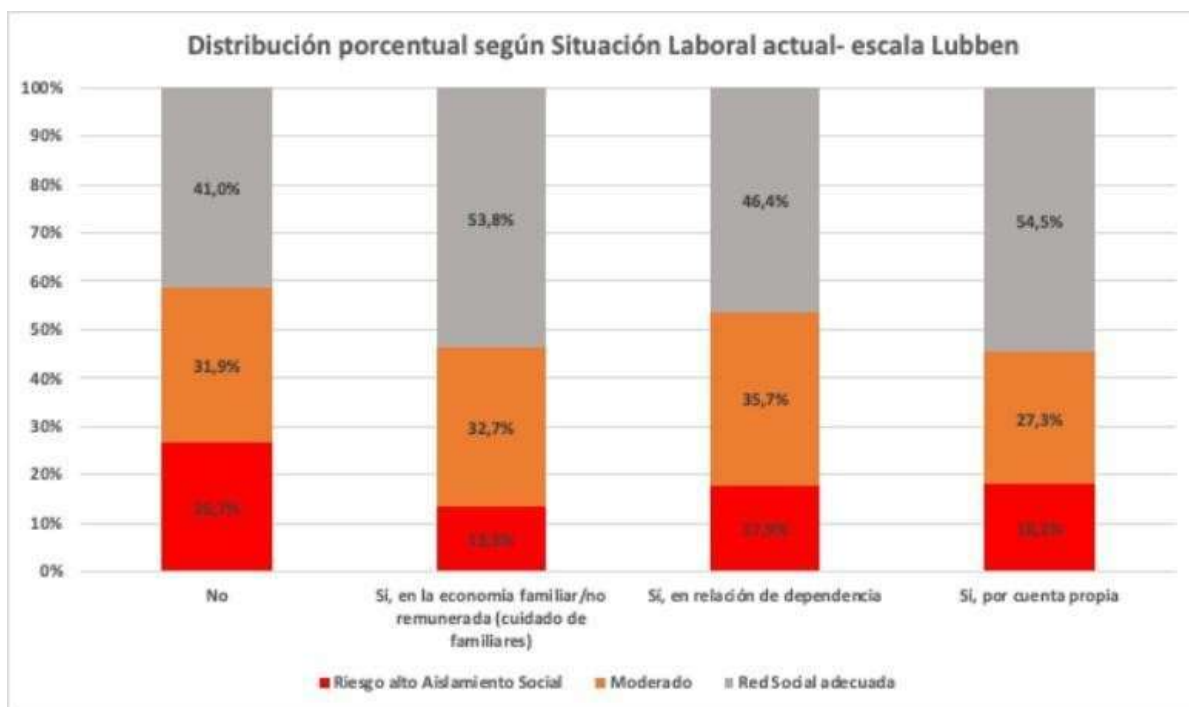
3.2.1.d Aislamiento social según la situación previsional, de ingresos y trabajo



En relación con la situación previsional, **el riesgo alto de aislamiento social se concentra principalmente entre las personas sin jubilación ni pensión**, alcanzando el 50% en ese estrato, mientras que el aislamiento moderado representa el 16.7% en este grupo. Asimismo, quienes perciben simultáneamente jubilación y pensión presentan un 18.5% de riesgo alto y un 29.5% de aislamiento moderado. Por otra parte, las redes sociales adecuadas predominan también entre las personas con cobertura previsional alcanzando el 44% entre quienes cobran jubilación o pensión y el 52,1% entre quienes perciben ambos ingresos previsionales.



Respecto de los ingresos mensuales, **el riesgo alto de aislamiento social presenta sus mayores valores entre las personas que perciben menos de una jubilación mínima nacional**, con un 27.9%, y entre quienes reciben entre una y dos jubilaciones mínimas, con un 21,9%. Del mismo modo, el aislamiento moderado alcanza el 33% y el 34,2% respectivamente en estos grupos. En contraste, las redes sociales adecuadas muestran mayores porcentajes entre quienes perciben más de tres jubilaciones, con un 63,5%, y entre dos y tres, con un 50%, siguiendo con quienes reciben entre una y dos, con un 43%. Vemos una clara relación entre mayores ingresos y redes sociales más adecuadas, de manera que mientras se reducen las jubilaciones percibidas también decaen las redes sociales aumentando los riesgos de aislamiento social.

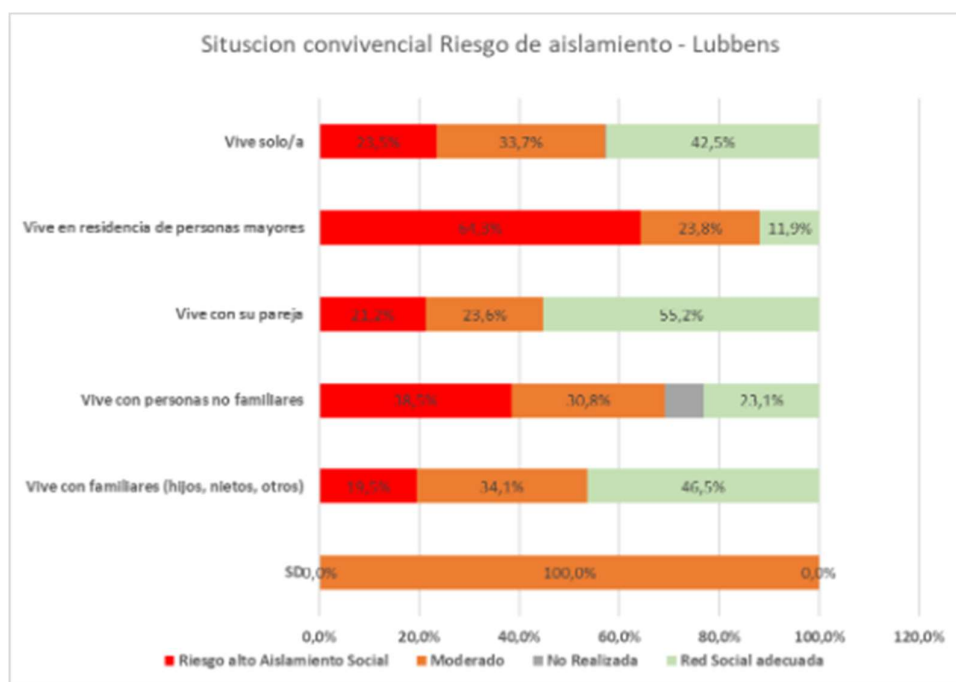


En cuanto a la **situación laboral**, las personas que no realizan actividad laboral presentan los mayores niveles de riesgo alto de aislamiento social, con un 26,7%. Sumado a esto, padecen también la mayor proporción del agregado entre riesgo alto y moderado llegando a un 58,6% dentro de ese estrato. Les siguen quienes trabajan en relación de dependencia, con un 17,9% de riesgo alto y 35,7% de moderado (entre los cuales suman 53,6%). Por su parte, quienes poseen más redes sociales adecuadas son aquellas personas que declaran trabajar ya sea por cuenta propia (54,5% del segmento) como en la economía familiar (53,8%).

En conjunto, los datos muestran que **el riesgo de aislamiento social presenta mayor prevalencia entre las personas sin cobertura previsional, menores niveles de ingresos y sin actividad laboral actual**. Tanto el aislamiento alto como el moderado se concentran principalmente entre quienes no cobran jubilaciones o pensiones, perciben ingresos bajos y se encuentran retirados del mercado de trabajo.

Asimismo, **la contracara de este fenómeno es que las redes sociales adecuadas se concentran en los grupos opuestos, es decir, en aquellos con mejor situación previsional y económica**. De esta manera, los resultados evidencian que las condiciones económicas y la desvinculación de la actividad laboral constituyen dimensiones relevantes en la configuración del aislamiento social en las personas mayores.

3.2.1.e Aislamiento social según situación convivencial y composición del hogar

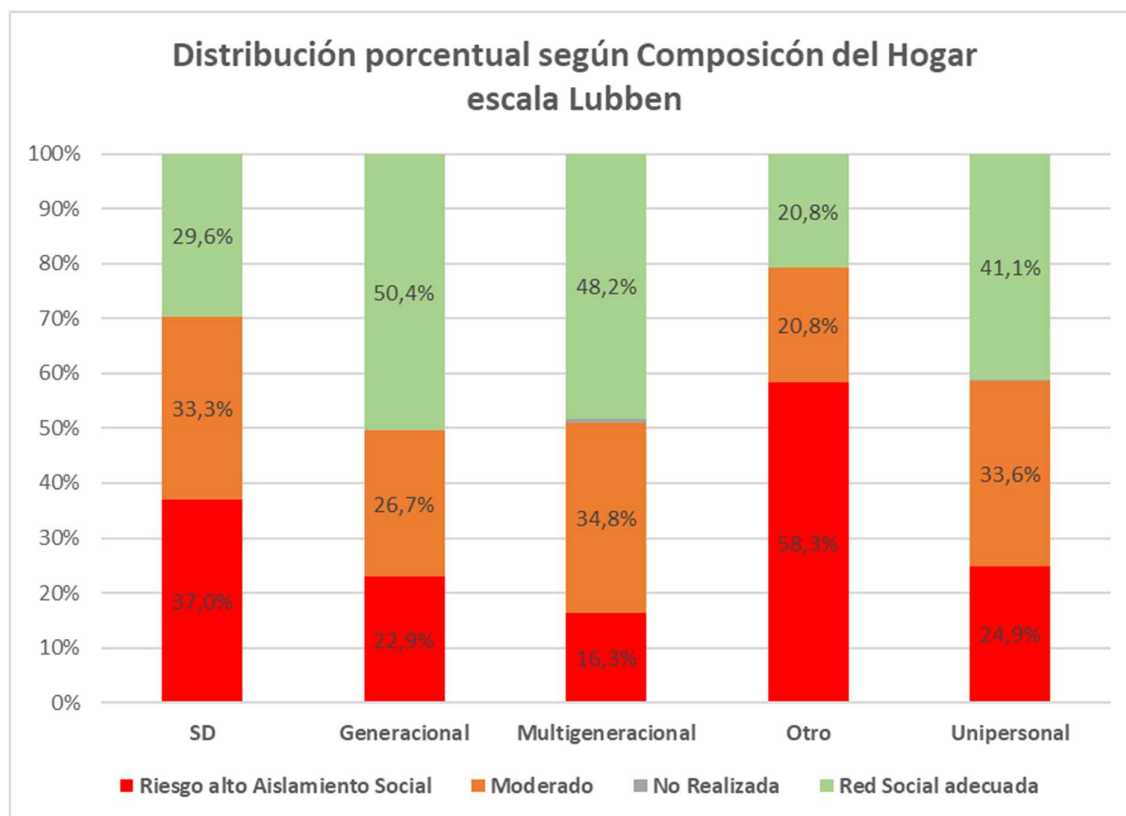


Al desagregar por **tipo de convivencia** se observan diferencias relevantes en el riesgo de aislamiento social. Las personas que viven con su pareja presentan la mejor situación relativa, con 55,2% de redes sociales adecuadas, seguidas por quienes viven con familiares como hijos, nietos u otros, con 46,5%, lo que sugiere una asociación entre convivencia familiar y mayor integración social.

En el caso de quienes viven solos, la distribución es más equilibrada, con 42,5% de red social adecuada, 33,7% en aislamiento moderado y 23,5% en riesgo alto, lo que indica que vivir solo no implica necesariamente aislamiento, aunque sí una mayor presencia de situaciones de vulnerabilidad intermedia.

En contraste, las personas que viven en residencias de personas mayores presentan el escenario más crítico, con 64,3% en riesgo alto de aislamiento social y sólo 11,9% con red social adecuada, evidenciando una fuerte fragilidad en las redes de apoyo en este tipo de instituciones.

Asimismo, quienes conviven con personas no familiares muestran también niveles elevados de riesgo, con 38,5% en aislamiento alto y 30,8% en moderado, lo que sugiere que la convivencia por sí sola no garantiza la existencia de vínculos de apoyo significativos.



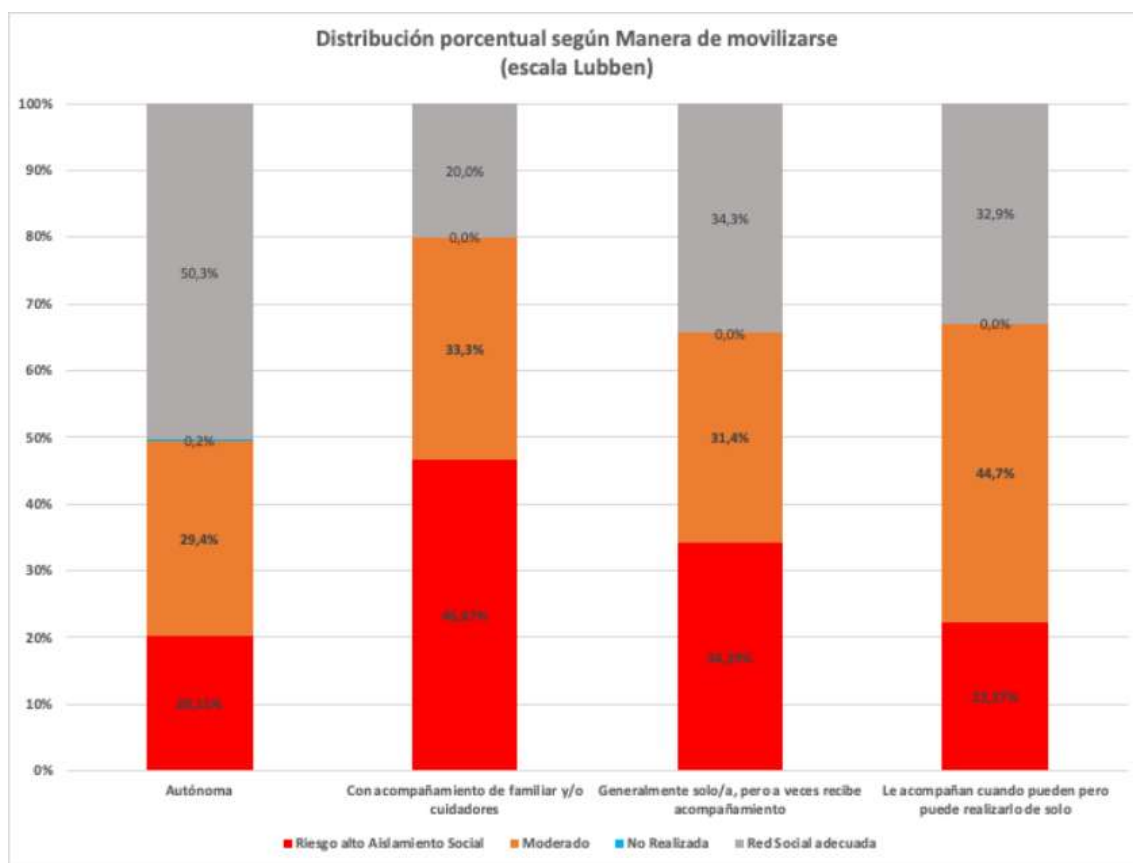
Se observa que los hogares multigeneracionales presentan una de las mejores situaciones relativas, con 48,2% de redes sociales adecuadas y el menor nivel de riesgo alto, con 16,3%. En una situación similar se encuentran los hogares generacionales, con 50,4% de red social adecuada y 22,9% en riesgo alto, lo que sugiere que la convivencia entre distintas generaciones o dentro de una misma generación favorece la integración social.

Los hogares unipersonales muestran una situación intermedia, con 41,1% de redes sociales adecuadas, 33,6% en aislamiento moderado y 24,9% en riesgo alto, lo que indica que vivir solo no determina necesariamente una situación de aislamiento, aunque sí se asocia a una mayor presencia de fragilidad en las redes.

Los resultados evidencian que la composición del hogar y la situación de convivencia constituyen dimensiones relevantes en la configuración del riesgo de aislamiento social, aunque no operan de manera determinante ni lineal. Si bien la convivencia con pareja o familiares y los hogares con mayor densidad relacional se asocian a mejores niveles de redes

sociales adecuadas, también se observa que la existencia de cohabitación no garantiza por sí misma la presencia de vínculos significativos o de apoyo efectivo. Por el contrario, las situaciones de mayor vulnerabilidad se concentran en residencias de personas mayores y en ciertos arreglos convivenciales más frágiles, mientras que la vida en soledad aparece como una condición intermedia, con coexistencia de fortalezas y riesgos. Estos resultados permiten sostener que la calidad de las redes sociales depende menos de la mera convivencia y más de la densidad, reciprocidad y funcionalidad de los vínculos, lo que refuerza la necesidad de analizar el aislamiento social como un fenómeno relacional complejo.

3.2.2 Maneras de moverse y aislamiento social



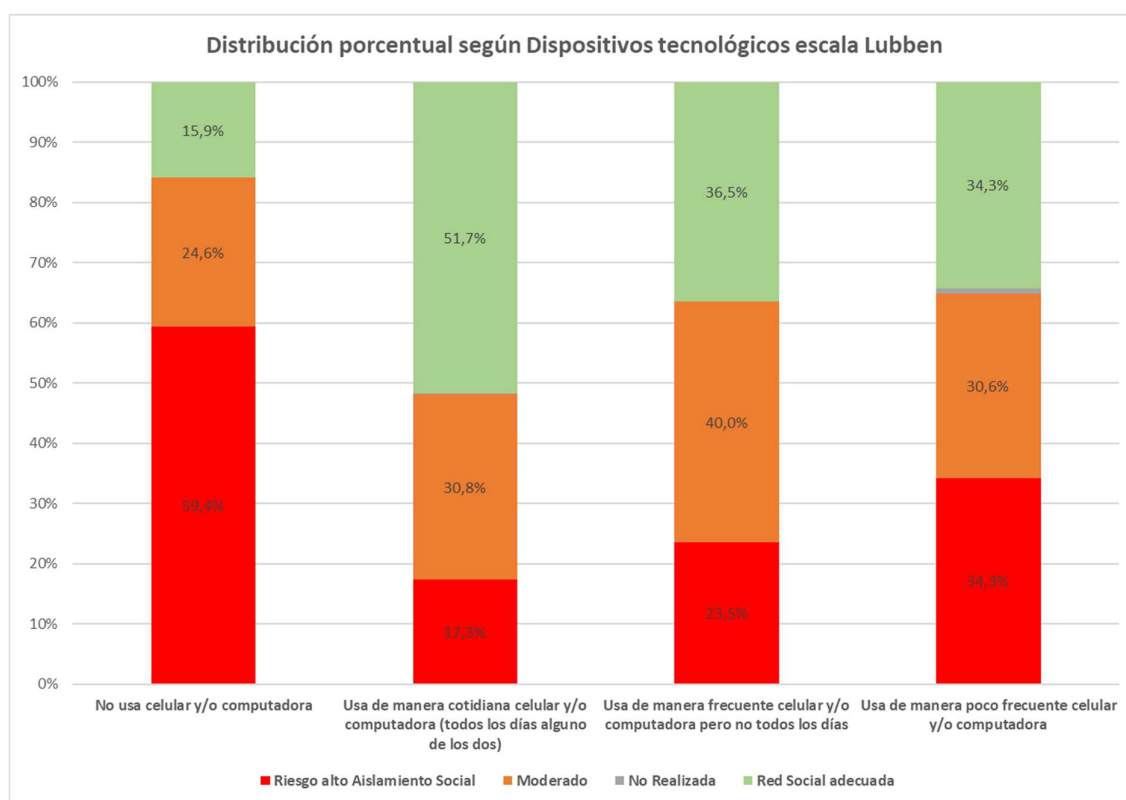
En relación con las maneras de moverse, las personas que se desplazan con acompañamiento de familiar y o cuidadores presentan los mayores niveles de riesgo de aislamiento social, con un 46,7%. Si se suma este valor con el de aislamiento moderado, este grupo alcanza un 80% entre ambos.

Seguidamente, quienes se movilizan generalmente solos y quienes reciben acompañamiento pero pueden moverse solos mantienen niveles similares al considerar el riesgo alto y moderado, con 65,7% y 67,1% respectivamente, siendo mayor el riesgo alto de aislamiento en los primeros, con 34,3% frente a 22,37%.

En oposición a estas categorías, quienes se movilizan de manera autónoma presentan menores niveles de riesgo de aislamiento social y un porcentaje considerablemente mayor de redes sociales adecuadas, que alcanza el 50,3%.

En términos generales, los datos muestran que el aislamiento social atraviesa mayormente a las personas que tienen dificultades para su movilidad. Por su parte, quienes se movilizan de manera autónoma presentan mayores niveles de redes sociales adecuadas. En este sentido, a medida que aumenta la necesidad de acompañamiento para la movilidad, también se incrementan los niveles de aislamiento social.

3.2.3 Uso de dispositivos tecnológicos de comunicación y aislamiento social



Se observa que quienes utilizan de manera cotidiana computadora y/o celular, es decir todos los días alguno de los dos, presentan la mejor situación relativa, con 51,7% de redes sociales adecuadas y sólo 17,3% en riesgo alto de aislamiento social. Este grupo concentra los niveles más altos de integración social según la escala aplicada.

En contraste, quienes no utilizan celular ni computadora presentan el escenario más crítico, con 59,4% en riesgo alto de aislamiento social y apenas 15,9% con red social adecuada, lo que evidencia una fuerte asociación entre desconexión digital y debilitamiento de las redes sociales.

Los grupos intermedios muestran situaciones más heterogéneas. Quienes usan dispositivos de manera poco frecuente presentan 34,3% tanto en riesgo alto como en red social adecuada, lo que indica una situación de equilibrio inestable. Por su parte, quienes los utilizan con frecuencia pero no todos los días muestran 36,5% de red social adecuada y 23,5% en riesgo alto, aunque con una mayor concentración en aislamiento moderado, con 40%.

En conjunto, los datos sugieren que **el uso cotidiano de tecnologías digitales se asocia a mejores niveles de integración social, mientras que la baja o nula utilización se vincula con mayores niveles de aislamiento social y fragilidad en las redes de apoyo.**

3.2.4 Síntesis de resultados de Riesgo de Aislamiento Social, por escala Lubben

Los resultados obtenidos a partir de la Escala de Redes Sociales de Lubben LSNS-6 muestran que el 24,18% de la población relevada presenta alto riesgo de aislamiento social, el 31,24% se ubica en situación de riesgo moderado y el 44,31% cuenta con una red social adecuada. En conjunto, esto implica que **más de la mitad de la población presenta algún grado de vulnerabilidad en sus redes de apoyo sociales, ya sea moderada o alta.**

Desde una perspectiva general, los datos evidencian que el aislamiento social constituye un fenómeno extendido y estructural, vinculado a la reducción de la frecuencia de contactos, la menor disponibilidad de apoyos y la debilidad de los vínculos familiares, comunitarios o de amistad. A diferencia de la soledad percibida, esta dimensión expresa condiciones objetivas de integración social, lo que permite identificar con mayor precisión situaciones de fragilidad relacional.

El análisis por variables sociodemográficas muestra **patrones consistentes de desigualdad social en la configuración de las redes. El riesgo de aislamiento social se incrementa en los grupos de mayor edad, especialmente a partir de los 80 años, y en contextos institucionalizados como las residencias de personas mayores.** Asimismo, se observan mayores niveles de riesgo en **personas con menor nivel educativo, menores ingresos, ausencia de cobertura previsional y desvinculación del mercado laboral.**

En contraste, las redes sociales adecuadas se concentran en personas con mayores niveles educativos, mejores condiciones económicas, cobertura previsional y participación en actividades laborales o económicas. Del mismo modo, la convivencia con pareja o familiares, los hogares generacionales o multigeneracionales y la autonomía en la movilidad se asocian a mejores niveles de integración social.

Finalmente, **el uso cotidiano de tecnologías digitales aparece como un factor asociado a mayor conectividad social, mientras que la baja o nula utilización se vincula con un incremento del riesgo de aislamiento.**

En síntesis, los resultados de la escala LSNS-6 permiten identificar que **el aislamiento social no es un fenómeno homogéneo, sino fuertemente estratificado, donde las condiciones materiales, relacionales y funcionales se combinan en la producción de distintos niveles de vulnerabilidad social.**

3.3 Soledad No Deseada alta y moderada con Riesgo Alto de aislamiento social

3.3.1 Soledad no deseada y riesgo de aislamiento: análisis por variables sociodemográficas

El cruce entre la escala UCLA y la escala Lubben LSNS-6 permite identificar la relación entre la experiencia subjetiva de soledad no deseada y las condiciones objetivas de aislamiento social. Los resultados muestran que las personas que presentan niveles moderados y altos de soledad no deseada concentran también los mayores niveles de fragilidad en sus redes sociales y de riesgo de aislamiento.

En este sentido, el dato más relevante del estudio indica que el **19% del total de las personas encuestadas presenta simultáneamente soledad no deseada moderada o alta y riesgo alto de aislamiento social.** Esto representa al conjunto de personas mayores que no solo manifiestan sentirse solas, sino que además cuentan con redes de apoyo insuficientes, escasa frecuencia de contacto social y limitadas posibilidades de acompañamiento cotidiano.

La relevancia de este hallazgo radica en que evidencia la convergencia entre dos dimensiones centrales del fenómeno. Por un lado, la dimensión subjetiva, vinculada al sentimiento persistente de soledad y a la percepción de falta de vínculos significativos; y por otro, la dimensión objetiva, asociada al debilitamiento de las redes familiares, comunitarias y de apoyo social. De este modo, el estudio permite advertir que una proporción significativa de personas mayores atraviesa situaciones en las que la soledad no deseada se combina con condiciones concretas de aislamiento y fragilidad relacional.

Asimismo, los casos de soledad alta aparecen exclusivamente asociados a situaciones de aislamiento social severo, mientras que la soledad moderada presenta una distribución más amplia, aunque con fuerte presencia en escenarios de aislamiento alto y moderado. Esto sugiere que la soledad no deseada no depende únicamente de la cantidad de vínculos disponibles, sino también de su calidad, estabilidad, reciprocidad y capacidad de sostén emocional.

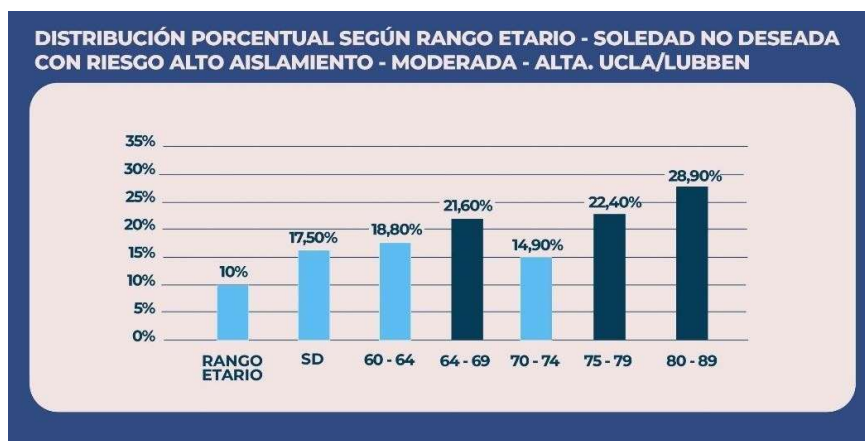
En conjunto, los resultados evidencian la existencia de un núcleo de población particularmente vulnerable, donde se superponen la soledad subjetiva y el debilitamiento de las redes sociales, configurando escenarios de mayor riesgo psicosocial y posibles impactos sobre la salud integral, la autonomía y la calidad de vida de las personas mayores.



A continuación, se presenta una caracterización sociodemográfica del 19% de la población encuestada que presenta simultáneamente soledad no deseada moderada o alta y riesgo alto de aislamiento social. Este grupo, conformado por 147 personas mayores, representa el núcleo de población donde convergen tanto la experiencia subjetiva de soledad como el debilitamiento objetivo de las redes de apoyo y sociabilidad.

El análisis que sigue permitirá describir las principales características de esta población según variables sociodemográficas, condiciones de vida, situación económica, vínculos convivenciales y formas de participación social, con el objetivo de identificar perfiles de mayor vulnerabilidad y comprender cómo se configuran las situaciones más críticas de soledad no deseada y aislamiento social en las personas mayores.

3.3.1.a Soledad no deseada con alto riesgo de aislamiento social según rango etario

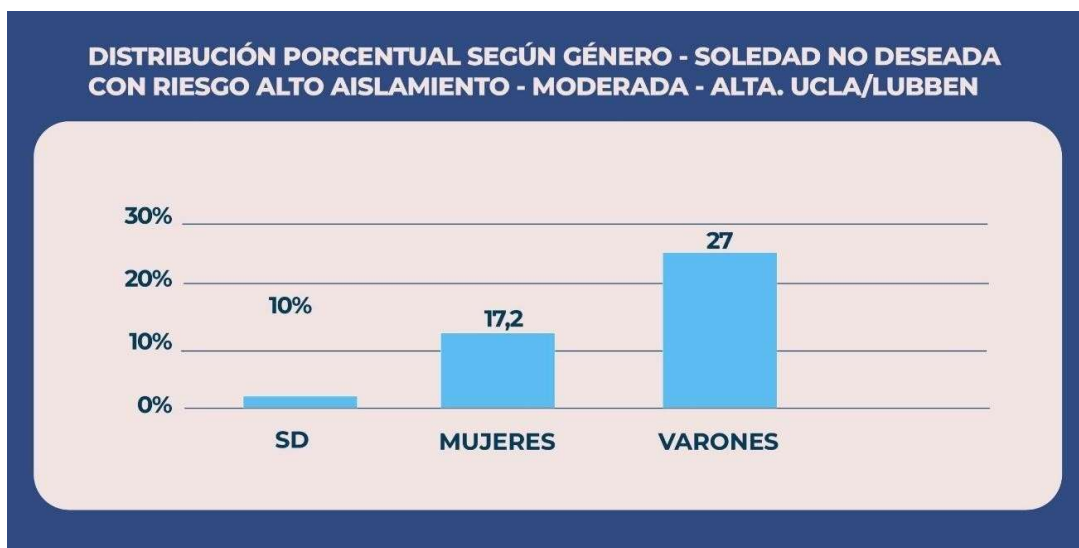


El gráfico presenta la prevalencia de soledad no deseada con riesgo de aislamiento social según rango etario, a partir de la proporción de casos dentro de cada grupo de edad. En términos generales, se observa una distribución relativamente heterogénea, sin una tendencia estrictamente lineal con el aumento de la edad.

El valor más alto se registra en el grupo de 70 a 74 años, seguido por los tramos de 65 a 69 años y de 75 a 79 años, todos con niveles por encima del promedio general. En cambio, los grupos de 60 a 64 años y de 80 a 85 años presentan valores intermedios, mientras que el grupo de 85 años y más muestra los niveles más bajos de la serie.

En conjunto, los resultados indican que la prevalencia de soledad no deseada con riesgo de aislamiento no aumenta de manera sostenida con la edad, sino que presenta variaciones entre los distintos tramos etarios, con mayor concentración en las edades intermedias de la vejez.

3.3.1.b Relación de género en la soledad no deseada con alto riesgo de aislamiento social y el género

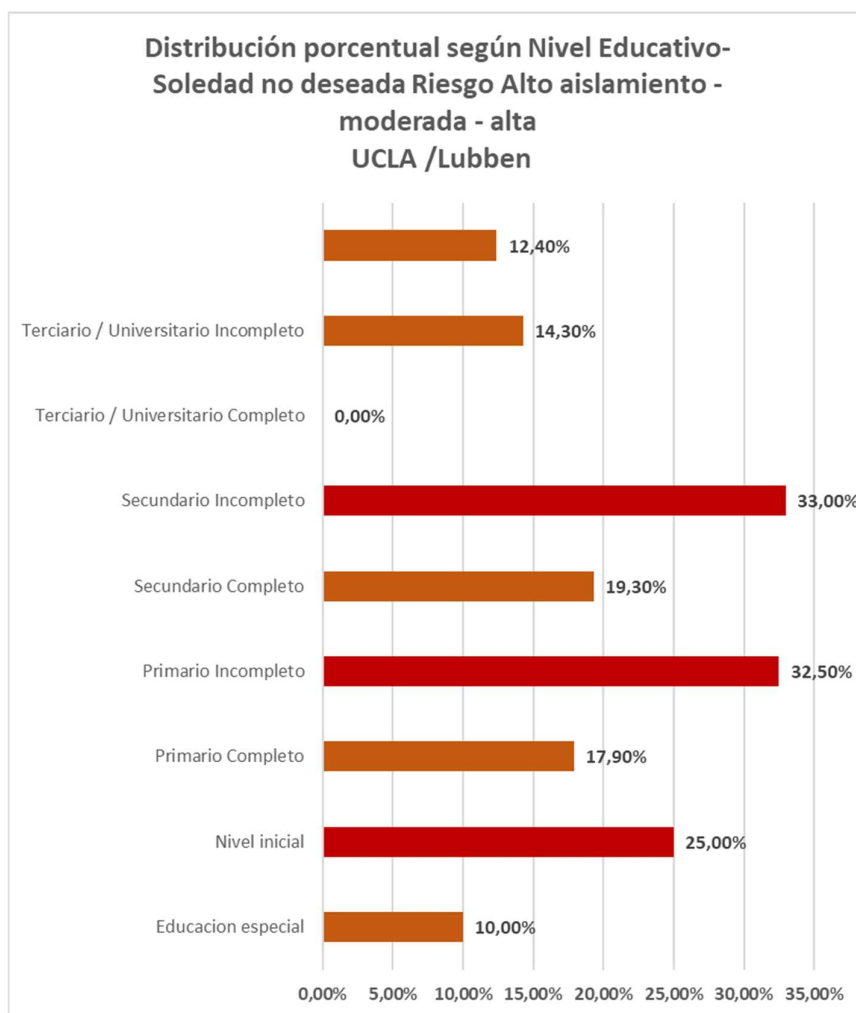


El gráfico presenta la distribución de la soledad no deseada con riesgo de aislamiento social según género, considerando la proporción de casos dentro de cada grupo.

Se observa que **los varones presentan una mayor prevalencia relativa de soledad no deseada** con riesgo de aislamiento, alcanzando el 27% de su grupo. En el caso de las mujeres, esta proporción desciende al 17,2%, lo que indica una menor intensidad relativa del fenómeno dentro de este grupo, aunque concentra la mayor cantidad absoluta de casos debido a su mayor representación en la muestra.

En términos generales, los resultados muestran **una mayor vulnerabilidad relativa en varones, mientras que en mujeres el fenómeno aparece con menor intensidad proporcional**, aunque con mayor peso en términos absolutos dentro del total de personas con soledad no deseada y riesgo de aislamiento.

3.3.1.c Niveles educativos y la convergencia soledad no deseada con riesgo de aislamiento social



El análisis del nivel educativo muestra diferencias relevantes en la prevalencia de soledad no deseada con riesgo de aislamiento social según la trayectoria educativa alcanzada.

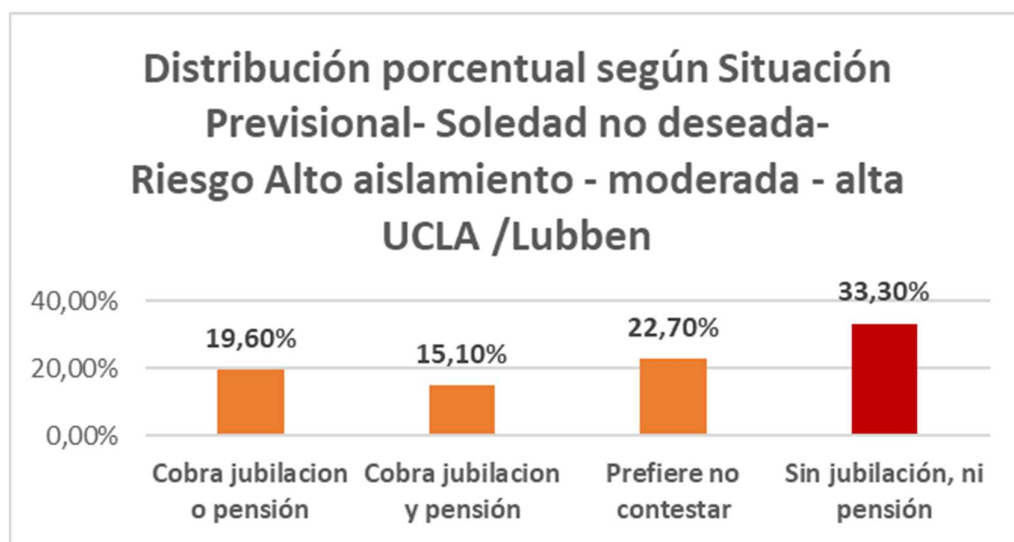
Los valores más altos se observan en secundario incompleto con 33% y primario incompleto con 32,5%, seguidos por nivel inicial con 25%. Estos resultados indican que **las personas con trayectorias educativas interrumpidas o de menor nivel concentran una mayor proporción de soledad con riesgo de aislamiento, lo que sugiere mayor vulnerabilidad en estos grupos.**

En un nivel intermedio se ubican secundario completo con 19,3% y primario completo con 17,9%, junto con educación especial que presenta 10%, aunque este último valor debe interpretarse con cautela debido al reducido tamaño del grupo.

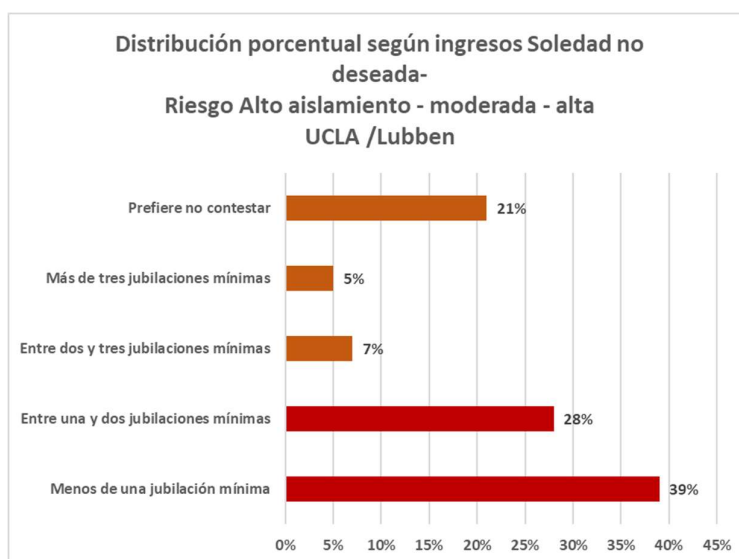
En contraste, **los niveles educativos superiores muestran las menores prevalencias: terciario o universitario completo con 14,3% y terciario o universitario incompleto con 12,4%**, lo que sugiere una menor presencia del fenómeno en personas con mayor nivel de formación.

En conjunto, los datos evidencian una relación inversa entre nivel educativo y soledad no deseada con riesgo de aislamiento: a menor nivel educativo, mayor prevalencia del fenómeno, con una concentración más marcada en los niveles de escolaridad incompleta.

3.3.1.d Soledad no deseada con riesgo alto de aislamiento social, según la situación previsional, ingresos y trabajo



En la **dimensión previsional**, la mayor prevalencia se registra entre quienes no cuentan con jubilación ni pensión con 33,3%, mientras que el valor desciende en quienes cobran jubilación o pensión con 19,6% y alcanza el nivel más bajo en quienes perciben jubilación y pensión con 15,1%. Quienes prefieren no responder presentan 22,7%.



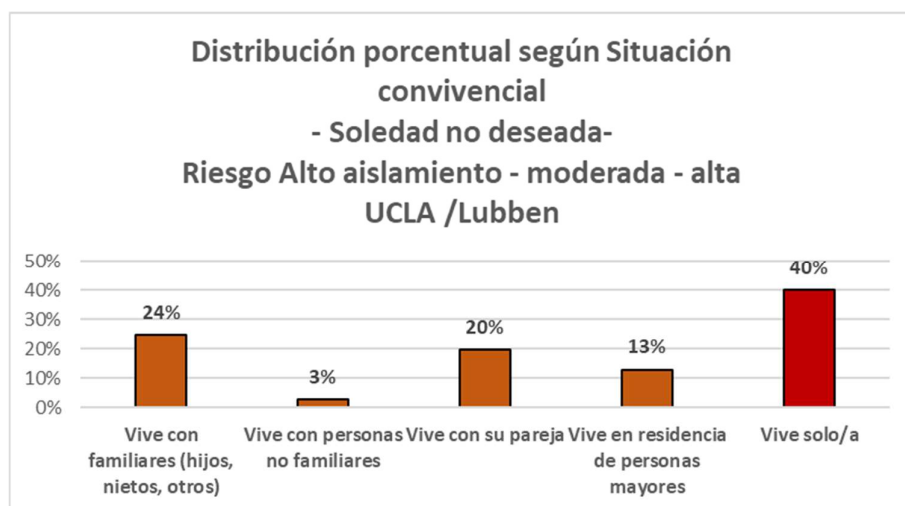
En relación con los **ingresos**, el grupo con mayor riesgo se concentra en los tramos más bajos, especialmente en quienes perciben menos de una jubilación mínima, que se encuentran sobrerrepresentados en comparación con la estructura general de la muestra. En contraste, los ingresos medios y altos reducen su participación relativa dentro del grupo con Soledad no deseada y riesgo de aislamiento.



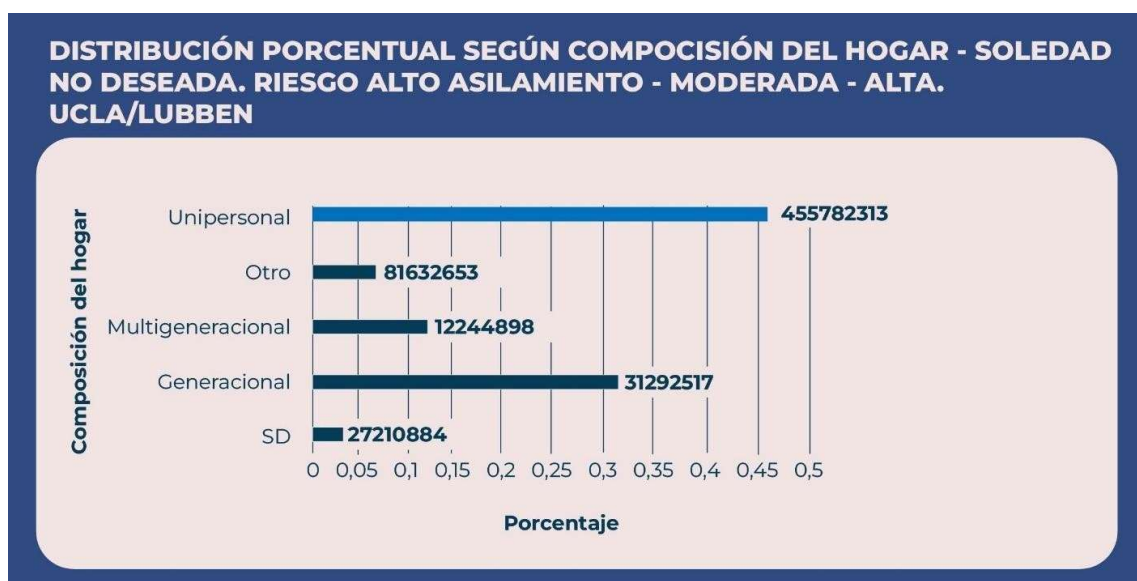
En cuanto a la **situación laboral**, se observa una mayor proporción de personas sin actividad laboral en el grupo con soledad no deseada y riesgo de aislamiento. Las demás categorías laborales presentan menor participación relativa en este segmento.

En conjunto, los resultados evidencian una **convergencia entre menor cobertura previsional, menores ingresos e inactividad laboral**, que se asocia a mayores niveles de soledad no deseada y riesgo de aislamiento social.

3.3.1.e Soledad no deseada con Riesgo alto de aislamiento y la situación convivencial y composición del hogar



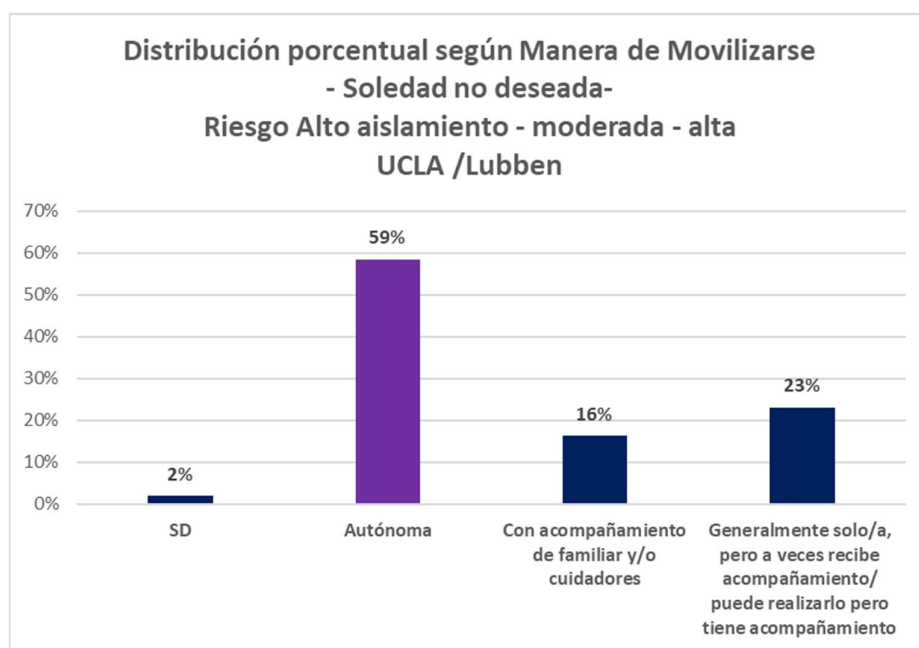
En relación con la **situación convivencial**, las personas que viven solas concentran el 40% de los casos de convergencia entre soledad no deseada, moderada o alta, y riesgo alto de aislamiento social, constituyendo el grupo de mayor prevalencia dentro de esta situación crítica. Le siguen quienes viven con familiares —hijos, nietos u otros— con el 24%, y las personas que conviven con su pareja, con el 20%. Por su parte, las personas residentes en instituciones para mayores representan el 13% de los casos, mientras que quienes viven con personas no familiares concentran el 3%.



Respecto de la **composición del hogar**, predominan los hogares unipersonales, que representan el 77% de los casos relevados. En cuanto a los hogares multigeneracionales concentran el 12%, mientras que otras configuraciones convivenciales alcanzan el 8%.

En términos generales, los datos evidencian una fuerte **asociación entre las situaciones de soledad no deseada y aislamiento social con formas de convivencia caracterizadas por la vida en soledad y la fragilidad de los vínculos cotidianos**. No obstante, la presencia de casos en hogares familiares y multigeneracionales también permite advertir que **la convivencia con otras personas no garantiza necesariamente la existencia de redes de apoyo emocional y social suficientes**.

3.3.2 Soledad no deseada con riesgo de aislamiento y las maneras de moverse

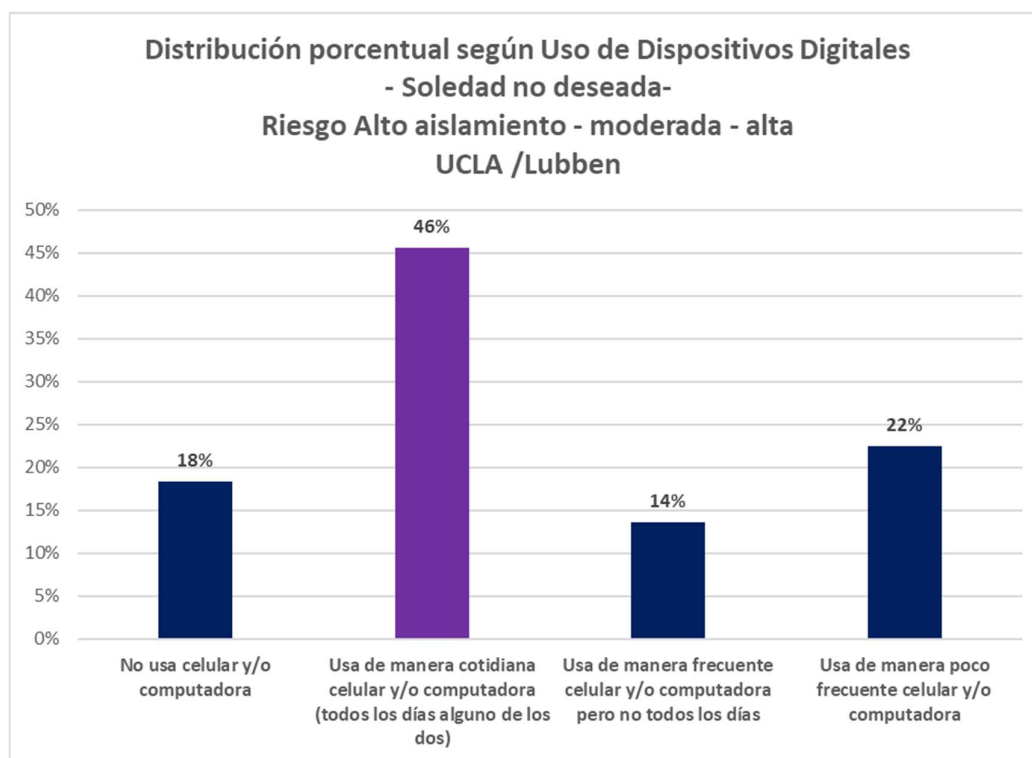


En relación con las **maneras de moverse**, las personas que se desplazan de manera autónoma concentran el 59% de los casos de convergencia entre soledad no deseada moderada o alta y riesgo alto de aislamiento social. Por su parte, el 23% corresponde a personas que generalmente pueden moverse solas, aunque reciben acompañamiento ocasional o cuando lo requieren, mientras que el 16% necesita acompañamiento de familiares y/o cuidadores para desplazarse.

En términos generales, los datos muestran que las situaciones más críticas de soledad no deseada y aislamiento social no se limitan únicamente a personas con dependencia funcional o dificultades de movilidad, sino que atraviesan también a personas mayores con autonomía

para desenvolverse cotidianamente. Esto sugiere que la autonomía física no constituye, por sí sola, un factor protector frente a la fragilidad de las redes sociales y la experiencia subjetiva de soledad.

3.3.3 La soledad no deseada con riesgo de aislamiento y el uso de dispositivos tecnológicos de comunicación



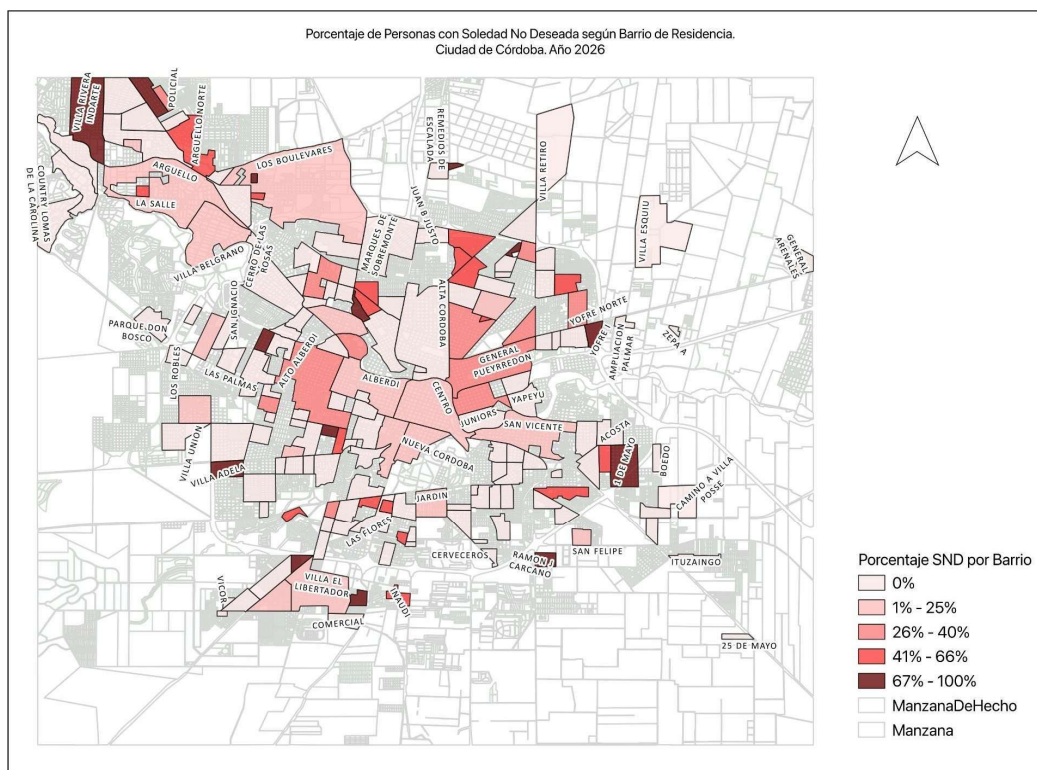
En relación con el uso de dispositivos tecnológicos digitales de comunicación, los datos muestran que el 18% de las personas con soledad no deseada moderada o alta y riesgo alto de aislamiento social no utiliza celular y/o computadora, mientras que el 22% lo utiliza de manera poco frecuente. En conjunto, esto da cuenta de situaciones de baja o nula conectividad en porcentajes significativos de las personas en mayores niveles de vulnerabilidad respecto al sentimiento de soledad no deseada y riesgo alto de aislamiento.

Por otro lado, el 46% utiliza estos dispositivos de manera cotidiana y el 14% lo hace con frecuencia, aunque no a diario. Esto indica que la mayoría del grupo mantiene algún nivel de acceso y uso de tecnologías digitales.

En este sentido, los resultados muestran que **el uso frecuente de tecnologías digitales no resulta suficiente para evitar la soledad no deseada ni el aislamiento social.**

En conjunto, la brecha digital se presenta como una dimensión relevante, aunque no explicativa por sí sola, de las situaciones de soledad no deseada en personas mayores.

3.3.4 Distribución geográfica porcentual de la soledad no deseada con alto riesgo de aislamiento



La distribución territorial de la soledad no deseada (moderada y alta) y el riesgo de aislamiento social en la ciudad de Córdoba evidencia una presencia de vulnerabilidad extendida en distintos sectores urbanos, aunque con intensidades desiguales entre barrios. Los colores más oscuros del mapa representan una mayor concentración de personas mayores que presentan niveles elevados de soledad no deseada con riesgo alto de aislamiento social, permitiendo identificar áreas donde estas problemáticas adquieren mayor relevancia.

Se observan concentraciones significativas en algunos barrios de las zonas noroeste y sureste, sur y centro de la ciudad, mientras que otros sectores presentan niveles intermedios o bajos. Esta heterogeneidad territorial sugiere que la experiencia de la soledad y el aislamiento no se distribuye de manera homogénea, sino que se encuentra vinculada a condiciones sociales, urbanas y relacionales específicas de cada territorio.

Asimismo, la dispersión del fenómeno en numerosos barrios indica que la soledad no deseada constituye una problemática transversal en la ciudad, presente tanto en áreas centrales como periféricas.

3.3.5 Síntesis de resultados — Convergencia entre soledad no deseada y riesgo alto de aislamiento social

El cruce entre la Escala UCLA y la Escala Lubben LSNS-6 permite integrar la dimensión subjetiva de la soledad no deseada con las condiciones objetivas del aislamiento social. Los resultados muestran que **el 19% de la población encuestada presenta simultáneamente soledad no deseada moderada o alta y riesgo alto de aislamiento social, constituyendo un núcleo de alta vulnerabilidad.**

Este grupo concentra situaciones en las que se combinan malestar subjetivo persistente y debilitamiento significativo de las redes de apoyo, lo que da cuenta de una superposición entre experiencias de soledad y condiciones estructurales de fragilidad relacional. Si bien la soledad no deseada y el aislamiento social no son fenómenos equivalentes, su convergencia permite identificar las situaciones más críticas dentro del conjunto analizado.

En términos generales, la prevalencia de esta situación se vincula con desigualdades sociales que atraviesan las trayectorias de vida, expresándose en mayores niveles de vulnerabilidad entre personas con menores ingresos, menor nivel educativo, menor cobertura previsional y menor participación laboral, así como en determinados arreglos convivenciales y condiciones de vida.

En conjunto, los resultados del análisis cuantitativo permiten sostener que la soledad no deseada y el aislamiento social constituyen dimensiones diferenciadas pero estrechamente relacionadas, cuya interacción delimita un campo específico de mayor riesgo psicosocial. A partir de estos hallazgos, el apartado siguiente profundiza en la comprensión de estas experiencias desde un enfoque cualitativo, recuperando las voces y significados que las personas mayores atribuyen a su vida cotidiana y sus vínculos sociales.

Sección 4. Resultados cualitativos

El componente cualitativo del estudio tuvo como propósito profundizar en las experiencias, significados y condiciones cotidianas asociadas a la soledad no deseada en personas mayores de la ciudad de Córdoba. Este abordaje permitió recuperar las voces de las personas participantes e indagar cómo se experimenta la soledad, en qué momentos se vuelve más intensa, qué vínculos se debilitan, qué recursos se despliegan para afrontarla y qué condiciones sociales, territoriales, económicas y digitales inciden en las posibilidades reales de participación, acompañamiento y pertenencia.

A partir del análisis de los grupos focales, los resultados se organizan en cinco dimensiones analíticas: subjetiva y emocional; social y vincular; territorial y de accesibilidad; digital; y económica y material. Esta organización permite ordenar los principales hallazgos sin perder de vista que estas dimensiones se encuentran estrechamente relacionadas y configuran, en conjunto, las formas concretas en que la soledad no deseada se expresa, se transita y se afronta en la vida cotidiana.

4.1 Dimensión subjetiva y emocional

La dimensión subjetiva y emocional permite comprender cómo las personas mayores experimentan, nombran y significan la soledad no deseada. Uno de los principales hallazgos del componente cualitativo es que la soledad no aparece asociada únicamente a estar físicamente solo/a o a la ausencia objetiva de personas, sino principalmente a la pérdida, debilitamiento o insuficiencia de vínculos emocionalmente significativos. En los relatos, la experiencia se organiza alrededor de la falta de escucha, la ausencia de reciprocidad afectiva, la pérdida de reconocimiento, el vacío cotidiano y la sensación de no contar con alguien disponible emocionalmente.

En este sentido, la soledad no deseada aparece vinculada con la imposibilidad de conversar, compartir recuerdos, sentirse acompañado/a o contar con alguien que escuche de manera significativa. Expresiones como *“la soledad abarcaría no tener con quién charlar, quién te escuche”*, *“soledad es cuando no tenés a nadie”* o *“he perdido el poder conversar con alguien”* muestran que el sufrimiento no se explica solamente por la falta de presencia física, sino por la percepción de ausencia de vínculos significativos e interlocutores afectivos.

Los grupos focales también permitieron diferenciar entre *“estar solo/a”* y *“sentirse solo/a”*. La primera situación puede estar asociada a momentos de descanso, autonomía, introspección o elección personal; la segunda remite a una experiencia de malestar, vacío o desconexión afectiva. La frase *“podés estar acompañado de muchísima gente y sentirte solo”*

sintetiza esta distinción: la soledad no deseada no depende exclusivamente de la presencia de otras personas, sino de la calidad, disponibilidad y significación de los vínculos.

Otro hallazgo relevante es que la soledad se intensifica en **determinados momentos cotidianos**, especialmente durante la noche, los fines de semana, el regreso al hogar y los tiempos de silencio. Cuando cesan las actividades y disminuye el intercambio social, la ausencia de compañía emocional se vuelve más visible. Frases como *“ese silencio te aturde la cabeza”* o *“cuando entro en casa, no hay nada que te lo saque”* condensan una experiencia de vacío afectivo que puede reaparecer incluso en personas que durante el día sostienen actividades, vínculos o espacios de participación.

El **hogar** vacío aparece como una imagen especialmente significativa. No se trata solo de vivir solo/a, sino de regresar a un espacio donde no hay conversación, movimiento, reconocimiento ni presencia afectiva. En personas con mayor participación social, la soledad no aparece necesariamente ligada a la ausencia absoluta de vínculos, sino al vacío que persiste fuera de los espacios grupales o comunitarios. En otros contextos, especialmente en situaciones de mayor vulnerabilidad, se asocia con más fuerza al abandono, la falta de contención, el desamparo y la dificultad para acceder a apoyo emocional cotidiano.

La experiencia subjetiva de la soledad también aparece atravesada por **procesos de pérdida y reconfiguración de la vida cotidiana**. La muerte de parejas, padres, amistades u otras personas significativas emerge como un punto de inflexión en muchas trayectorias. En algunos relatos, estas pérdidas son nombradas directamente como *“la soledad: “para mí la soledad es que mis padres fallecieron, ahí quedé sola completamente”*. La ausencia de esos vínculos produce sentimientos de vacío emocional, ruptura biográfica y pérdida de continuidad afectiva.

La **jubilación** aparece, asimismo, como un momento crítico de reorganización subjetiva y social. La pérdida del trabajo no implica únicamente dejar una actividad, sino también perder rutinas, contactos cotidianos, reconocimiento, pertenencia y estructura temporal. La pregunta *“¿y ahora qué hago?”* expresa una crisis de sentido que puede emerger cuando se interrumpen roles que durante años organizaron la vida cotidiana. En este marco, la soledad no deseada se vincula también con la dificultad de construir nuevos proyectos, nuevas rutinas y nuevas formas de participación.

El **deterioro corporal**, las **limitaciones físicas** y la **pérdida de autonomía** también forman parte de esta dimensión. Las dificultades para moverse, depender de otros o ver reducidas capacidades que antes se daban por supuestas pueden profundizar la sensación de aislamiento, vulnerabilidad y pérdida de control sobre la vida cotidiana. Frases como *“verme en esta situación es lo que me mató”* o *“hay gente que no se puede mover sola, que necesita ese roce”* muestran que la soledad también se inscribe en la experiencia corporal del

envejecimiento, especialmente cuando la pérdida de autonomía dificulta la participación y el contacto con otros.

Otro aspecto relevante es la tensión entre **autonomía e interdependencia**. Los discursos relevados muestran una fuerte valoración de la autosuficiencia, la independencia y la capacidad de “*arreglarse solo/a*”. Sin embargo, esta valoración convive con necesidades afectivas, de escucha y acompañamiento que muchas veces resultan difíciles de expresar. El temor a “molestar”, a ser una carga o a generar preocupación en otros aparece como una barrera para pedir ayuda y puede contribuir al silenciamiento del malestar.

La **vergüenza, el estigma y el sentimiento de inutilidad** también atraviesan esta dimensión. Reconocer la propia soledad puede vivirse como una forma de fracaso, debilidad o pérdida de valor social. La frase “*cuando digo ‘me siento solo’ es como que te estoy pidiendo algo*” permite comprender que **expresar la soledad supone exponerse afectivamente y reconocer una necesidad de otro**. Desde la mirada de referentes y especialistas, esta dificultad se vincula con mandatos sociales más amplios: la sobrevaloración de la autonomía, la expectativa de bienestar permanente y la vergüenza de admitir vulnerabilidad.

Finalmente, los relatos muestran la presencia de recursos simbólicos y subjetivos para afrontar la soledad. En algunos sectores, especialmente en contextos de mayor vulnerabilidad, la espiritualidad, la fe religiosa, el cuidado de plantas, el llanto, la música, la radio, la televisión o pequeñas rutinas cotidianas aparecen como formas de sostén emocional. En otros grupos, particularmente en personas con mayores niveles de participación social, los recursos se vinculan más con proyectos personales, actividades compartidas, aprendizajes, grupos de pertenencia y continuidad de intereses.

En conjunto, esta dimensión muestra que la soledad no deseada constituye una experiencia subjetiva compleja, asociada a la pérdida de vínculos significativos, la falta de reconocimiento, los silencios cotidianos, las transiciones vitales, la fragilidad corporal, la dificultad para pedir ayuda y la necesidad de construir nuevos sentidos. Su abordaje requiere generar condiciones de escucha, acompañamiento y reconocimiento capaces de habilitar la palabra, identificar malestares muchas veces invisibilizados y fortalecer vínculos afectivos significativos.

4.2 Dimensión social y vincular

La dimensión social y vincular permite comprender cómo la soledad no deseada se configura en relación con la calidad, disponibilidad y estabilidad de las redes familiares, amistosas, comunitarias e institucionales. Los relatos muestran que la experiencia de soledad no depende únicamente de la cantidad de vínculos existentes, sino de la posibilidad de contar con relaciones significativas, disponibles y emocionalmente recíprocas. En este sentido,

aparece asociada a la fragilidad de los vínculos cotidianos, a la pérdida de espacios de pertenencia y a las dificultades para sostener redes de apoyo estables.

La **familia** aparece como una red central de apoyo emocional, material y cotidiano. Hijos/as, nietos/as, parejas, hermanos/as y otros familiares constituyen, en muchos casos, el primer espacio de acompañamiento, cuidado y contención. Para muchas personas mayores, saber que existe alguien disponible ante una necesidad produce tranquilidad y seguridad. Sin embargo, los relatos también muestran que la presencia familiar no garantiza necesariamente ausencia de soledad. La frase *“me ha pasado que dentro de todo el grupo familiar... sentirme sola”* expresa con claridad que la cercanía física o la pertenencia familiar no siempre alcanzan para producir compañía significativa.

Esta ambivalencia se vincula con transformaciones en las dinámicas familiares contemporáneas. En distintos relatos aparece la idea de que los hijos e hijas *“hacen su vida”*, trabajan muchas horas, viven lejos o tienen menos tiempo disponible para compartir. La familia continúa presente, pero muchas veces bajo formas más fragmentadas, intermitentes o insuficientes frente a ciertas necesidades afectivas. Así, la soledad no deseada no se explica necesariamente por ausencia total de familia, sino por cambios en la disponibilidad, frecuencia y calidad de esos vínculos.

En este marco, los **vínculos entre pares, amistades y compañeros/as de actividades** adquieren un lugar especialmente relevante. En numerosos testimonios, las amistades aparecen como espacios de escucha, comprensión mutua, acompañamiento cotidiano y reciprocidad afectiva. La identificación generacional y biográfica permite compartir experiencias comunes del envejecimiento —como la jubilación, la viudez, las enfermedades, las pérdidas o los cambios familiares—, generando formas de cercanía difíciles de encontrar en otros vínculos.

En muchos relatos, estos vínculos son descriptos como una forma de *“familia elegida”*. Expresiones como *“yo a mi familia la encontré acá adentro”*, *“acá no me siento sola, acá tengo mis amigas”* o *“los amigos para mí son más necesarios que la familia”* muestran la centralidad que adquieren los pares en la experiencia subjetiva de acompañamiento y pertenencia. Estos vínculos no solo ofrecen compañía, sino también reconocimiento, escucha y posibilidad de compartir experiencias con personas que atraviesan situaciones similares.

La participación en talleres, centros de jubilados, espacios comunitarios, programas socioeducativos y actividades grupales aparece como **una estrategia clave para sostener redes de apoyo**. Estos espacios no funcionan únicamente como ámbitos recreativos o de ocupación del tiempo, sino como escenarios donde se construyen vínculos, rutinas, confianza, cuidado mutuo y sentido de pertenencia. En algunos relatos, la participación permite *“salir”* del aislamiento cotidiano; en otros, se convierte directamente en un espacio de contención afectiva y reconstrucción del ánimo.

No obstante, el análisis también advierte que participar en actividades o *“mantenerse ocupado/a”* no siempre alcanza para resolver la soledad no deseada. Una frase surgida en los grupos sintetiza esta tensión: *“matan el tiempo, no es que matan la soledad”*. Esta expresión permite distinguir entre ocupar el día y sentirse efectivamente acompañado/a. Las actividades pueden aliviar, ordenar la rutina o distraer, pero no necesariamente producen vínculos significativos si no habilitan escucha, confianza, reconocimiento y continuidad.

Las posibilidades de participación tampoco se distribuyen de manera homogénea. En sectores más vulnerabilizados, los espacios comunitarios y vínculos entre pares suelen funcionar como redes básicas de contención frente al abandono, la fragilidad material, la enfermedad o la ausencia familiar. En sectores con mayores recursos, la participación aparece también asociada al desarrollo personal, el aprendizaje, los proyectos, los viajes, el voluntariado o la continuidad de intereses culturales y recreativos. En ambos casos, **la sociabilidad aparece como una estrategia central frente a la soledad, aunque con funciones y alcances diferentes según las condiciones sociales disponibles.**

La dimensión vincular también permite observar **diferencias de género**. En los grupos focales aparece una percepción compartida: las mujeres suelen sostener redes sociales más activas, participar con mayor frecuencia en espacios grupales y expresar con más facilidad sus necesidades de acompañamiento. En cambio, los varones fueron descriptos como más reticentes a integrarse a actividades, pedir ayuda o reconocer situaciones de soledad. Expresiones como *“los hombres son más cerrados”*, *“el hombre se encierra un poco más”* o *“no tienen habilidades ni competencias para pedir ayuda”* permiten identificar mandatos de género que inciden en la forma de construir vínculos y expresar vulnerabilidad.

En conjunto, esta dimensión muestra que la soledad no deseada se juega en la calidad de los vínculos y en las oportunidades reales de construir pertenencia. La familia, los pares, las amistades y los espacios comunitarios pueden funcionar como soportes fundamentales, pero su capacidad protectora depende de la densidad afectiva, la reciprocidad, la escucha y la continuidad de esas relaciones. Desde esta perspectiva, abordar la soledad no deseada implica fortalecer redes vinculares significativas, promover espacios de participación sostenidos y generar condiciones para que las personas mayores puedan sentirse acompañadas, reconocidas y parte de una trama social activa.

4.3 Dimensión territorial y de accesibilidad

La dimensión territorial y de accesibilidad permite comprender cómo las condiciones del entorno urbano, la movilidad, la seguridad y la disponibilidad de espacios de encuentro inciden en las experiencias de soledad no deseada. Los relatos muestran que sostener vínculos, asistir a actividades, participar en espacios comunitarios o simplemente circular por la ciudad no depende solo de la voluntad individual, sino también de condiciones concretas

para llegar, permanecer, regresar y sentirse seguro/a. En este sentido, el territorio no aparece únicamente como un escenario donde transcurre la vida cotidiana, sino como una dimensión que puede favorecer o restringir la autonomía, la participación y la construcción de vínculos significativos.

Uno de los hallazgos más relevantes es que la movilidad funciona como una condición de posibilidad del vínculo. Las dificultades para trasladarse, el costo del transporte, el mal estado de veredas y calles, las barreras físicas, la movilidad reducida y la dependencia de terceros pueden limitar de manera significativa la participación social. Expresiones como “lleno de baches está la vereda, no se puede caminar”, “yo no ando en colectivo porque me queda alto” o “estuve dos meses sin salir a la calle” muestran que **la accesibilidad no constituye un problema meramente técnico o urbano, sino una condición directa para sostener redes, participar en actividades y preservar autonomía cotidiana.**

La movilidad también adquiere una dimensión relacional. Muchas personas mayores solo pueden asistir a una consulta, concurrir a un taller, participar de un espacio comunitario o resolver trámites si alguien las acompaña, las busca o facilita el traslado. Cuando esa red no existe o resulta insuficiente, una dificultad física, económica o territorial puede transformarse en una situación de aislamiento persistente. Por eso, la accesibilidad debe entenderse no solo como infraestructura urbana, sino también como disponibilidad de apoyos concretos para habitar la ciudad y sostener la vida social.

La inseguridad aparece como otro factor relevante. En los grupos focales, el miedo a circular por determinados sectores, salir de noche o regresar tarde de una actividad fue mencionado como una barrera para la participación. La calle, que podría funcionar como espacio de encuentro y socialización, en algunos relatos aparece asociada a amenaza, desconfianza o vulnerabilidad. Frases como “*acá no se puede salir*”, “*por miedo vos decís no, no voy a ir*” o “*terror a salir*” expresan cómo la percepción de inseguridad modifica rutinas, reduce salidas, restringe recorridos y favorece formas de encierro preventivo.

Esta situación se intensifica cuando la inseguridad se combina con restricciones económicas. En varios testimonios, el costo de taxis, remises o aplicaciones de traslado aparece como una barrera concreta para sostener actividades, especialmente en horarios nocturnos o en zonas con menor disponibilidad de transporte. Así, la posibilidad de participar no depende únicamente del interés o la motivación personal, sino también de contar con recursos económicos, condiciones de seguridad y redes de acompañamiento. La inseguridad, entonces, no solo afecta la movilidad cotidiana, sino también las oportunidades de encuentro, pertenencia y construcción de redes sociales.

Las limitaciones físicas, las enfermedades crónicas y la pérdida de autonomía profundizan esta problemática. En los relatos, la soledad no deseada no se vincula únicamente con la ausencia de vínculos, sino también con las dificultades concretas para circular, acceder a

actividades o participar de espacios comunitarios. La movilidad reducida, la dependencia de terceros y la falta de accesibilidad pueden producir una sensación de desprotección y encierro, especialmente en personas con mayores niveles de fragilidad física. En estos casos, el cuerpo, el territorio y las redes de apoyo se articulan en la producción de aislamiento.

El barrio aparece, en este marco, con una doble función. Puede operar como soporte de sociabilidad, pertenencia y cuidado cuando existen instituciones de proximidad, centros de jubilados, iglesias, clubes, plazas, polideportivos, organizaciones comunitarias, comercios barriales o redes vecinales activas. Estos espacios permiten generar rutinas, sostener intercambios cotidianos, construir reconocimiento y facilitar el acercamiento de personas que difícilmente llegarían por sí solas a dispositivos más formales. Pero el barrio también puede profundizar el aislamiento cuando predominan barreras físicas, deterioro urbano, inseguridad, ausencia de lugares accesibles o falta de propuestas comunitarias sostenidas.

Los relatos muestran que los espacios territoriales de proximidad cumplen un papel fundamental en la prevención de la soledad no deseada. Centros de jubilados, organizaciones barriales, iglesias, clubes, plazas, CPC y otros dispositivos comunitarios pueden funcionar como puntos de encuentro, detección, acompañamiento y construcción de redes. Al mismo tiempo, cuando estos espacios no existen, son insuficientes o no resultan accesibles, las oportunidades de integración social se reducen. En esos casos, el territorio deja de ser soporte de vínculos y se convierte en una dimensión que refuerza el aislamiento.

Desde una perspectiva de política pública local, esta dimensión resulta especialmente relevante. La soledad no deseada no se aborda únicamente desde dispositivos sanitarios o sociales; también requiere pensar la ciudad como una infraestructura del encuentro. **La accesibilidad urbana, la movilidad, la seguridad comunitaria, la calidad del espacio público, la cercanía de los dispositivos y la disponibilidad de redes territoriales son condiciones centrales para sostener vínculos, participación y autonomía cotidiana.**

En conjunto, esta dimensión muestra que la soledad no deseada también se produce en relación con las condiciones materiales y territoriales de la vida urbana. Una ciudad con barreras físicas, dificultades de traslado, espacios públicos inseguros o escasas oportunidades de encuentro puede profundizar la desconexión social. Por el contrario, una ciudad accesible, próxima y comunitariamente activa puede favorecer la participación, el cuidado mutuo y la construcción de redes significativas.

4.4 Dimensión Digital

La dimensión digital permite analizar el lugar que ocupan las tecnologías de la información y la comunicación en las experiencias de soledad no deseada de las personas mayores. Los relatos muestran una **relación ambivalente con lo digital: por un lado, las tecnologías**

pueden facilitar el contacto, acompañar momentos de soledad, sostener vínculos a distancia y ampliar el acceso a información o servicios; por otro, también pueden generar frustración, dependencia, exclusión y debilitamiento del encuentro presencial. En este sentido, la tecnología no aparece como buena o mala en sí misma, sino como un recurso cuyo efecto depende de las condiciones sociales, vinculares, económicas y culturales en las que se inserta.

En varios grupos, el celular, WhatsApp, las videollamadas, las redes sociales, YouTube o la televisión aparecen como recursos cotidianos para atravesar momentos de aislamiento, silencio o falta de intercambio. En algunos relatos, especialmente durante la noche o en situaciones de menor contacto presencial, el dispositivo digital funciona como una forma de compañía. La expresión “mi compañía es el celular” sintetiza este uso compensatorio, donde la tecnología permite transitar el vacío, el miedo o la soledad cotidiana.

También se reconocen usos positivos vinculados al sostenimiento de redes. Los grupos de WhatsApp, los mensajes cotidianos y las videollamadas permiten mantener contacto con familiares, amistades o compañeros/as de actividades, organizar encuentros, compartir información y sostener cierta continuidad vincular. En algunos relatos, especialmente durante la pandemia, estas herramientas fueron valoradas como recursos importantes para no interrumpir completamente la sociabilidad. En este sentido, la tecnología puede ampliar las posibilidades de comunicación, facilitar la organización de actividades y sostener vínculos cuando la presencialidad se ve limitada.

Sin embargo, los relatos también muestran que la tecnología puede convertirse en una fuente de exclusión. Las dificultades para utilizar celulares, aplicaciones, turnos digitales, plataformas bancarias o trámites virtuales generan desorientación, dependencia de terceros y pérdida de autonomía. Frases como “¿cómo se apaga?”, “¿cómo se prende?”, “¿cómo llamo?” o “no sabemos manejarlo, ¿y qué pasa? Te sentís más solo por eso” muestran que **la brecha digital no es solo técnica, sino también emocional y social**. La dificultad para manejar herramientas digitales puede intensificar la sensación de quedar afuera de formas actuales de comunicación, información y participación.

La digitalización creciente de la vida cotidiana profundiza estas tensiones. Cuando el acceso a servicios de salud, bancos, turnos, trámites o información depende del manejo de aplicaciones y plataformas, quienes no cuentan con conectividad, habilidades digitales o acompañamiento quedan en una situación de mayor dependencia. En este punto, la brecha digital no se reduce al acceso a dispositivos, sino que involucra alfabetización, confianza, acompañamiento, recursos económicos y capacidad real de apropiación. La tecnología puede facilitar la autonomía, pero también puede producir nuevas formas de dependencia cuando su uso se vuelve obligatorio y no existen apoyos suficientes.

Los relatos permiten observar diferencias según trayectorias y recursos disponibles. En sectores más vulnerabilizados, predominan experiencias de dificultad, desorientación y frustración frente a las tecnologías, especialmente cuando se trata de resolver trámites o utilizar aplicaciones necesarias para la vida cotidiana. En estos casos, la tecnología aparece muchas veces como una presencia necesaria pero incómoda, asociada a nuevas formas de desigualdad. En sectores con mayores recursos educativos, culturales o institucionales, en cambio, las herramientas digitales aparecen más incorporadas a la vida cotidiana y vinculadas a la organización de encuentros, la comunicación entre pares, la realización de trámites y la continuidad de actividades.

Al mismo tiempo, algunos relatos advierten sobre el riesgo de que la tecnología debilite el encuentro cara a cara. La frase “el celular te acerca de los que están lejos, pero te aleja de los que están cerca” expresa esta tensión: **los dispositivos pueden sostener vínculos, pero también interferir en la conversación, la escucha y la presencia compartida.** En el ámbito familiar, algunas personas señalan que el uso excesivo del celular puede reducir el diálogo cotidiano y profundizar formas de aislamiento dentro del propio hogar.

Los grupos focales coinciden en señalar que la tecnología no reemplaza el encuentro presencial. Puede ayudar a sostener contactos, acompañar momentos de soledad, facilitar gestiones y ampliar recursos, pero no sustituye la conversación cara a cara, la escucha, el abrazo, la presencia física ni la pertenencia comunitaria. En este sentido, expresiones como *“nada reemplaza el contacto físico”* o *la necesidad de “mirarse a los ojos”* permiten comprender los límites de las respuestas exclusivamente digitales frente a la soledad no deseada.

En conjunto, esta dimensión muestra que las tecnologías digitales pueden ser un recurso relevante frente a la soledad no deseada, siempre que estén acompañadas por procesos de alfabetización, accesibilidad, apoyo y apropiación significativa. La inclusión digital debe formar parte de las políticas de abordaje, pero como complemento de las estrategias presenciales de vinculación, participación y acompañamiento comunitario. El desafío no es reemplazar el encuentro por herramientas digitales, sino garantizar que lo digital amplíe las posibilidades de conexión sin profundizar nuevas formas de exclusión, dependencia o aislamiento.

4.5 Dimensión económica y material

La dimensión económica y material permite comprender cómo las condiciones de ingresos, los recursos disponibles y las posibilidades de acceso inciden en las experiencias de soledad no deseada. Los relatos muestran que sostener vínculos, participar en actividades, trasladarse, acceder a tecnologías o compartir espacios de encuentro requiere condiciones materiales que no siempre están garantizadas. En este sentido, la soledad no deseada no

aparece solamente como una experiencia emocional o vincular, sino también como un fenómeno atravesado por desigualdades económicas que pueden limitar las oportunidades reales de participación social.

Una de las barreras más mencionadas es el costo del traslado. Para muchas personas mayores, asistir a talleres, centros de jubilados, actividades recreativas, consultas de salud o espacios comunitarios implica contar con dinero para transporte público, taxi, remis o aplicaciones de movilidad. Cuando estas opciones resultan inaccesibles, las salidas se reducen y las oportunidades de encuentro se vuelven más limitadas. La frase *“tenés que andar en taxi, y es caro también, es un presupuesto”* expresa con claridad cómo una dificultad económica concreta puede transformarse en una barrera para sostener vínculos y participar de la vida comunitaria.

Esta situación se profundiza cuando las restricciones económicas se combinan con otros factores, como inseguridad, movilidad reducida, mal estado del entorno urbano o ausencia de redes de acompañamiento. En estos casos, no se trata únicamente de no poder pagar un traslado, sino de quedar progresivamente más restringido/a al espacio doméstico, con menores posibilidades de circulación, encuentro y construcción de redes. La dimensión económica, por lo tanto, actúa articulada con la dimensión territorial y de accesibilidad: limita la movilidad, reduce la participación y puede profundizar situaciones de aislamiento.

Los relatos también muestran que las limitaciones económicas afectan la participación en actividades recreativas, culturales o socioeducativas. En algunos casos, las personas deben reducir la frecuencia de salidas, elegir solo algunas propuestas o abandonar actividades por no poder sostener los costos asociados. Esto incluye no solo aranceles o cuotas, sino también gastos indirectos como transporte, merienda, conectividad, materiales o consumos mínimos vinculados al encuentro social. En sectores con mayores recursos, estas restricciones suelen expresarse como reorganización de consumos o reducción de frecuencias; en sectores populares, en cambio, pueden implicar una disminución mucho más drástica de las oportunidades de participación.

En los contextos más vulnerabilizados, la dimensión económica aparece asociada a formas más intensas de fragilidad cotidiana. Allí, las restricciones no se limitan a la participación recreativa, sino que afectan necesidades básicas y condiciones mínimas de autonomía. Referentes comunitarios relatan situaciones de personas mayores con dificultades para sostener la alimentación, la salud, la movilidad o los cuidados cotidianos. En estos casos, la posibilidad de participar socialmente queda fuertemente condicionada por la urgencia de resolver necesidades materiales básicas.

La desigualdad económica también incide en el acceso a tecnologías digitales. Contar con un dispositivo no garantiza necesariamente conectividad, datos móviles, alfabetización digital o acompañamiento para usar herramientas virtuales. Por eso, la dimensión económica se

articula también con la brecha digital: las tecnologías pueden funcionar como recurso de conexión, pero su aprovechamiento depende de condiciones materiales concretas. Como señalan algunos relatos, *“podemos tener un teléfono, pero no tenemos el acceso económico para pagar Internet”*.

Otro aspecto relevante es la autoexclusión simbólica. En algunos relatos aparece la idea de que las personas dejan de participar porque sienten que no pueden sostener ciertos consumos, códigos o formas de presentación social. De este modo, **la desigualdad económica no opera solo como barrera material, sino también como fuente de vergüenza, retraimiento y sensación de no pertenecer**. La frase *“la persona que no puede tener ese nivel, solo se va discriminando, solo va llegando a la soledad”* permite comprender cómo las restricciones económicas pueden traducirse también en aislamiento subjetivo y comunitario.

En conjunto, esta dimensión muestra que las condiciones económicas inciden directamente en las oportunidades de encuentro, circulación, comunicación y participación. La soledad no deseada se profundiza cuando los recursos materiales limitan la posibilidad de salir, trasladarse, sostener conectividad, acceder a actividades o participar de espacios comunitarios. Desde esta perspectiva, la soledad y el aislamiento no deben comprenderse únicamente como experiencias individuales, sino también como fenómenos estrechamente ligados a desigualdades estructurales que restringen las posibilidades concretas de vida social.

Por ello, las políticas orientadas al abordaje de la soledad no deseada deben considerar también las barreras económicas que dificultan la vida vincular. Promover vínculos significativos requiere fortalecer espacios gratuitos o de bajo costo, facilitar traslados, acercar propuestas a los territorios, garantizar accesibilidad económica, acompañar a quienes tienen mayores restricciones materiales y generar condiciones para que la participación no dependa exclusivamente de la capacidad individual de sostenimiento de las mismas. La dimensión económica muestra, en definitiva, que la posibilidad de estar con otros también depende de condiciones materiales que hagan posible el encuentro.

Sección 5. Integración de hallazgos

La integración de los resultados cuantitativos y cualitativos permite construir una lectura más amplia de la soledad no deseada en personas mayores de la ciudad de Córdoba. Mientras el componente cuantitativo permitió dimensionar la presencia de soledad percibida, identificar niveles de riesgo de aislamiento social y reconocer situaciones donde ambas dimensiones convergen, el componente cualitativo permitió comprender cómo esas experiencias se

expresan en la vida cotidiana, qué significados adquieren, qué condiciones las profundizan y qué recursos se movilizan para afrontarlas.

Esta integración resulta clave porque permite pasar de una lectura descriptiva de los datos a una interpretación situada del fenómeno. El principal aporte del estudio no consiste solo en mostrar cuántas personas manifiestan soledad o riesgo de aislamiento, sino en identificar en qué condiciones esa soledad se vuelve más compleja, más persistente o más difícil de afrontar. En particular, el cruce entre soledad percibida y riesgo alto de aislamiento social permite reconocer escenarios donde el malestar subjetivo se combina con redes de apoyo frágiles o insuficientes, configurando situaciones de mayor vulnerabilidad relacional, social y sanitaria.

Desde esta perspectiva, la soledad no deseada no puede ser comprendida únicamente como un sentimiento individual ni como una simple falta de contactos sociales. Se trata de una experiencia relacional situada, atravesada por la calidad de los vínculos, la disponibilidad efectiva de apoyos, las condiciones económicas, la movilidad, la accesibilidad urbana, la brecha digital, las oportunidades de participación y las posibilidades reales de pertenencia. Por ello, la triangulación de hallazgos permite comprender no sólo la magnitud del fenómeno, sino también los mecanismos cotidianos y estructurales que pueden producirlo, sostenerlo o mitigar sus efectos.

5.1 Convergencias entre soledad percibida, aislamiento social y experiencias cotidianas

Uno de los principales hallazgos cuantitativos del estudio es la presencia extendida de niveles moderados de soledad percibida. Según la información que brinda la aplicación de la Escala UCLA, **más de la mitad de las personas relevadas presenta niveles moderados de soledad, mientras que la soledad alta aparece en una proporción reducida**. Esta distribución resulta relevante porque muestra que la soledad no deseada no debe analizarse sólo a partir de sus manifestaciones extremas, sino también como un malestar subjetivo de intensidad moderada, ampliamente extendido y muchas veces poco visible para los otros y difícil de reconocer a quien lo atraviesa.

El componente cualitativo permite comprender mejor el significado de este dato. Los grupos focales muestran que la soledad no deseada no aparece necesariamente como una experiencia crítica, explícita o permanente, sino muchas veces como un **malestar cotidiano asociado a la falta de escucha, la pérdida de vínculos significativos, el silencio del hogar, la noche, los fines de semana, el regreso a la casa, la jubilación, las pérdidas afectivas o la dificultad para pedir ayuda**. Estas experiencias se inscriben también en transformaciones más amplias de los ritmos contemporáneos de vida, marcados por la aceleración, la

fragmentación de los tiempos de encuentro y las prácticas culturales de vínculos más efímeros y discontinuos. En este contexto, la disponibilidad para la escucha, la presencia sostenida y la construcción de lazos estables tienden a debilitarse, lo que contribuye a intensificar la percepción de soledad incluso en entornos socialmente activos.

En este sentido, los niveles moderados de soledad identificados cuantitativamente pueden corresponderse con experiencias persistentes, aunque no siempre verbalizadas como “soledad” por las propias personas.

La Escala Lubben, por su parte, permitió identificar que aproximadamente un cuarto de la población de estudio, presenta riesgo alto de aislamiento social, mientras que un porcentaje mayor se ubica en niveles de redes moderadas. En conjunto, estos grupos representan más de la mitad de la población relevada, configurando un escenario donde predomina una situación de moderado a alto nivel de fragmentación vincular y riesgo de aislamiento. Este dato muestra que la problemática no se limita al plano subjetivo, sino que también se vincula con la disponibilidad, frecuencia y funcionalidad de las redes familiares y de amistad. Ambos análisis complejizan esta lectura al mostrar que no alcanza con “tener vínculos” o convivir con otras personas: lo decisivo es la calidad de esos vínculos, su capacidad de ofrecer escucha, reciprocidad, apoyo emocional y reconocimiento.

Esta convergencia es central para el estudio. Una persona puede vivir sola y no sentirse sola, del mismo modo que puede convivir con familiares y experimentar una profunda desconexión. Los relatos muestran que la soledad no deseada se produce cuando los vínculos disponibles no alcanzan para sostener compañía emocional, sentido de pertenencia o apoyo cotidiano. Por eso, los resultados cuantitativos y cualitativos coinciden en señalar que **la soledad no deseada y el aislamiento social son fenómenos diferentes, pero estrechamente relacionados.**

La categoría operativa de soledad no deseada con riesgo alto de aislamiento social permite integrar ambas dimensiones. El estudio identificó que **casi el 20% de la población relevada presenta simultáneamente niveles moderados o altos de soledad percibida y alto riesgo de aislamiento social.** Esta situación representa un núcleo de mayor complejidad, donde el malestar subjetivo se articula con redes de apoyo frágiles o insuficientes. La lectura cualitativa permite comprender que estas situaciones pueden expresarse como retraimiento, pérdida de proyectos, dificultad para pedir ayuda, menor participación, barreras de movilidad, dependencia, vergüenza o falta de espacios significativos de encuentro.

5.2 Situaciones de mayor vulnerabilidad relacional

La integración de hallazgos permite reconocer configuraciones de mayor vulnerabilidad relacional. Estas no deben entenderse como perfiles cerrados o grupos homogéneos, sino

como situaciones en las que se combinan distintas **condiciones que pueden incrementar el riesgo de soledad no deseada y aislamiento social**. Estas situaciones se producen cuando se combinan distintos factores: fragilidad de redes, soledad percibida, menores ingresos, hogares unipersonales, dificultades de movilidad, baja participación social, brecha digital, dependencia funcional o dificultad para expresar necesidades de apoyo.

Los resultados cuantitativos muestran que vivir solo/a o residir en hogares unipersonales se asocia con mayores niveles de soledad percibida y riesgo de aislamiento social. En esta línea, la composición del hogar refuerza la tendencia observada, ya que los hogares generacionales presentan la mayor proporción de baja soledad no deseada, seguidos por los multigeneracionales. Sin embargo, los relatos cualitativos permiten complejizar esta relación y evitar una lectura lineal. Vivir solo/a no implica necesariamente sentirse solo/a, así como convivir con otras personas no garantiza la ausencia de soledad. La experiencia subjetiva aparece fuertemente mediada por la calidad de los vínculos, la disponibilidad de apoyo cotidiano y las oportunidades efectivas de participación social. En este sentido, ambos indicadores permiten identificar un patrón consistente: las formas de convivencia asociadas a vínculos cotidianos más densos, como la convivencia en pareja o con redes familiares activas, tienden a vincularse con mejores niveles relativos de baja soledad no deseada, mientras que los arreglos unipersonales o con menor densidad relacional concentran mayores niveles de soledad moderada y mayor vulnerabilidad relativa.

Las condiciones económicas también aparecen como un factor relevante de vulnerabilidad. Los datos muestran mayor presencia de soledad percibida y aislamiento social en sectores de menores ingresos. El componente cualitativo permite comprender los mecanismos concretos a través de los cuales la economía incide en la vida vincular: el costo del transporte, la imposibilidad de pagar taxis o remises, la reducción de salidas, la dificultad para sostener actividades, la conectividad limitada, los consumos mínimos asociados al encuentro y, en algunos casos, la autoexclusión por vergüenza o sensación de no pertenecer.

La movilidad y la accesibilidad constituyen otra dimensión crítica. Los datos cuantitativos incorporan información sobre formas de desplazamiento y aislamiento social, mientras que los grupos focales muestran que poder moverse no es solo una cuestión funcional, sino una condición para sostener vínculos. Transporte poco accesible, miedo a circular, inseguridad, necesidad de acompañamiento o falta de recursos para trasladarse pueden convertir una actividad disponible en una oportunidad inaccesible. En este punto, la vulnerabilidad relacional no depende solo de la persona, sino también de las condiciones urbanas y territoriales que habilitan o restringen la participación.

La dimensión de género también resulta significativa. En términos cuantitativos, las mujeres concentran más casos absolutos debido a su mayor presencia en la muestra. Sin embargo, al analizar proporcionalmente los niveles de soledad no deseada y aislamiento social, los varones presentan mayor vulnerabilidad en las formas más severas de aislamiento y soledad

no deseada. Este hallazgo dialoga con los grupos focales, donde los varones fueron descriptos como más reticentes a participar, pedir ayuda, expresar malestar o integrarse a espacios comunitarios. Las mujeres, en cambio, aparecen con mayor participación en redes, talleres y actividades grupales, así como con mayores recursos para sostener vínculos de apoyo.

La brecha digital también configura situaciones de vulnerabilidad relacional. Los resultados muestran que el bajo uso o la ausencia de uso de tecnologías puede asociarse con mayores dificultades de comunicación y acceso a redes. Sin embargo, el uso cotidiano de dispositivos tampoco elimina por sí solo la soledad no deseada. La evidencia cualitativa permite comprender esta ambivalencia: la tecnología puede acompañar, conectar y facilitar trámites, pero también puede producir frustración, dependencia, exclusión o debilitamiento del encuentro presencial. Por eso, la vulnerabilidad digital no se reduce a tener o no tener un dispositivo, sino a las condiciones reales de apropiación, motivaciones para el uso, conectividad, alfabetización y apoyo.

En conjunto, las situaciones de mayor vulnerabilidad relacional se configuran cuando convergen múltiples dimensiones: soledad percibida, redes frágiles, bajos ingresos, dificultades de movilidad, hogares unipersonales, menor participación social, brecha digital, mandatos de autosuficiencia, vergüenza para pedir ayuda y escasa disponibilidad de espacios comunitarios accesibles. Esta convergencia permite comprender que la soledad no deseada no es una experiencia aislada, sino una expresión compleja de fragilidades subjetivas, vinculares y estructurales.

5.3 Factores protectores y recursos de afrontamiento

La triangulación también permite identificar factores protectores y recursos de afrontamiento frente a la soledad no deseada. El componente cuantitativo muestra la importancia de contar con redes sociales adecuadas, mayor disponibilidad de apoyos familiares y de amistad, participación social y acceso a recursos de comunicación. El componente cualitativo permite profundizar qué tipo de vínculos y espacios operan efectivamente como protección.

Uno de los principales factores protectores identificados son los vínculos significativos. No se trata solamente de tener contactos frecuentes, sino de contar con personas disponibles para escuchar, acompañar, compartir preocupaciones, sostener conversaciones y ofrecer apoyo emocional. En este sentido, las redes familiares pueden funcionar como soporte central, pero los relatos muestran que los pares, amistades, vecinos/as y compañeros/as de actividades adquieren una relevancia particular en la vejez.

Los grupos focales destacan la importancia de los vínculos entre pares. Las amistades, grupos de pertenencia, talleres, centros de jubilados, actividades socioeducativas y espacios comunitarios aparecen como ámbitos donde las personas mayores pueden construir reconocimiento, escucha y pertenencia. En muchos relatos, estos espacios son descriptos como una “familia elegida”, especialmente cuando los vínculos familiares son insuficientes, distantes o intermitentes.

La participación social constituye otro factor protector relevante, aunque debe ser interpretada con cuidado. El estudio muestra que participar en actividades puede aliviar la soledad, ordenar la rutina y favorecer el encuentro. Sin embargo, los grupos focales advierten que no toda actividad protege del mismo modo. La frase “matan el tiempo, no es que matan la soledad” sintetiza una distinción fundamental: ocupar el día puede reducir el malestar, pero no necesariamente produce vínculos significativos. Por ello, las actividades tienen mayor potencial protector cuando generan continuidad, confianza, escucha, reciprocidad y sentido de pertenencia.

Los proyectos personales, el aprendizaje, el voluntariado, las actividades culturales, recreativas y comunitarias también aparecen como recursos relevantes. En algunos grupos, estos recursos se vinculan con la posibilidad de sostener intereses, construir nuevos sentidos y reorganizar la vida cotidiana después de la jubilación, la viudez u otras pérdidas. En otros contextos, especialmente en sectores de mayor vulnerabilidad, los recursos de afrontamiento pueden adoptar formas más simples pero igualmente significativas: escuchar radio, cuidar plantas, caminar, conversar con vecinos, sostener rutinas domésticas, recurrir a la espiritualidad o participar en espacios comunitarios cercanos.

La tecnología puede funcionar como recurso protector cuando está apropiada significativamente. WhatsApp, videollamadas, grupos virtuales, mensajes cotidianos y contenidos digitales pueden sostener vínculos, acompañar momentos de soledad y facilitar la organización de encuentros. Sin embargo, su valor protector depende de que no reemplace el encuentro presencial ni profundice dependencia o exclusión. La inclusión digital debe comprenderse como complemento de las redes presenciales, no como sustituto de la vida comunitaria.

Los espacios territoriales de proximidad también aparecen como factores protectores. Centros de jubilados, centros de salud, CPC, iglesias, clubes, plazas, organizaciones comunitarias, universidades, programas socioeducativos y dispositivos de cuidado pueden funcionar como puertas de entrada a procesos de reconexión social. Su importancia no reside solo en ofrecer actividades, sino en facilitar la detección temprana, el acompañamiento, la orientación y la construcción de redes sostenidas.

En síntesis, los factores protectores no se reducen a variables individuales. Están compuestos por una combinación de vínculos significativos, participación sostenida, accesibilidad

territorial, redes de pares, recursos simbólicos, inclusión digital acompañada, espacios comunitarios próximos y dispositivos institucionales capaces de detectar y acompañar situaciones de fragilidad relacional.

5.4 Soledad no deseada como problema público local

La integración de hallazgos permite afirmar que la soledad no deseada constituye un problema público local de carácter social, sanitario, comunitario y territorial. No se trata únicamente de una experiencia privada ni de un malestar individual de las personas mayores, sino de una problemática que se produce en la interacción entre trayectorias personales, redes vinculares, condiciones económicas, accesibilidad urbana, brecha digital, participación comunitaria y disponibilidad de apoyos institucionales.

Desde esta perspectiva, la soledad no deseada debe ser abordada como una cuestión de salud pública en sentido amplio. Sus efectos impactan sobre el bienestar subjetivo, la salud mental, la autonomía, la calidad de vida y las posibilidades de integración social. Sin embargo, sus causas y condiciones de producción exceden al sistema sanitario y a la población estudiada. Por ello, las respuestas no pueden limitarse a intervenciones clínicas o individuales, sino que deben articular salud, políticas sociales, cuidado, cultura, deporte, educación, accesibilidad urbana, inclusión digital y fortalecimiento comunitario.

Los resultados muestran que el municipio ocupa un lugar estratégico en esta agenda. La ciudad es el espacio donde las personas viven, circulan, se encuentran, participan o se aíslan. Por eso, las políticas locales pueden incidir directamente en las condiciones que favorecen o restringen la conexión social: transporte, espacios públicos, centros comunitarios, redes barriales, programas para personas mayores, dispositivos de salud, centros de día, talleres, actividades culturales, alfabetización digital y mecanismos de acompañamiento territorial.

La evidencia producida permite también orientar una mirada preventiva. El hallazgo extendido de los niveles moderados de soledad percibida sugiere la necesidad de actuar antes de que las situaciones se vuelvan críticas. Del mismo modo, la identificación de personas con riesgo alto de aislamiento social permite pensar estrategias de detección temprana y fortalecimiento de redes, especialmente en quienes presentan menor participación, vínculos frágiles, dificultades de movilidad, barreras de acceso, hogares unipersonales, brecha digital o restricciones económicas.

La soledad no deseada con riesgo alto de aislamiento social constituye una categoría especialmente relevante para la planificación pública. Permite identificar situaciones donde convergen malestar subjetivo y fragilidad objetiva de redes de apoyo. Esta convergencia señala escenarios de mayor vulnerabilidad relacional, social y sanitaria, y puede orientar la

priorización de estrategias de acompañamiento, derivación, seguimiento y reconexión comunitaria.

La triangulación de hallazgos muestra, en definitiva, que la soledad no deseada debe ser comprendida como una señal de fragilidad en las tramas que sostienen la vida cotidiana. Su abordaje requiere pasar de una lógica de actividades aisladas a una política de reconexión social. Esto supone reconocer que el encuentro, la generación de sentido, de pertenencia, la escucha y el acompañamiento no son dimensiones accesorias del bienestar, sino condiciones centrales para una ciudad que cuida, integra y sostiene a sus personas mayores.

Conclusiones

Los resultados del estudio permiten afirmar que la soledad no deseada en personas mayores constituye una problemática social, sanitaria, económica, comunitaria y territorial relevante para la ciudad de Córdoba. Lejos de tratarse únicamente de una vivencia íntima o individual, los hallazgos muestran que se configura en la interacción entre experiencias subjetivas de desconexión, fragilidad de redes de apoyo, transformaciones familiares, condiciones económicas, barreras de movilidad, accesibilidad urbana, brecha digital y oportunidades reales de participación social.

Uno de los principales aportes del estudio es poner en relación la experiencia subjetiva de soledad con las condiciones objetivas de aislamiento social. Esta decisión permitió identificar situaciones de mayor complejidad, en las que el malestar vinculado a la soledad se combina con redes de apoyo frágiles o insuficientes. Esta lectura resulta especialmente valiosa para la planificación pública, porque permite orientar acciones no solo hacia quienes expresan sentirse solos/as, sino también hacia quienes presentan condiciones relacionales, materiales o territoriales que pueden profundizar procesos de desconexión social.

Los hallazgos también permiten afirmar que la soledad no deseada no puede ser abordada únicamente desde respuestas individuales, clínicas o asistenciales. Si bien involucra una experiencia subjetiva de malestar, sus condiciones de producción exceden a la persona. Las transformaciones familiares, la reducción de redes significativas, las dificultades económicas, las barreras de movilidad, la accesibilidad urbana, la brecha digital, la disponibilidad de

espacios comunitarios y las oportunidades de participación social configuran un entramado que puede favorecer o limitar la conexión con otros.

En este sentido, la soledad no deseada debe ser comprendida como una problemática de salud pública en sentido amplio, pero también como un desafío de integración social, cuidado comunitario y planificación urbana. El municipio ocupa un lugar estratégico para intervenir, porque la ciudad es el espacio donde las personas mayores habitan, circulan, participan, se encuentran o se aíslan. Por ello, las respuestas deben construirse desde una perspectiva intersectorial, territorial y sostenida, articulando salud, políticas sociales, cultura, deporte, educación, accesibilidad, inclusión digital, organizaciones comunitarias y redes comunitarias.

El estudio muestra, además, que la prevención requiere actuar antes de que las situaciones se vuelvan críticas. La amplia presencia de niveles moderados de soledad percibida y la proporción significativa de personas con riesgo de aislamiento social indican la importancia de fortalecer dispositivos de detección temprana, acompañamiento y reconexión comunitaria. No se trata solamente de responder a situaciones ya consolidadas, sino de generar condiciones para sostener vínculos, ampliar redes de apoyo y evitar procesos progresivos de retraimiento.

Finalmente, los resultados advierten que no alcanza con ampliar la oferta de actividades si estas no se traducen en vínculos significativos. La participación social tiene valor protector cuando genera pertenencia, reconocimiento, continuidad, confianza y reciprocidad. Por ello, el desafío de la política pública no es solo ofrecer espacios, sino construir condiciones reales para que las personas mayores puedan llegar, permanecer, sentirse parte y sostener vínculos que tengan sentido en su vida cotidiana.

En síntesis, la soledad no deseada debe ser entendida como una señal de fragilidad en las tramas que sostienen la vida cotidiana. Su abordaje requiere consolidar una política local de reconexión social, capaz de fortalecer vínculos, reducir barreras de participación, ampliar redes de cuidado y construir una ciudad más integrada, accesible y comunitaria.

Orientaciones para profundizar la estrategia municipal de reconexión social

Los hallazgos del estudio no parten de una ausencia de respuestas, sino que permiten reconocer, ordenar y fortalecer una trama de acciones municipales, comunitarias e institucionales que ya se encuentran en desarrollo en la ciudad. La creación del Observatorio Municipal de Soledad No Deseada, junto con la articulación entre áreas de salud, políticas sociales, programas para personas mayores, dispositivos comunitarios, espacios

socioeducativos, efectores sanitarios y organizaciones territoriales, constituye una base relevante sobre la cual profundizar una política local de reconexión social.

Desde esta perspectiva, las orientaciones que se presentan a continuación no deben entenderse como un punto de partida, sino como una agenda de consolidación, integración y mejora. Su propósito es aportar criterios para fortalecer capacidades existentes, articular recursos disponibles, ampliar la cobertura territorial, mejorar la detección temprana, sostener la participación comunitaria y transformar la evidencia producida en decisiones públicas más precisas, oportunas y territorializadas.

6.1 Consolidar redes comunitarias y espacios de participación significativa

El abordaje de la soledad no deseada requiere consolidar los espacios donde las personas mayores pueden construir vínculos significativos, sostener rutinas compartidas y sentirse parte de una trama comunitaria. Talleres, centros de jubilados, centros de día, clubes, iglesias, universidades, organizaciones barriales, espacios culturales, deportivos y socioeducativos pueden funcionar como dispositivos de pertenencia, cuidado y reconexión social.

El objetivo no debería limitarse a incrementar la cantidad de actividades disponibles, sino a fortalecer su capacidad de producir vínculos. Para ello, resulta necesario promover propuestas sostenidas en el tiempo, con dinámicas participativas, accesibles y capaces de favorecer la confianza, la escucha, el reconocimiento y el cuidado mutuo.

6.2 Mejorar la articulación y el acceso a servicios y dispositivos de cuidado

La soledad no deseada puede profundizarse cuando las personas mayores encuentran dificultades para acceder a servicios, apoyos o dispositivos de cuidado. Por ello, resulta prioritario mejorar la articulación entre centros de salud, dispositivos de salud mental, programas sociales, centros de día, espacios comunitarios y servicios municipales.

Esta mejora no refiere solo a la existencia de servicios, sino también a su accesibilidad efectiva: información clara, orientación personalizada, circuitos de derivación simples, acompañamiento en el acceso y seguimiento de situaciones de mayor vulnerabilidad relacional. La clave es que las personas no queden solas frente a la complejidad institucional.

6.3 Profundizar estrategias de inclusión digital con acompañamiento presencial

La tecnología puede ser un recurso para sostener vínculos, facilitar trámites, acceder a información y mantener contacto con familiares, amistades o espacios de participación. Sin

embargo, también puede transformarse en una fuente de exclusión cuando no existen habilidades, conectividad, dispositivos adecuados o acompañamiento suficiente.

Por ello, se recomienda profundizar estrategias de alfabetización digital para personas mayores, orientadas al uso cotidiano y práctico de herramientas como WhatsApp, videollamadas, turnos digitales, trámites frecuentes y acceso a información confiable. Estas acciones deben desarrollarse con acompañamiento presencial y enfoque de accesibilidad, evitando que la digitalización reemplace el encuentro humano o se convierta en una nueva barrera.

6.4 Potenciar intervenciones territoriales y comunitarias de proximidad

El territorio puede facilitar o restringir las oportunidades de encuentro. Por eso, las políticas frente a la soledad no deseada deben considerar las condiciones concretas y contextuales que permiten circular, llegar a una actividad, permanecer en ella y regresar de manera segura.

Esta orientación implica acercar propuestas a los barrios, fortalecer espacios de proximidad, mejorar la accesibilidad de los dispositivos existentes, articular con redes comunitarias y promover intervenciones que conviertan plazas, centros comunitarios, CPC, clubes, bibliotecas, centros de salud y otros espacios locales en puntos de encuentro y reconexión social.

6.5 Fortalecer dispositivos de detección temprana, orientación y seguimiento

La soledad no deseada no siempre aparece como demanda explícita. Puede expresarse como retraimiento, tristeza, baja participación, dificultad para pedir ayuda, pérdida de interés, ausencia de redes disponibles o abandono progresivo de actividades. Por ello, resulta necesario fortalecer la capacidad de detección temprana en los espacios donde las personas mayores ya circulan.

Equipos de salud, agentes municipales, referentes barriales, talleristas, cuidadores, organizaciones comunitarias y espacios de personas mayores pueden cumplir un rol clave en la identificación de señales de alerta, la orientación inicial y el acompañamiento hacia recursos disponibles. Esta detección debe vincularse con circuitos concretos de respuesta, evitando identificar situaciones sin ofrecer alternativas de acompañamiento.

6.6 Ampliar acciones de sensibilización y desestigmatización

Los relatos muestran que muchas personas tienen dificultades para nombrar la soledad, reconocer el malestar o pedir ayuda. El temor a molestar, la vergüenza, los mandatos de

autosuficiencia y la idea de que la soledad forma parte “normal” del envejecimiento pueden invisibilizar situaciones que requieren acompañamiento.

Por ello, se recomienda ampliar acciones de sensibilización pública orientadas a instalar la soledad no deseada como una problemática social, comunitaria y abordable. Estas estrategias deberían promover una narrativa centrada en el cuidado, la conexión intergeneracional, la participación y la corresponsabilidad, evitando enfoques que refuercen el estigma o presenten a las personas mayores únicamente como receptoras pasivas de ayuda.

6.7 Desarrollar conectores sociales a partir de actores comunitarios existentes

Una estrategia relevante para la profundización de la política local es el desarrollo de conectores sociales o comunitarios a partir de actores ya presentes en el territorio. Esta figura no debe entenderse como una nueva estructura burocrática, sino como un apoyo, una capacidad a fortalecer en equipos de salud, referentes barriales, agentes municipales, cuidadores, docentes, talleristas, voluntarios y organizaciones comunitarias.

Su función sería identificar situaciones de aislamiento, orientar hacia recursos disponibles, acompañar los primeros acercamientos a espacios de participación y sostener el vínculo con personas que tienen mayores dificultades para integrarse. Muchas personas en situación de soledad no deseada no llegan espontáneamente a los dispositivos existentes; necesitan mediaciones cercanas, confiables y territorialmente situadas.

6.8 Consolidar una red interinstitucional para el abordaje de la soledad no deseada

El abordaje de la soledad no deseada requiere consolidar una red amplia de cooperación entre el municipio, universidades, instituciones sanitarias públicas y privadas, organizaciones comunitarias, organismos internacionales, medios de comunicación, espacios socioeducativos, actores territoriales y sector privado. Esta articulación resulta clave para ampliar capacidades, compartir información, fortalecer la detección temprana, generar propuestas de participación, sensibilizar a la comunidad y sostener respuestas territorialmente situadas.

La experiencia del estudio muestra que la producción de evidencia y el trabajo de campo fueron posibles gracias a una trama diversa de instituciones y equipos que facilitaron el acceso a la población, acompañaron la convocatoria y aportaron conocimiento técnico, territorial y comunitario. Profundizar esta línea de trabajo permitirá que la soledad no deseada no quede circunscripta a un área específica de gobierno, sino que sea abordada como una agenda común de ciudad.

Desde esta perspectiva, la red interinstitucional debe orientarse no solo a coordinar acciones existentes, sino también a construir circuitos compartidos de información, derivación, acompañamiento, comunicación pública y evaluación. Las universidades pueden aportar investigación, formación y evaluación; las instituciones sanitarias, detección y acompañamiento; las organizaciones comunitarias, proximidad territorial; los medios de comunicación, sensibilización social; los organismos internacionales, cooperación técnica; y el sector privado, recursos, innovación y corresponsabilidad comunitaria.

Referencias bibliográfica

Aguilar Villanueva, L. F. (1996). *Problemas públicos y agenda de gobierno*. Miguel Ángel Porrúa.

Bauman, Z. (2003). *Modernidad líquida*. Fondo de Cultura Económica.

Bourdieu, P. (1980). Le capital social: Notes provisoires. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 31, 2–3. <https://doi.org/10.3406/arss.1980.2069>

Breilh, J. (2013). *La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública*. Universidad Andina Simón Bolívar.

Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., & Berntson, G. G. (2006). Loneliness within a nomological net: An evolutionary perspective. *Journal of Research in Personality*, 40(6), 1054–1085.

Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2014). Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation. *Social and Personality Psychology Compass*, 8(2), 58–72. <https://doi.org/10.1111/spc3.12087>

Castel, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social: Una crónica del salariado*. Paidós.

Castells, M. (2009). *Comunicación y poder*. Alianza Editorial.

Dunn, W. N. (1994). *Public policy analysis: An introduction* (2nd ed.). Prentice Hall.

Fakoya, O. A., McCorry, N. K., & Donnelly, M. (2020). Loneliness and social isolation interventions for older adults: A scoping review of reviews. *BMC Public Health*, 20, 129. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8251-6>

Gené-Badia, J., Ruiz-Sánchez, M., Obiols-Masó, N., Oliveras, L., & Lagarda, E. (2016). Isolation, loneliness, and health in older adults. *Atención Primaria*, 48(9), 604–609. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.012>

- Han, B.-C. (2012). *La sociedad del cansancio*. Herder.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Kingdon, J. W. (1984). *Agendas, alternatives, and public policies*. Little, Brown and Company.
- Naciones Unidas. (2015). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/agenda2030/>
- Observatorio de la Deuda Social Argentina. (2022). *Déficits en las redes de apoyo social y bienestar subjetivo en la Argentina urbana*. Universidad Católica Argentina.
- Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada. (2023). *Barómetro de la soledad no deseada en España*. Fundación ONCE; Cruz Roja Española.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Decenio del Envejecimiento Saludable 2021–2030*. <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *Social isolation and loneliness*. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-health-y-ageing/social-isolation-and-loneliness>
- Organización Panamericana de la Salud. (2024). *Determinantes sociales de la salud*. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2024). *Soluciones que conectan: Mapeo sobre la soledad no deseada*. <https://www.undp.org/es/argentina/blog/soluciones-que-conectan-mapeo-sobre-la-soledad-no-deseada>
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. Simon & Schuster.
- Rosa, H. (2016). *Resonancia: Una sociología de la relación con el mundo*. Katz Editores.
- Russell, D. W., Cutrona, C. E., Rose, J., & Yurko, K. (2012). Social and emotional loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(6), 1313–1321.
- Santos, M. (2000). *La naturaleza del espacio*. Ariel.

Van Tilburg, T., & De Jong Gierveld, J. (2023). Loneliness and social isolation: Concepts and determinants. *Current Opinion in Psychology*, 54, 101708.

<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2023.101708>

Victor, C. R., Burholt, V., & Martin, W. (2020). Loneliness and ethnic minority elders in Great Britain. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 35(1), 65–78. <https://doi.org/10.1007/s10823-019-09385-1>

Yanguas Lezaun, J., Pinazo-Hernandis, S., & Tarazona-Santabalbina, F. J. (2018). La soledad en las personas mayores: Conceptualización, valoración e intervención. Fundación Bancaria “la Caixa”. **Anexos**

Anexo I. Instrumento de recolección de datos cuantitativos

Estudio: Dimensiones y factores de la soledad no deseada en la ciudad de Córdoba. Estudio exploratorio para el desarrollo de políticas locales.

VERSIÓN PAPEL

Esta encuesta se realiza a los fines de conocer con mayor profundidad el problema creciente de la soledad no deseada en personas mayores (60 a 85 años) en la Ciudad de Córdoba para generar recomendaciones en el diseño de Políticas Públicas. Esta investigación está coordinada por el Observatorio de Soledad No Deseada del Instituto de Planificación Municipal (IPLAMU) con apoyo de la Secretaría de Salud y la Secretaría de Políticas Sociales de la Municipalidad.

La encuesta es anónima y la información está resguardada por confidencialidad profesional. Completarla llevará aproximadamente 35 minutos.

Consentimiento informado

Usted ha sido invitado/a a participar de una encuesta anónima sobre soledad no deseada en personas mayores, en el marco de un estudio coordinado por el Observatorio de Soledad No Deseada de la Municipalidad de Córdoba. Su participación es voluntaria y puede optar por no responder alguna pregunta o interrumpir la encuesta en cualquier momento. La

La información que brinde será utilizada únicamente con fines de investigación y planificación de políticas públicas, y será tratada de manera confidencial. Al continuar con la encuesta, usted manifiesta su consentimiento para participar.

¿Da el consentimiento para completar la encuesta? *Marca solo un óvalo.*

- ☐ No
☐ Sí

SOBRE LUGAR DONDE SE REALIZA

Indique en el marco de qué programa/ institución se realiza la encuesta: **Marcar solo una opción*

- Programa Circuito Mayor: Espacios comunitarios formales estatales o mixtos: centros vecinales, ONG, CIC.
 - ☐ Programa Circuito Mayor: Espacios públicos
 - ☐ Programa Circuito Mayor: Espacios comunitarios informales
 - ☐ Programa UPAMI UNC: Talleres socioeducativos
 - ☐ Programa Bienestar UPC: Talleres socioeducativos
 - ☐ PAMI: Consultorio clínico
 - ☐ Sanatorio privado Morra: Consultorio clínico
 - ☐ Sanatorio privado Morra: Centro de día - talleres terapéuticos
 - ☐ Clinica Privada Saint Michele: Consultorio clínico
 - ☐ Clinica Privada Saint Michele: Centro de día - talleres terapéuticos
 - ☐ Programa +65 DASPU
 - ☐ DAPS
 - ☐ OTRO. Describir en el marco de qué programa realiza la encuesta y en qué tipo de espacio _____

BLOQUE SOCIODEMOGRÁFICO

Incluye: **A-** Datos personales, **B-** Seguridad Social, **C-** Nivel educativo y situación laboral, **D-** Acceso y uso de tecnologías digitales en el hogar, **E-** Accesibilidad Urbana: Espacios públicos y movilidad, **F-** Ingresos y situación económica, **G-** Estado de salud general.

A- DATOS PERSONALES

1. Indicar el rango etario correspondiente * *Marca solo un óvalo.*

- ☐ 60 - 64
- ☐ 65 - 69
- ☐ 70 - 74
- ☐ 75 - 79
- ☐ 80 - 85
- ☐ 85 - Más

2. Indicar sexo biológico * *Marca solo un óvalo.*

☐ Masculino

- ☐ Femenino
- ☐ Otro

3. **Barrio de residencia de la persona mayor** * *Escribir según referencia de anexo de Barrios Ciudad de Córdoba.*

4. **Estado Civil** * *Marca solo una opción*

- ☐ Soltero/a
- ☐ Casado/a o en Concubinato
- ☐ Separado/a o Divorciado/a
- ☐ Viudo/a

5. **Situación de convivencia actual** * *Marca solo una opción.*

- ☐ Vive solo/a
- ☐ Vive con su pareja
- ☐ Vive con familiares (hijos, nietos, otros)
- ☐ Vive con personas no familiares
- ☐ Vive en residencia de personas mayores

6. **Composición del hogar**

- ☐ Unipersonal
- ☐ Generacional
- ☐ Multigeneracional
- ☐ Otro

B- SEGURIDAD SOCIAL

7. **Indicar situación previsional** * *Marca solo una opción.*

- ☐ Cobra jubilación o pensión
- ☐ Cobra jubilación y pensión
- ☐ Sin jubilación, ni pensión
- ☐ Prefiere no contestar

C- NIVEL EDUCATIVO Y SITUACIÓN LABORAL

8. Nivel educativo alcanzado (Indicar máximo nivel alcanzado) * Marca solo una opción.

- ☐ Sin Instrucción Formal
- ☐ Nivel inicial
- ☐ Primario Incompleto
- ☐ Primario Completo
- ☐ Secundario Incompleto
- ☐ Secundario Completo
- ☐ Terciario / Universitario Incompleto
- ☐ Terciario / Universitario Completo
- ☐ Educación especial

9. Situación laboral actual: ¿Actualmente realiza alguna actividad laboral o productiva? * Marca solo una opción.

- ☐ Si, en relación de dependencia
- ☐ Si, por cuenta propia
- ☐ Sí, en la economía familiar/ no remunerada (cuidado de familiares)
- ☐ No realiza ninguna actividad laboral

D- ACCESO Y USO DE TECNOLOGÍAS DIGITALES EN EL HOGAR

10. Frecuencia de uso de dispositivos tecnológicos digitales * Marca solo una opción.

- ☐ Usa de manera cotidiana celular y/o computadora (todos los días alguno de los dos)
- ☐ Usa de manera frecuente celular y/o computadora, pero no todos los días
- ☐ Usa de manera poco frecuente celular y/o computadora
- ☐ No usa celular y/o computadora

11. ¿Para qué los usa principalmente? (Puede marcar más de una opción)

- ☐ Comunicarse con familiares o amigos
- ☐ Informarse
- ☐ Realizar trámites (turnos médicos, pagos, etc.)
- ☐ Entretenimiento (videos, juegos, música, etc.)
- ☐ Otro
- ☐ No los uso

E- ACCESIBILIDAD URBANA: ESPACIOS PÚBLICOS Y MOVILIDAD

12. Tipo de espacio público que frecuenta * *Selecciona todos los que correspondan.*

- ☐ Plazas o parques cercanas al domicilio de residencia
- ☐ Centros de salud- Hospitales
- ☐ Centros comunitarios (centros de jubilados, parques educativos, centros de personas mayores, centros vecinales, CPC, centros culturales, bibliotecas, universidades, etc.) Iglesias o lugares religiosos
- ☐ Mercados o ferias para realizar compras
- ☐ Otro

13. Se moviliza de manera.. * *Marca solo una opción.*

- ☐ Autónoma
- ☐ Requiere siempre acompañamiento de familiar y/o cuidadores
- ☐ Generalmente solo/a, pero a veces recibe acompañamiento
- ☐ Le acompañan cuando pueden pero puede realizarlo de solo

14. Indique servicios o instituciones que estén a menos de 10 cuadras de su residencia. * *Selecciona todos los que correspondan.*

- ☐ Parada de colectivo
- ☐ Centro de salud u hospital
- ☐ Plaza o espacio verde
- ☐ Centro comunitario y/o religioso de actividades
- ☐ Farmacia, despensa, centro comercial
- ☐ Otro

F- INGRESOS Y SITUACIÓN ECONÓMICA

15. ¿Qué opción describe mejor los ingresos mensuales? - con referencia de montos de jubilaciones - * *Marca solo una opción*

- ☐ Menos de una jubilación mínima nacional (menos de \$384.305, incluyendo el bono)
Entre una y dos jubilaciones mínimas (\$384.305 - \$768.610)
- ☐ Entre dos y tres jubilaciones mínimas (\$768.610 - \$1.152.915)
- ☐ Más de tres jubilaciones mínimas (más de \$1.152.915)
- ☐ Prefiere no contestar

16. ¿Cómo describiría la situación actual de los ingresos de su hogar? * *Marca solo una opción.*

- ☐ Me alcanza bien, puedo ahorrar
- ☐ Me alcanza, pero debo ajustar gastos
- ☐ Me alcanza justo, con dificultad
- ☐ No me alcanza para cubrir necesidades básicas
- ☐ Prefiero no responder

17. ELECTRODOMÉSTICOS Y SERVICIOS DEL HOGAR. Mencionar aquellos que cuente disponibles y en condiciones de uso * *Selecciona todos los que correspondan.*

- ☐ Freezer
- ☐ Aire acondicionado o calefacción
- ☐ Internet en el hogar
- ☐ Computadora o tablet
- ☐ Alarma, guardia de seguridad
- ☐ Automóvil
- ☐ Servicios de limpieza, cocina
- ☐ Servicios de cuidados de personas mayores y/o niños/as del hogar

G- ESTADO DE SALUD GENERAL

18. Percepción de estado de salud general? ¿Cómo siente que es su estado de salud actualmente? * *Marca solo un óvalo.*

- ☐ Muy bueno
- ☐ Bueno
- ☐ Regular
- ☐ Malo
- ☐ Muy malo

19. ¿Tiene alguna enfermedad o limitación que afecte su vida diaria? * *Marca solo una opción.*

- ☐ No
- ☐ Sí

* **Si tiene alguna discapacidad indicar a continuación** * *Selecciona todos los que correspondan.*

- ☐ . Motriz o física
- ☐ Sensorial

- ☐ Intelectual
- ☐ Psicosocial, salud mental
- ☐ Lenguaje, comunicación

BLOQUE MALESTAR SUBJETIVO -SENTIMIENTO DE SOLEDAD NO DESEADA Escala de Soledad UCLA

A continuación le diré una serie de afirmaciones, con intención que responda una sola opción. Indique con qué frecuencia se siente en cada una de las situaciones que le digo a continuación.

1. ¿Con qué frecuencia sentís que estás “en sintonía” con las personas que te rodean? * Marca solo una opción. (I)

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ A veces
- ☐ Siempre

2. ¿Con qué frecuencia sentís que te falta compañía? * Marca solo un óvalo.

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ A veces
- ☐ Siempre

3. ¿Con qué frecuencia sentís que no hay nadie a quien acudir? * Marca solo un óvalo.

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ A veces
- ☐ Siempre

4. ¿Con qué frecuencia te sentís solo/a? * Marca solo un óvalo.

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ A veces
- ☐ Siempre

5. ¿Con qué frecuencia sentís que formás parte de un grupo de amigos? * Marca solo un óvalo. (I)

☐ Nunca

- ☐ Rara vez
- ☐ A veces
- ☐ Siempre

6. ¿Con qué frecuencia sentís que tenés mucho en común con quienes te rodean? *
Marca solo un óvalo. (I)

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ A veces
- ☐ Siempre

7. ¿Con qué frecuencia sentís que ya no estás cerca de nadie? * *Marca solo un óvalo.*

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ A veces
- ☐ Siempre

8. ¿Con qué frecuencia sentís que tus intereses no son compartidos por los demás?
** Marca solo un óvalo.*

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ A veces
- ☐ Siempre

9. ¿Con qué frecuencia te sentís extrovertido/a y amigable? * *Marca solo un óvalo. (I)*

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ A veces
- ☐ Siempre

10. ¿Con qué frecuencia sentís cercanía con otras personas? * *Marca solo un óvalo. (I)*

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ A veces
- ☐ Siempre

11. ¿Con qué frecuencia te sentís excluido/a? * *Marca solo un óvalo.*

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ A veces
- ☐ Siempre

12. ¿Con qué frecuencia sentís que tus relaciones con los demás no son significativas? *Marca solo un óvalo.

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ A veces
- ☐ Siempre

13. ¿Con qué frecuencia sentís que nadie te conoce realmente bien? * Marcar solo un óvalo.

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ A veces
- ☐ Siempre

14. ¿Con qué frecuencia te sentís aislado/a de los demás? * Marca solo un óvalo.

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ A veces
- ☐ Siempre

15. ¿Con qué frecuencia sentís que podés encontrar compañía cuando lo deseás? * Marca solo un óvalo. (I)

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ A veces
- ☐ Siempre

16. ¿Con qué frecuencia sentís que hay personas que realmente te entienden? * Marca solo un óvalo. (I)

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ A veces
- ☐ Siempre

17. ¿Con qué frecuencia te sentís tímido/a? * *Marca solo un óvalo.*

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ A veces
- ☐ Siempre

18. ¿Con qué frecuencia sentís que hay personas a tu alrededor, pero no con vos? *
Marca solo un óvalo.

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ A veces
- ☐ Siempre

19. ¿Con qué frecuencia sentís que hay personas con quienes podés hablar? *
Marca solo un óvalo. (I)

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ A veces
- ☐ Siempre

20. ¿Con qué frecuencia sentís que hay personas a quienes podés acudir? *
Marca solo un óvalo. (I)

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ A veces
- ☐ Siempre

BLOQUE REDES SOCIALES DE APOYO

Este apartado indaga la cantidad y frecuencia de los vínculos que actualmente tiene. Le pediremos que responda según corresponda a su vínculo con familiares y amistades.

1. ¿Con cuántos familiares tiene usted contacto al menos una vez por mes? *
Marca solo un óvalo.

- ☐ 0 (ninguna persona)
- ☐ 1

□ 2

- ☐ 3 (3 o 4 personas)
- ☐ 4 (5 a 8 personas)
- ☐ 5 (9 a más personas)

2. ¿Con cuántos familiares se siente cómodo para hablar sobre asuntos privados?

**Marca solo un óvalo.*

- ☐ 0 (ninguna persona)
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3 (3 o 4 personas)
- ☐ 4 (5 a 8 personas)
- ☐ 5 (9 a más personas)

3. ¿A cuántos familiares podría llamar si necesitara ayuda? *Marca solo un óvalo.

- ☐ 0 (ninguna persona)
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3 (3 o 4 personas)
- ☐ 4 (5 a 8 personas)
- ☐ 5 (9 a más personas)

4. ¿Con cuántos amigos tiene usted contacto al menos una vez por mes? * Marca solo un óvalo.

- ☐ 0 (ninguna persona)
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4 (5 a 8 personas)
- ☐ 5 (9 a más personas)

5. ¿Con cuántos amigos se siente cómodo para hablar sobre asuntos privados? * Marca solo un óvalo.

- ☐ 0 (ninguna persona)
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3 (3 o 4 personas)
- ☐ 4 (5 a 8 personas)
- ☐ 5 (9 a más personas)

6. ¿A cuántos amigos podría llamar si necesitas ayuda? * Marca solo un óvalo.

- ☐ 0 (ninguna persona)
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3 (3 o 4 personas)

☐ **4** (5 a 8 personas)

☐ 5 (9 a más personas)

FINALIZACIÓN Y AGRADECIMIENTOS

Damos por finalizada la encuesta y le agradecemos por brindarnos información que permitirá conocer la realidad del padecimiento de la soledad no deseada en la Ciudad de Córdoba. Le recordamos que los datos brindados son confidenciales y solo se utilizarán a los fines de la investigación

Anexo II. Guía de grupos focales

La presente guía constituye el instrumento cualitativo utilizado para el desarrollo de los grupos focales en el marco del estudio epidemiológico sobre soledad no deseada en personas mayores de la Ciudad de Córdoba. Su finalidad es relevar información cualitativa orientada a profundizar la comprensión de las experiencias, percepciones, representaciones sociales y sentidos atribuidos a la soledad no deseada, complementando los resultados obtenidos a través del componente cuantitativo.

La guía fue diseñada con carácter semiestructurado, a fin de garantizar la comparabilidad de la información relevada entre los distintos grupos, sin perder la flexibilidad necesaria para incorporar emergentes relevantes surgidos durante el intercambio grupal. Su aplicación se inscribe en un enfoque de salud colectiva, orientado a contextualizar las vivencias individuales en marcos sociales, territoriales y culturales más amplios. La misma obtuvo adaptaciones contextuales y se desarrollaron adaptaciones para el grupo de referentes comunitarios e institucionales y expertos en la temática.

GUÍA DE PREGUNTAS - dimensión cualitativa-

GRUPOS FOCALES SND 2025

Dimensiones y Factores de la Soledad No Deseada en la Ciudad de Córdoba: Estudio Exploratorio para el Desarrollo de Políticas Locales

La guía está organizada por las cuatro dimensiones analíticas. Se trabaja como ruta flexible, no como cuestionario rígido.

PRIMER PARTE

Dimensión subjetiva, relacional y territorial que generan efectos en la “soledad no deseada”. Realizaremos una serie de preguntas disparadoras con la idea que se enfoquen en aquellas cuestiones que colaboran a la generación o profundización del sentimiento de soledad no deseada.

Dimensión subjetiva:

1. ¿Qué pensamientos relacionan con la palabra soledad no deseada?

2. ¿Qué cosas hacen que la soledad sea más difícil? ¿Existen situaciones o lugares donde la soledad se vuelve más intensa? ¿Cuáles? Dimensión relacional:
6. ¿Sentís que podés contar con alguien si tenés un problema? ¿Cómo lo sabés? ¿Y quienes son?
7. ¿Participás en actividades, grupos o espacios comunitarios (en el hogar y fuera del hogar)?
8. ¿Piensas que existen diferencias entre hombres y mujeres (o entre identidades diversas) en cómo se vive la soledad no deseada?

Dimensión territorial, económica, comunicacional:

9. ¿De qué manera el barrio/ comunidad influye en que uno se sienta más o menos acompañado?
10. ¿Cómo afectan tu situación económica, la seguridad, el transporte, la movilidad o los servicios del entorno a tu participación en actividades?
11. ¿Hay lugares edificados del barrio que faciliten el encuentro? ¿Y lugares que lo dificulten?
12. ¿Qué lugar tienen hoy el celular, internet o las redes sociales en esto? ¿Acercan o aíslan?

SEGUNDA PARTE

Dimensión de afrontamiento. Estrategias que se despliegan.

1. ¿Qué hacés para sentirte mejor cuando aparece el sentimiento de soledad?
2. ¿Qué acciones/ estrategias son mejores para sentirte mejor y cuáles no tanto?
3. ¿Qué podría ofrecer la ciudad/comunidad para acompañar mejor a personas mayores en situaciones de soledad?
5. Si pudieras dar un consejo a otra persona que pasa por situaciones de soledad, ¿cuál sería? (Dimensión subjetiva)

Valoración:

¿Cómo se sintieron participando de esta instancia?

¿Hay algo que no preguntamos y te gustaría sumar?

Características generales de los grupos focales

- Cantidad de grupos focales realizados: 6
- Cantidad aproximada de participantes por grupo: 7 a 14 personas
- Criterios de conformación de los grupos:

- (Participación en programas comunitarios públicos y privados, de los ámbitos de la asistencia, la salud, salud mental, socioeducativos, deportivos y recreativos)
- Ámbito de realización: Dispositivos comunitarios, instituciones de salud, espacios socioeducativos.
 - Duración aproximada de cada encuentro: 1.40 hs.
 - Modalidad: presencial

Registro y análisis de la información

Los grupos focales fueron registrados mediante grabaciones de audio y registro escrito.

La información obtenida será analizada mediante un enfoque de análisis temático, articulando los emergentes discursivos con las dimensiones analíticas definidas en la metodología del estudio y en diálogo con los resultados del componente cuantitativo, con el fin de identificar patrones, sentidos recurrentes y elementos contextuales relevantes para el análisis epidemiológico.

Consideraciones éticas

La realización de los grupos focales se desarrolló conforme a principios éticos de investigación en salud y ciencias sociales. Se garantizó la participación voluntaria, el consentimiento informado, la confidencialidad de la información y el anonimato de las personas participantes. Los datos producidos serán utilizados exclusivamente con fines de investigación y para la planificación y evaluación de políticas públicas.