



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Trabajo Social

Trabajo Fin de Grado

EL MAYOR EN SOLEDAD, REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN; SOLEDAD EN
PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS**

Alumno/a: Andrea Ruiz Luque

Tutor/a: Anna M^a Rucabado Sala

Dpto: Departamento de Psicología / Área
de Trabajo Social y Servicios Sociales

Julio, 2021

“Envejecer es como escalar una gran montaña; mientras se sube las fuerzas disminuyen, pero la mirada es más libre, la vista más amplia y serena.” (Ingmar Bergman)

ÍNDICE

RESUMEN	4
1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. MARCO CONCEPTUAL	7
3. MARCO TEÓRICO	8
- 3.1. ENVEJECIMIENTO Y POBLACIÓN MAYOR 65 AÑOS	8
- 3.2. SOLEDAD	12
- 3.3. JUBILACIÓN Y OCIO	14
- 3.4. LA DEPENDENCIA.....	15
- 3.5. ENVEJECIMIENTO ACTIVO	17
- 3.6 CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS MAYORES: GANANCIAS Y PÉRDIDAS	19
4. INSTITUCIONES RESIDENCIALES	22
□ RESIDENCIA VÁLIDOS:.....	24
□ RESIDENCIA MIXTA:	24
□ RESIDENCIA ASISTIDA:	24
5. OBJETIVOS	25
- 5.1 OBJETIVO GENERAL	25
- 5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	25
6. METODOLOGÍA.....	26
- 6.1 PROPUESTA PARA FUTURO.....	26
□ Escala de soledad de la UCLA:	27
□ Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21):	28
□ Escala de Apoyo Social Percibido:.....	28
□ Escala ESTE II:	29
6.1.1 POSIBLE PROPUESTA DE ACTIVIDADES	30
ACTIVIDAD 1:.....	30
ACTIVIDAD 2:.....	31
ACTIVIDAD 3:.....	33
ACTIVIDAD 4:.....	34
7. VALORACIÓN PERSONAL	35
8. LÍMITES DEL TRABAJO.....	36
9. BIBLIOGRAFÍA	37
10. ANEXOS	41

RESUMEN

El último tramo del ciclo vital de la vida, representa para la sociedad la vejez con connotaciones puramente negativas, lleno de improductividad, aburrimiento, deterioro, tristeza y enfermedad. La sociedad marca con estas y otras muchas etiquetas al conjunto de personas mayores que lo forman, convirtiéndose en un grupo vulnerable, contraponiendo sus propias auto percepciones de personas. El esfuerzo que ellas realizan por adaptarse a la sociedad producen que con el paso del tiempo y de manera natural aparezcan deterioros de tipo físico y afectivo, favoreciendo a la aparición de la temida soledad. De esta manera deja de ser ese proceso de deseado descanso, tiempo libre y oportunidad.

Son numerosas las casusas que pueden conllevar a la aparición este temido y subjetivo sentimiento de soledad y abandono. Es por todo ello, que este trabajo tiene como finalidad, ver qué factores pueden influir en este sentimiento y lo que ello puede desencadenar en la persona mayor.

Se ha realizado una revisión bibliográfica, donde se ha indagado sobre el tema en cuestión desde diferentes estudios y autores. Posteriormente se ha hecho una propuesta futura de medición de diferentes escalas de emociones y de actividades para trabajar el efecto de mi tema central de trabajo, la soledad no deseada en personas institucionalizadas.

Palabras clave: dependencia, vejez, soledad, maltrato institucional, envejecimiento activo, calidad de vida

ABSTRACT

The last part of the vital cycle of life, is considered by society as a reflection of old age with purely negative connotations, it is full of unproductiveness, boredom, deterioration, sadness and disease. Society points out these and many other labels the group of older people who form it, as a vulnerable group, contrasting their own self-perceptions of people. The effort that they make to adapt to society causes that with the pass of time and in natural way physical and affective deteriorations appear, favouring the appearance of the dreaded loneliness. In this way it ceases to be that process of desired rest, free time and opportunity.

There are many causes that can lead to the appearance of this dreaded and subjective feeling of loneliness and abandonment. This is why this work aims to see what factors can influence in this feeling and what this can lead in the elderly.

A bibliographic review has been carried out, where the subject in question has been investigated from different studies and authors. Afterwards, a future proposal has been made to measure emotions with various types of scales, and activities to work on the effect of my central work theme, unwanted loneliness in institutionalized people.

Keywords: dependency, old age, loneliness, institutional abuse, active Ageing, quality of life

1. INTRODUCCIÓN

El incremento del índice de personas mayores, entendiendo este grupo hasta 2021 como aquellas personas de edad de 64 años en adelante, y a partir de este 2021 de los 66 años, es un dato relevante y que habla por sí solo. Según datos del INE (2020), tomando en ese año el grupo de referencia desde los 64 años en adelante, el índice nacional de personas mayores, se sitúa en un 19,58% (9,28 millones de personas) del total de la población española.

La búsqueda de una mejora en la calidad de vida de la última etapa del ciclo vital de nuestros mayores es un aspecto digno de estudio y de trabajo, ya que el gasto económico que realizan es elevado con respecto al gasto de las personas adultas y demás grupos de la población, aun siendo los mayores un número más reducido. Mejorar la calidad de vida de ellos, ofrecerles una digna protección y hacerles valer sus derechos como personas no olvidadas por la sociedad, es un trabajo de alto voltaje puesto en marcha con el fin de paliar dichos gastos por parte del estado.

El envejecimiento no deja de ser un proceso natural de la vida biológica de la persona, relacionado intrínsecamente con aspectos negativos, dejando de lado la visión positivista de ser un proceso de nuevas oportunidades y descubrimientos. En este aspecto tiene mucho que ver el envejecimiento activo, es decir, el poder retrasar de alguna manera la dependencia en las personas.

“La visión subjetiva del envejecimiento como un proceso temido y de abandono, se encuentra totalmente ligado al pensamiento y sentimiento de abandono y cargo para familiares de las personas mayores, ligado a su vez con la aparición del término institución o residencia.” (Rodríguez Martín, 2009)

Por ello centraré mi trabajo en conocer diferentes términos, teorías y aspectos sobre el último tramo del ciclo vital de la vida y el entorno de las personas mayores. Indagaré sobre términos como la soledad con sus tipos y posibles causas, la dependencia o el envejecimiento activo, para finalizar analizando las instituciones residenciales en una visión global. Más tarde, plantearé los objetivos y metodología de la revisión bibliográfica realizada, una propuesta de medición de emociones a través de escalas junto con una propuesta actividades a desarrollar en un posible futuro de intervención sobre el tema en cuestión.

2. MARCO CONCEPTUAL

- **DEPENDENCIA:** “Estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tiene necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”. Siendo una pérdida importante de la autonomía de la persona, necesitando de ayuda de otros para la realización de sus ABVD. (IMSERSO, 2005)
- **VEJEZ:** Construcción social y biográfica del último momento del trayecto de la vida de la persona. Constituye un proceso en el cual se acumulan, entre otros, limitaciones, necesidades, cambios, pérdidas, capacidades, fortalezas...No obstante, la vejez puede definirse atendiendo a dos aspectos muy diferentes. Podemos definir vejez atendiendo a la cronología, mirando la edad como dato relevante en el proceso de vejez. Pero también podemos definirla atendiendo al funcionamiento de la persona, sus limitaciones y capacidades o falta de éstas. En el término vejez, se ha de atender a los cambios biológicos, psicosociales y cognitivos. “Etapa natural e inherente a todo ser vivo, que es considerada una evolución en el ciclo de vida del ser humano, con cambios de diversa índole, como lo son los psicológicos, biológicos y sociales” (Laforest, 1991).
- **SOLEDAZ:** así expresa Madoz (1997). en su estudio llamado *10 palabras clave sobre los miedos del hombre moderno* (1998) dicho término:

"Convencimiento apesadumbrado de estar excluido, de no tener acceso a ese mundo de interacciones, siendo una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional" (Madoz, 1997, págs. 283-284).

No obstante, es complejo centrar el concepto en una sola definición y que esta a su vez sea completa y acertada, ya que son numerosas las definiciones que podemos encontrar sobre este término. Ciertamente, aunque Madoz (1997), cite la soledad con la definición anteriormente expuesta, puede decirse que son numerosas las definiciones expuestas a lo largo de la historia de dicho término. Sullivan, H.S (1959), en una de sus investigaciones definió la soledad como; “una experiencia no placentera asociada a la carencia de intimidad interpersonal”, “ha sido conceptualizada como un mecanismo de retroalimentación adaptativo

que informa al individuo sobre el nivel de estimulación de interacción social que está recibiendo, en términos de cantidad y forma”. Sullivant, H.S (1959)

“La discrepancia subjetiva entre los niveles de contactos sociales deseados y los obtenidos”, así la definen Peplau y Perlman (1982) o “una respuesta a la ausencia de una provisión de relación particular, de naturaleza multidimensional”, Weiss (1973).

Analizando las anteriores definiciones podemos clasificarla en dos grupos diferentes; emocionales (pérdidas de vínculos/personas/apegos emocionales) y sociales (ausencia de relaciones con los otros).

- **CALIDAD DE VIDA:** Según el Foro mundial de la salud 1996 ; 17(4) : 385-387: “percepción del individuo sobre su lugar en la existencia, contexto en la cultura y sistema de valores en los que se haya viviendo, así como en la relación con sus objetivos, expectativas, normas...”
- **MALTRATO INSTITUCIONALIZADO:** maltrato al anciano institucionalizado, entendido éste como:
“aquel que se produce en las organizaciones, centros geriátricos, centros de salud, en los que fundamentalmente son los profesionales, por falta de preparación y/o cualificación, por estrés laboral (síndrome del quemado), por sobrecarga laboral, los que incurren en conductas abusivas o de maltrato tanto físico como de índole psicológica; comportamientos se ven favorecidos por la falta de recursos económicos, el hacinamiento, la edad avanzada de los usuarios, la preparación deficiente del personal, la incorrecta dirección del centro, la actitud negativa del paciente, la conflictividad personal paciente o la mala racionalización del trabajo.”(Rueda Estrada & Martín Martín, 2011)
- **ENVEJECIMIENTO ACTIVO:** Según la OMS (2002); “proceso de optimización de oportunidades de salud, participación para la mejora de la calidad de vida al tiempo que la persona envejece”. Según (GERGEN Y GERGEN, 2001; MARHANKOVA, 2011) es el hecho de envejecer, pero con una referencia a la participación en actividades de diverso tipo (sociales, económicas, culturales, espirituales...)

3. MARCO TEÓRICO

- **3.1. ENVEJECIMIENTO Y POBLACIÓN MAYOR 65 AÑOS**

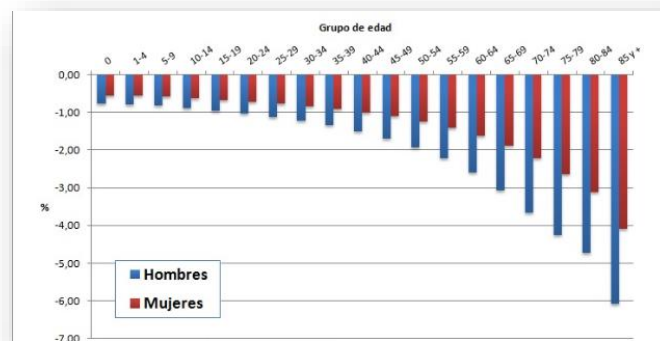
En España el envejecimiento es tomado para la sociedad con connotaciones en su mayoría negativas, pero también positivas. Según Monfarme J.A, Franco M. A. & Conde V.J.M (2001) esto se debe a “inexorables consecuencias sociales, económicas, políticas, sanitarias, familiares o urbanísticas... y por su potencial peligro sobre el sistema de protección social”. Hablando desde una connotación positiva, encontramos al envejecimiento como “una etapa normal del desarrollo de las sociedades” (Fernández, 2013) favoreciendo e incrementando la esperanza de vida, en general su nivel de vida. En España es óptima, situándose como una de las más altas del mundo, según el INE (2018), la esperanza de vida al nacimiento en España es de 83,1 años. La esperanza de vida al nacer en España es la más elevada de la Unión Europea, seguida de Italia, Francia, Luxemburgo y Suecia, con esperanzas de vida por encima de los 82 años. Sin embargo, a fecha del 2020, según datos del INE descendió hasta llegar a unos 82,4 años, habiendo sido en mujeres un 85,1 frente a unos 79,7 años en hombres. Este cambio emergente en las cifras, ha podido ser derivado de la situación de pandemia mundial sufrida desde marzo del 2019 hasta 2021 inclusive, sin conocer aún su fecha final, donde el incremento de mortalidad entre las personas ha ascendido a ritmos muy altos, afectando en gran parte a la población mayor, descendiendo de este modo la esperanza de vida. Según un ensayo publicado en ER-Envejecimiento en red (2020);

“El ejercicio de simulación arroja una pérdida de EV a 0 años de -0,7 puntos para hombres y -0,5 para mujeres. A los 65 años la pérdida es de -0,5 y -0,4 respectivamente (Tabla 1); esto equivale a la pérdida de medio año de expectativa de vida en el caso de los hombres a esa edad. La magnitud de la pérdida no se conocerá lógicamente hasta el final del brote de la enfermedad... La pérdida de esperanza de vida se centra en las personas mayores con fuerte diferenciación con el resto de la población.” (ER, 2020)

Esperanza de vida			Pérdida en EV		
		01/07/2018	Simulación	absoluta	%
0 años	Hombres	80,5	79,8	-0,7	-0,8
	Mujeres	86,1	85,6	-0,5	-0,6
	Ambos sexos	83,3	82,7	-0,6	-0,7
65 años	Hombres	19,3	18,8	-0,5	-2,6
	Mujeres	23,4	23,0	-0,4	-1,9
	Ambos sexos	21,5	21,0	-0,5	-2,5

Fuente: INE, 2018- 2020

Figura 1: Estimación de la pérdida de EV por COVID-19 (a 25.04.2020)



Fuente: mismas fuentes que Tabla 1

Figura 2: Efecto sobre la mortalidad por Covid-19 en la EV. Pérdida relativa en EV (%) por grupo de edad. (a 25.04.2020)

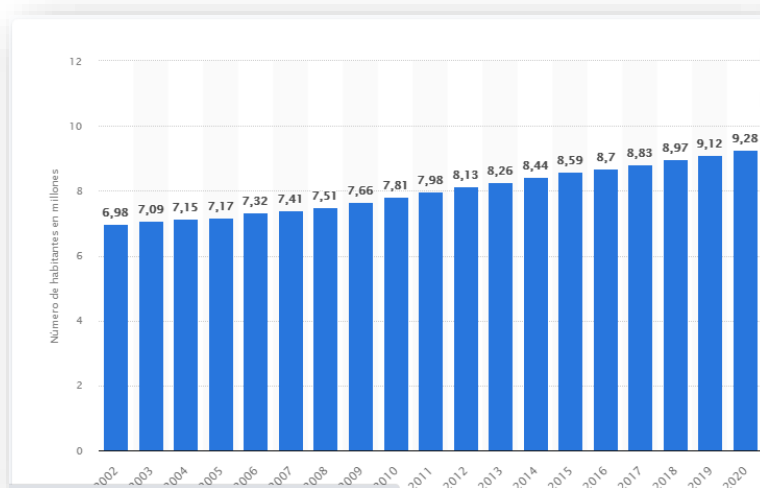
Según la ONU (2019), de manera global los países están experimentando un incremento del número de personas mayores. Éstos son percibidos como elementos que contribuyen al desarrollo y será de forma cercana que muchos de éstos países se verán sometidos a presiones fiscales y políticas por las necesidades de asistencia sanitaria, pensiones y protecciones sociales de este grupo en crecida. Esto es debido a que de manera global se puede decir que, este grupo de población está creciendo de forma más rápida que el resto. Según datos del informe “Perspectivas de la población mundial 2019”, en 2050, una de cada seis personas en el mundo tendrá más de 65 años (16%), siendo a fecha de 2019 una de cada once (9%). Fue en 2018 que la población mayor por primera vez supero el número de niños menores de cinco años de manera mundial. La baja natalidad como siempre se ha estudiado repercute en el incremento del índice de envejecimiento de la población de modo que, a menor natalidad mayor será el índice de envejecimiento de la población.

Han sido varios los cambios emergentes en la sociedad que han influido en el descenso de la natalidad en la misma. “La reducción de la fertilidad y el incremento de la longevidad son, por tanto, factores clave del envejecimiento mundial de la población; pero no hay que olvidar que la migración internacional también ha contribuido al cambio de las estructuras de edad en varios países y regiones. En los países con grandes flujos migratorios, la migración internacional puede retrasar el proceso de envejecimiento, al menos temporalmente, ya que los migrantes suelen ser jóvenes en edad de trabajar. Sin embargo, los migrantes que se quedan en el país terminarán formando parte de la población de mayor edad.” ONU (2019). Según datos del INE (2018) en España el índice de natalidad por cada mil habitantes, fue de

7,62 y a fecha de junio de 2020 la población mayor de 64 años en España ascendía a 9,28 millones de persona (INE, 2020).

Según predicciones del Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2033 el 25,2 % de la población superará los 65 años. Si se mantienen constantes los ritmos actuales de reducción de la incidencia de la mortalidad por cada grupo de edad, en 2033 la esperanza de vida al nacer será de 82,9 años para los varones y de 87,7 para las mujeres. Ciertamente es que, este incremento de la población mayor ha precisado de modificaciones en las políticas sociales públicas, servicios para la dependencia que aseguren y cubran las necesidades que así requieran, ofreciendo una mejora en la calidad de vida de nuestros mayores como anteriormente acentuaba el estudio realizado por la ONU en el 2018.

Fue gracias al impulso dado por las Naciones Unidas, el análisis de los problemas y sus soluciones se empezaron a contextualizar necesariamente dentro de un debate de interés público y de naturaleza de Estado. (Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento 1982)



Fuente: Statista, 2020

Figura 3: Número de habitantes mayores de 65 años en España desde 2002 a 2020 (en millones)

El envejecimiento desde una perspectiva biológica, es la “consecuencia de la acumulación de una variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo que conlleva un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente la muerte” OMS (2018). No obstante, esto no quiere decir que una persona mayor no pueda gozar de una buena salud y autonomía personal, así como otros precisar de ayuda considerable. No solo hay que tener en cuenta las pérdidas asociadas a la

vejez, sino también aquellas cosas que pueden reforzar la adaptación y el crecimiento personal.

El envejecimiento además como proceso que experimentan las personas puede ser tratado desde diferentes enfoques:

-BIOLOGICISTA: basado en dos teorías la del envejecimiento programado, que sostiene que los cuerpos envejecen de acuerdo a un patrón de desarrollo normal establecido en cada organismo y que este programa, predefinido para cada especie, está sujeto solamente a modificaciones menores, y la teoría del desgaste natural del envejecimiento, que asegura que los cuerpos envejecen debido al uso continuo, es decir, que la vejez es el resultado de agravios acumulados en el cuerpo (Papalia y Wendkos, 1998).

-PSICOLÓGICO: El constructor de bienestar psicológico se ha desarrollado sin precisión en diversas investigaciones (Ryan y Deci, 2001, Díaz et al., 2006, George, 2006).

Algunos expertos asocian el bienestar psicológico a la felicidad desde una perspectiva hedónica pero también se une al desarrollo de las capacidades humanas. En cualquiera de los casos, el bienestar psicológico se corresponde con un juicio subjetivo, global y relativamente estable de satisfacción con la vida y la moral de las personas (George, 2010)

- SOCIAL – FUNCIONALISTA: es tomada como una ruptura social, acentuando la pérdida de funciones del individuo. Varios críticos del tema en cuestión, apuntaban que esta forma de envejecimiento formaba el arma ideológica justificante de los problemas de una población envejecida, considerándola como no productivos o no comprometidos con el desarrollo de la sociedad. De otra manera, “la preocupación por el desarrollo de una vejez para el individuo centrada en el egocentrismo y aislamiento progresivo.” (Bury, 1995)

- 3.2. SOLEDAD

Existen diferentes casusas que han sido acuñadas a la soledad en personas mayores, variables demográficas, de salud y autonomía funcional, psicológicas y de personalidad, de interacción, participación social... entre otros. Según resultados de varios estudios realizados por Bazo (1989), se encontró que los grupos que más solos se sienten son los que carecen o tienen ingresos más inferiores, los viudos, las personas de más edad, los enfermos y sobretodo, las mujeres. Así mismo, en otro estudio realizado por Losada et al. (2012), confirmó que ser mujer, de edad avanzada, con dificultades económicas, viviendo solo, tener bajo nivel de salud percibida y no ver a familiares o amigos según su deseo, se relacionaba intrínsecamente con la soledad.

La soledad según Rubio y Alexandre (2001), podemos hablar de dos formas de soledad; objetiva, la cual tiene que ver con condiciones objetivas o reales de soledad por el hecho de vivir solo o estar aislado socialmente y soledad subjetiva, la cual podemos denominar como la experiencia psicológica desagradable que surge al percibir decadencias en las relaciones sociales.

Si nos apoyamos en otro estudio realizado por el CIS-IMERSO (2000), el cual habla sobre la soledad objetiva y la soledad subjetiva, los resultados obtenidos de dicho estudio de investigación reflejaban que el 14% de las personas mayores que residen solas manifestaban el sentimiento de soledad, pero no siempre significando una vivencia desagradable, ya que en algún caso se reflejaba habiendo sido de manera intencionada y enriquecedora. Por otro lado, la soledad subjetiva, padecida por el resto de personas que vivían solas, se manifestaba como un sentimiento doloroso y temido, no habiendo sido nunca una situación buscada, simplemente resignándose a ella.

Este hecho puede darse por el abandono de los hijos en la vivienda, el fallecimiento del o de la cónyuge... entre otros. Ésta última es de mayor importancia para las personas mayores, puesto que el impacto emocional causado es mayor, se trata de la pérdida de la persona que las han acompañados en la mayor parte de su vida. No obstante, el sentimiento de soledad es variable según su estado civil, significando que, en las personas separadas, divorciadas o vida está más acentuado el sentimiento de soledad. (Ituarte, 2003, págs. 228-231)

Dada la mayor longevidad de las mujeres mayores es que son más propensas a padecer el sentimiento de soledad. Así lo han demostrado diferentes estudios sobre la relación entre edad y soledad; a mayor edad, más proclive será el padecer el sentimiento. (El Confidencial, 2009)

Como anteriormente hablaba, son numerosos los estudios realizados ante este tema, así mismo, estos han oscilado desde los planteamientos que anteriormente se han hablado sobre la soledad objetiva junto a las consecuencias psíquicas que esto deriva (Sligman, 1975,) u otros que hablan de la misma como mecanismos de defensa (Merison, 1980). Igualmente, el término soledad ha pasado por diferentes maneras de entendimiento; Silverstones y Miller (1980) hablaron de ella como la consecuencia de la vida interna de las instituciones frente a otros que la sitúan como sentimiento vivido y sentido por parte de la capacidad emocional de la persona. En otro estudio realizado por R. Rubio y M Alexandre (1999), muestran como el perfil del estado civil influye directamente con la aparición del sentimiento de soledad,

mostrando como las personas viudas son las que más la experimentan (58,8%), verificado nuevamente más tarde por Ituarte (2003), anteriormente citado. Además de ello, resalta otros dos aspectos importantes: la soledad no solo es experimentada en el último segmento del ciclo vital, sino que puede y aparece en otros momentos de la vida de la persona, y, en segundo lugar, el estancamiento en la misma, es el primer paso para provocar en la persona otro tipo de problemas derivados.

- 3.3. JUBILACIÓN Y OCIO

“Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.” (CE, 1978)

Deplorablemente, el envejecimiento no es ese proceso de descanso idílico, reflexión y de oportunidad para la gran mayoría de nuestros mayores, sino todo lo contrario, se topa con la aparición de la pérdida de control y autonomía, aparición de limitaciones físicas y cognitivas, la jubilación, pérdidas de familiares dada la avanzada edad y la aparición de sentimientos negativos que estas pérdidas conllevan como la tristeza, ansiedad, desinterés por la vida, la pérdida o imposibilidad del ocio y el disfrute del tiempo libre, entre otros. (La tercera edad y la depresión, s. f.)

Si hablamos de estos últimos términos como ocio, disfrute, tiempos libre o jubilación y los analizamos, podemos decir que todos ellos forman parte de la situación social de la persona mayor. No obstante, no solo ellas pertenecen a ese perfil social de la persona, sino que están acompañados de otros términos como la dependencia, las no relaciones sociales o la escasez de las mismas, la baja economía que perciben por su jubilación o el abandono por parte de los familiares que en primera persona sufren. (IMSERSO, 2001)

Cierto es que la jubilación, que significa el punto de inflexión en la vida de la persona, no solo tiene connotaciones negativas. Según Bueno, B. y Buz, J. (2006), “la jubilación se considera una oportunidad para el desarrollo personal y/o social y para la implicación en diversos tipos de actividades”, “esas actividades forman el ocio y tiempo libre de disfrute de la persona sobre la que ya no recaen pesos de responsabilidades laborales, dejando un resquicio al descanso y el disfrute personal. No obstante, si observamos la realidad que vivimos con nuestros mayores, sin ir más lejos, nos damos cuenta de que esa no es la

realidad. La mayoría de las actividades de ocio son forzadas y en la mayoría de ocasiones no hay oportunidades para ello, algo que influye en gran medida es la situación geográfica en la que la persona se encuentre.

Sin embargo, este hecho puede causar en la persona un momento traumático y de declive personal ya que consigo lleva, por ejemplo, el descenso de la capacidad adquisitiva o un cisma con lo social. Este momento del transcurso de la vida ha de percibirse como un comienzo de una nueva etapa y que consigo trae una metamorfosis tanto emocional, personal como física y de rol.” (Bueno, B. y Buz, J. 2006)

Según Buz, J., Mayoral, P., Bueno, B. & Vega, J.L. (2002), tomaron los resultados de su investigación analizando que aquellas personas que realizaban cualquier tipo de actividad de ocio, presentaban un estado más óptimo de felicidad. La posibilidad de realización de actividades está ligada a la buena salud en tanto en cuanto gozar de una buena salud, permite participar en diferentes actividades, declinando la posibilidad de riesgo de exclusión social y a su vez, de la aparición de sentimientos subjetivos negativos como la soledad o el abandono social.

- 3.4. LA DEPENDENCIA

“La dependencia es el mayor efecto desfavorable relacionado con el envejecimiento como consecuencia de la edad, ya que se triplica cuando se pasa del tramo de edad de 65 y más años.” (Delgado González, A. 2018). Según el consejo de Europa (1998), definió: “son personas dependientes quienes, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual tienen necesidad de una asistencia y/o ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria». La dependencia es el momento en el que la persona precisa de ayuda del otro para satisfacer y realizar determinadas actividades que de manera autónoma antes realizaba y ahora no es capaz a causa de diferentes limitaciones tanto de carácter físico como cognitivo.

La dependencia que es causada por un deterioro físico que puede estar ligado a la pérdida y desgaste de sistemas biológicos del cuerpo humano. Limitaciones en el movimiento, en la fuerza o la agilidad, ya sean provocadas por enfermedades o puedan derivar en estas, por ejemplo, artrosis o fibromialgia. La realidad es que el grado de atención que requieren de manera individual cada persona mayor corre en función del grado de dependencia que conlleven. Es decir, los cuidados y atenciones que precisan se hacen en ocasiones tan insostenibles e imposibles de cubrir por personas sin recursos que se precisa de instituciones

como centros residenciales con equipos multidisciplinares que atiendan éstas de manera permanente o en otros casos, temporales. En ocasiones, se convierte en lugares de mejor atención para ellos, aunque su percepción en la mayoría de las ocasiones sea contraria, apareciendo el sentimiento de subjetivo de abandono por parte de quien es su familia. Es entonces cuando sumado a muchos otros factores que aparecen en la última etapa del ciclo vital que anteriormente citaba, puede aparecer junto a ello el temido sentimiento de soledad no deseada ni elegida. (Duque et al., 2007)

En Andalucía a través de la Ley de la Dependencia (Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia), se establecen tres tipos de grados en función de ésta:

“La presente Ley tiene por objeto regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en los términos establecidos en las leyes, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Estado español” (BOE.es - BOE-A-2006-21990 Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia., s. f.)

a) Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

b) Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

c) Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal. (Ley de la Dependencia, 2006)

- 3.5. ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Como anteriormente citaba en el marco conceptual, el envejecimiento activo es según la OMS (2002) “un proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. (p.192-193)

IMSERSO (2011) habla de que el envejecimiento activo puede darse tanto en individuos como en grupos, permitiendo mejorar el bienestar de la persona a todos los niveles en el curso de su ciclo vital de vida y participar en la sociedad acuerdo a sus necesidades, proporcionando a su vez protección y cuidados cuando se necesite asistencia.

Según Giró (2006), debe tomarse como objetivo imprescindible tanto a nivel de sociedad como de los responsables políticos. Con ello se persigue intentar una mejora de la salud, autonomía y productividad de este grupo de población en políticas activas.

Uno de los desafíos globales es el envejecimiento mundial. Como anteriormente nombraba en el apartado 3.1, la Asamblea General convocó la primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en 1982, en la que se elaboró un informe con 62 puntos conocido como el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. En 1991 la Asamblea General adoptó los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad, que enumeraban 18 derechos de las personas mayores relativos a la independencia, la participación social, la atención, la realización personal y la dignidad. Al año siguiente, la Conferencia Internacional sobre el Envejecimiento se reunió para revisar el Plan de Acción y adoptó la Proclamación sobre el Envejecimiento. Siguiendo las recomendaciones de la Conferencia, la Asamblea General de la ONU proclamó el año 1999 Año Internacional de las Personas de Edad. El Día Internacional de las Personas de Edad se celebra el 1 de octubre de cada año. (Nations, s. f.)

Las acciones sobre el envejecimiento continuaron en 2002 cuando se celebró en Madrid la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Esta adoptó una Declaración Política y el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento de Madrid con el objetivo de diseñar una política internacional sobre el envejecimiento. El Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (MIPAA) y la Declaración Política marcan un punto de inflexión en la forma en que el mundo aborda el desafío clave de “construir una sociedad para todas las edades”. Abogaba por un cambio de actitud, de políticas y de prácticas a todos

los niveles para aprovechar el enorme potencial de las personas mayores en el siglo XXI. (Nations, s. f.)

Si hablamos de envejecimiento activo, hablamos promoción de la participación social, entendiéndose esta como “aquella en la que se invierten todas las habilidades y conocimientos, contribuyendo y aportando todo lo que se sabe, como, por ejemplo, las ideas acerca de algo, experiencias, críticas, etc” (Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación, 2010, págs. 295-299)

A nivel europeo contamos con variados programas, fondos y planes de acción fundamentados en el envejecimiento activo. Algunos de ellos son: Programa PROGRESS; Plan de Acción “Envejecer mejor en la Sociedad de la Información” (Cívicos, 2012). A nivel nacional, encontramos el Plan Nacional de la Seguridad Social de Asistencia a los Ancianos, centrado principalmente en hogares-clubes de pensionistas. Residencias de personas válidas y asistidas, centros de recreo y vacaciones como balnearios. En 1972 se implanta la Ayuda a domicilio (seguridad social) (1974) (Cívicos, 2012), la cual fue modificada en su totalidad con la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

A nivel autonómico andaluz, encontramos diferentes programas de atención al envejecimiento activo como “Aulas Universitarias de Personas Mayores”; “Centros de participación activa”; “Encuentros de Mayores, Inturjovent”; diferentes certámenes realizados. Andalucía ha presentado además su I Plan Estratégico Integral para Personas Mayores en Andalucía 2020-2023 a través de su consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación. Dicho plan fue establecido anteriormente en la Ley de Atención y Protección de las Personas Mayores de 1999, no habiendo sido de interés hasta hace poco tiempo atrás. “Este I Plan Estratégico ordenará el conjunto de las políticas públicas destinadas a promover el bienestar de los y las mayores desde una perspectiva integral, preventiva y sostenible en el ámbito sanitario, de servicios sociales, cultural, deportivo, de ocio, urbanístico y asociativo. En concreto, va a abordar materias fundamentales como el envejecimiento activo y la red de centros de participación activa, la prevención de la dependencia y la atención a las situaciones de mayor vulnerabilidad en este colectivo como son la soledad no deseada o el maltrato.” (Rocío Ruiz, 2020)

Este plan se ajusta a los planteamientos de la OMS respecto al informe de seguimiento de la II Asamblea Mundial sobre envejecimiento.

“Además, incorpora las orientaciones recogidas en la Declaración del Consejo de Europa (2012) del Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional y tiene en cuenta la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible con especial énfasis en el Objetivo 10 que se ocupa de garantizar la igualdad de oportunidades y reducir las desigualdades”. (Junta de Andalucía, 2020)

- **3.6 CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS MAYORES: GANANCIAS Y PÉRDIDAS**

El título responde a las connotaciones negativas y positivas que el mayor ha de hacer frente tan solo por el hecho de serlo, si nos fijamos en la edad cronológica del mismo. El término de persona mayor trae consigo tanto ganancias como pérdidas.

Además de los términos trabajados en el marco conceptual, existen términos con connotaciones negativas y que afectan directamente a la población mayor, por ello es que me gustaría plasmar tres de ellos que para mí son de gran importancia:

-ABANDONO: este término puede ser clasificado por diferentes autores en varios tipos, no obstante, se caracteriza por la negligencia de atenciones y desamparo por los familiares hacia las personas mayores, así como de su entorno social o institucional en su caso, realizándose de manera intencionada o no. Según Bringiotti (2002) el abandono puede darse de típico físico como “aquella situación en que las necesidades físicas básicas – alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en situaciones potencialmente peligrosas y/o cuidados médicos- no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo”.

-DUELO: La pérdida de un ser querido provoca un fuerte impacto en la vida de la persona y no cabe duda de que es uno de los momentos más estresores que pueden ocurrir. Para entender esto, solo tendríamos que ponernos en el lugar de una persona mayor y no sería difícil darse cuenta de que a mayor edad, más tipos de pérdida sucederían: conyugues, hijos/as u otros familiares y amistades. (Moreno, s. f.) Por eso es que autores como D’Epinay, Cavalli y Guillet (2010), para reflejar esta situación, hagan uso de la palabra “supervivientes”, aunque recalcan su uso mayormente para aquellas mujeres de más de 80 años, pues sobrepasan con diferencia el número de hombres. Es por ello, que un elevado número de procesos de duelo estén relacionados con la muerte del conyugue, siendo esta experiencia de duelo, la más usual y estudiada entre la pérdida de un ser querido en este colectivo (Barbero, 2006; D’Epinay et al., 2010), seguidas del fallecimiento de una amistad o de un familiar no conyugue (Shear et al., 2013). Según (Barbero, 2006), en un estudio de

adaptabilidad realizado concluyó que aquellas personas mayores que participaron en su estudio demostraban ser muy resilientes en el proceso de duelo (D'Epinay et al., 2010) y que, por otro lado, únicamente en torno al 7% de los adultos mayores desarrollarían la condición clínica de duelo complicado; es por ello, que autores como Dutton y Zissok (2005) remarcan, que la resistencia al dolor provocado por el fallecimiento ser querido, es la norma en las personas mayores más que una excepción, lo que muestra que tienen un gran potencial para hacer frente a este proceso de duelo, a pesar de ser un fuerte impacto en su vida (D'Epinay et al., 2010).

El duelo se da también de manera institucionalizada, por ello es importante conocer la vivencia del duelo en las residencias desde el punto de vista de los propios residentes. En el estudio de Martínez y Siles (2010), se comparaba la vivencia del duelo de los residentes tras el fallecimiento de un familiar o de otro de los residentes. A través de la observación participante y entrevistas a una muestra de seis residentes, encontraron grandes diferencias entre una vivencia y otra. Aunque el número de residentes a los que se siguió fue escaso, algunos de los resultados más notables con respecto al fallecimiento de un familiar fueron: se presenciaron etapas del duelo, se participaron en ritos funerarios, había luto como una forma de manifestación externa y existían signos de duelo como llanto o pérdida de peso, lo que mostraba en este caso que los residentes si experimentaban un proceso de duelo intenso ante el fallecimiento de un familiar, aunque se encontrase en una residencia. (Moreno, s. f)

En un estudio realizado en España, Gómez y Medrano (1998) señalan que un 40% de los centros no informaban a los residentes de la muerte de otros residentes (83% en residencias privadas). Es por ello, que precisamente se llega a la conclusión sobre la necesidad de incorporar las necesidades emocionales y prácticas de los profesionales en relación con la muerte y el morir en las residencias y hogares de personas mayores, por un lado, y por otro, la formación en aspectos específicos sobre el duelo. (Moreno, s. f)

“Desde la disciplina del Trabajo Social, en sus varios ámbitos de intervención, se trabaja de manera diaria con pérdidas que sufren los usuarios y el duelo que manifiestan por ellas. Estas pérdidas son de carácter adquisitivo, de viviendas, de empleo, de libertad, de salud o de familiares o seres queridos.

Toda pérdida genera en la persona un momento de vulnerabilidad social, pérdidas para las que los trabajadores sociales tenemos herramientas que ayudan a afrontarlas y a empoderar a la persona que la ha sufrido.

El proceso de duelo tras la pérdida de un ser querido es natural y necesaria para la adaptación a la continuidad de la vida sin la persona fallecida. La forma de hacer frente a esta pérdida es diferente en cada persona, no obstante, las fases que traspasan suelen ser similares: negación, ira, negociación, dolor emocional y aceptación emocional. Desde la intervención del trabajo social se basa en la prevención del aislamiento social de la persona doliente y en el favorecimiento de la expresión emocional para así sufrir un duelo lo más sano posible.” (Consejo de Trabajo Social, 2020)

- **ESTIGMATIZACIÓN:** “Es una condición, atributo, rasgo o comportamiento que hace que la persona portadora sea incluida en una categoría social hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa y se les ve como culturalmente inaceptables o inferiores.” (E. Goffman, 1963)

De acuerdo con esta descripción de Goffman hacia el término estigmatización en general, podemos hacer referencia a nuestra sociedad, quien generaliza y acentúa a las personas mayores de manera peyorativa, etiquetándolas con términos infravalorados, con capacidades reducidas, sin ilusión por la vida, sin necesidades sexuales... y sobretodo, robándoles la pérdida de su identidad personal, siendo este un mínimo derecho inherente, poseer su nombre, recogido en el artículo 20 de la Ley 20/2011, de 21 de julio, de Registro Civil.

El alcanzar el último tramo del ciclo vital de la persona, conlleva el disfrute de ganancias sociales y personales tales como el propio reconocimiento a toda una vida de lucha y trabajo a través de una pensión digna que cubra sus necesidades, así como de otros recursos sociales que ayuden a optimizar su calidad de vida.

“En la actualidad, las pérdidas fisiológicas derivadas del envejecimiento se asocian a: deterioro cognitivo, físico y sexual, y estos estereotipos de la vejez, y a menudo se los relaciona con la jubilación. Esto acarrea, como consecuencia, sentimientos de baja autoestima que pueden llevar al individuo a fijarse más en las pérdidas que en las ganancias.

Cabe destacar que la jubilación puede ser vivida de diversas maneras, de acuerdo con el estado biopsicosocial en el que la persona se encuentre en el momento del retiro. Cada individuo desempeña diferentes roles sociales y, por esa razón, vive ese momento de forma subjetiva.

- *Cese del ritmo laboral intenso; no tener compromisos con horarios preestablecidos, disponibilidad, mayor oportunidad para conseguir objetivos personales, tiempo de ocio, de descanso, viajes, trabajos voluntarios que gusten...*

-*La salud también es una ventaja del cese de las actividades laborales, ya que los trabajadores aguardan esta etapa de la vida como un momento oportuno para cuidar más de sí mismos. Sin embargo, muchos describieron la inactividad como algo negativo, tanto a causa del pensamiento de la sociedad con respecto al retiro, como también por la sensación de estar más cerca del momento de su muerte, por lo que cuidar de la salud se transforma en una necesidad para sobrellevar esas situaciones.*

-*Pérdida del vínculo laboral, preocupación por la cantidad de tiempo libre tras la jubilación, sentirse útil y necesario en el que era el trabajo ¿y ahora?, futuro económico incierto, perdida del vínculo con los compañeros de trabajo... ” (Meira da Silva et al., 2017)*

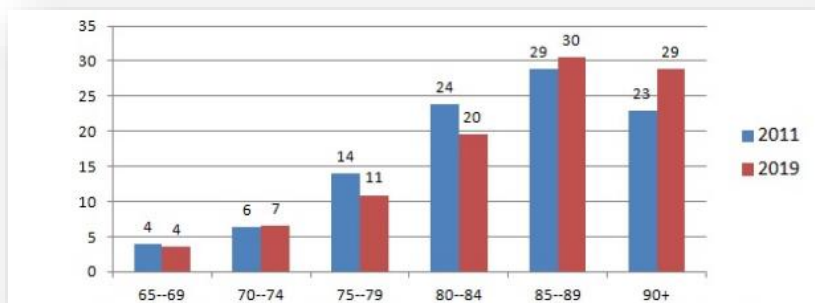
Existen además otro tipo de ganancias y pérdidas, en lo que a lo biológico, cognitivo y funcional se refiere; deterioro cognitivo, la pérdida de memoria, la pérdida de la capacidad física, del movimiento... entre otros. (Negredo, s. f.)

4. INSTITUCIONES RESIDENCIALES

La imagen subjetiva que muestra el ingreso del anciano en una institución residencial fija un estereotipo de una persona abandonada y olvidada por su familia. No obstante, el pensar en la máxima atención y cuidados necesarios para ellos puede ser uno de los determinantes que conlleven a este acto. (Muinelo, s. f.)

El sentimiento de estorbo que manifiestan en su mayoría las personas mayores al tener que trasladarse a convivir con sus hijos y la aparición del sentimiento de estorbo para ellos es algo generalizado y que hace preferente la decisión de ingreso en la institución, Iglesias y otros (2001). Es por ello, que la institución es percibida por los mayores como aquel último recurso al que se acude, brindándoles la tranquilidad de no estorbar y de estancia en su futuro.

Según Pilar Rodríguez (1999, p.50) considera la residencia como un “centro gerontológico abierto de desarrollo personal y atención socio sanitaria multi-profesional en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia”.



Fuente: CSIC 2019

Figura 4: Distribución de las personas que viven en residencias de mayores, por grupos de edad en España 2011-2019

Referenciando el año 2019, en España había un 4.1 plaza de residencias por cada 100 personas mayores, hablamos de un total de 372.985 plazas (CSIC, 2019).

El internamiento de la persona en el centro residencial provoca un choque y ruptura de la que hasta el momento era su rutina y vida. La nueva adaptación de vida supone para el mayor cambios, rechazos y sentimientos encontrados. Según Palacios y Salvadores (2013), son numerosos los estudios realizados con respecto a esta situación en función de sus vivencias y experiencias, a continuación:

Jonas-Simpson, Mitchell, et al (2006, s.r.f. Palacios y Salvadores, 2013) y en el trabajo de Andersson, Petterson y Sindenvall (2007, s.r.f. Palacios y Salvadores, 2013) ambos manifiestan la importancia de la escucha activa de los mayores, acción que ayuda positivamente a la mejoría de la calidad de vida y felicidad de los mismos.

Hauge & Kristin (2008, s.r.f. Palacios y Salvadores, 2013) acentúan el aspecto positivo a mantener relaciones y comunicaciones activas los centros residenciales, creando un flujo de nuevas relaciones diario.

Bergland & Kirkevold (2008, s.r.f. Palacios y Salvadores, 2013) indagan sobre las relaciones de pareja forjadas en los centros residenciales, siendo estas de gran importancia en el ámbito social, no siendo esenciales para una buena vida social, pero puntuándolas favorablemente.

En un estudio realizado por Andersson, Petterson y Sidenvall (2007, s.r.f. Palacios y Salvadores, 2013) dentro de los centros residenciales, muestra como las habitaciones individuales son valoradas de forma más negativa que las compartidas, siendo estas últimas valoradas positivamente por ausentar el sentimiento de soledad manifestado por aquellas personas mayores que residen solos en casa.

Los distintos estudios realizados dan a conocer las vivencias de los mayores institucionalizados. Estas vivencias y opiniones ayudan a la creación de estrategias mejoradas para conseguir optimizar su calidad de vida dentro del centro y poder trabajar mejorando las dificultades manifestadas.

Existen varios **tipos de residencias** (*Tipos de residencias - PORTALGERIATRICO, 2020*) donde pueden residir permanente o parcialmente:

- **RESIDENCIA VÁLIDOS:** centro destinado principalmente para personas que pueden valerse por sí mismas en las ABVD pero que no les es posible estar en su domicilio por razones varias. Este tipo de residencias no presentan barreras arquitectónicas y pueden disponer de ascensor si el edificio cuenta con más de una planta.
- **RESIDENCIA MIXTA:** destinadas principalmente a personas que son también capaces de valerse por sí mismas para las ABVD, pero haciendo especial hincapié en personas con algún tipo de afección psíquica o diversidad funcional. Para ello se le prestarán servicios especializados dotados de profesionales. Éstas no presentarán tampoco algún tipo de barrera arquitectónica y contará con doble vía de evacuación y sectorización por posibles casos de incendios.
- **RESIDENCIA ASISTIDA:** centro destinado principalmente a personas mayores que están afectadas por algún tipo de alteración psíquica o física y que requiere, además de ayuda para cuidados diarios ordinarios, especial atención-vigilancia médica y de profesionales de enfermería. Éstos centros al igual que las residencias mixtas, no presentarán barreras arquitectónicas y contarán con doble vía de evacuación y sectorización por posibles casos de incendios.

Los **objetivos** perseguidos por estos centros son la atención de las necesidades básicas, terapéuticas y sociales del residente, así como poder mantener en el mayor grado posible la autonomía de los residentes que ahí se alojen. (*Tipos de residencias - PORTALGERIATRICO, 2020*)

Además de objetivos a perseguir, se ofrecen diferentes **servicios**, generales y otros específicos como son la rehabilitación, atención socia/psicológica, dietas y prescripciones médicas, vigilancia, cuidados personales, actividades ocupacionales, lavandería, peluquería, podología, ocio... entre otros. (*Tipos de residencias - PORTALGERIATRICO*, 2020)

Existen además otro tipo de lugares de estancia para mayores donde de igual manera se busca la atención y vigilancia del mayor. Estos son las **viviendas asistidas**, denominadas como unidades de vivienda dentro de una misma edificación que ofrecen seguridad, asistencia médica, servicio de limpieza, actividades y talleres de ocio y entretenimiento. Son mini apartamentos con las salas de una vivienda. Suelen ser opciones barajadas para aquellos adultos que prefieren vivir en comunidad sin perder su autonomía. Otro de estos lugares son los **geriátricos psiquiátricos**, siendo instituciones destinadas a personas que precisan de atención altamente especializada en vista de las enfermedades psíquicas (avanzadas) que padecen y que por su condición pueden representar peligro para sí mismo u entorno. (*Tipos de residencias - PORTALGERIATRICO*, 2020)

En Andalucía, desde la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación en su área de actividad de personas mayores, ofrece diferentes recursos ante necesidades emergentes de exclusión social ligadas intrínsecamente a los centros residenciales. Para dar respuesta a esta situación se publicó la Orden de 11 de febrero de 2008, por la que se regula el procedimiento y requisitos para el ingreso en Centro Residencial de Personas Mayores en situación de exclusión social. El objeto de esta Orden es regular los requisitos, procedimiento, reconocimiento y acceso a una plaza en centro residencial, de aquellas personas mayores con 60 y más años que se encuentren en una situación de exclusión social, así como determinar los requisitos de los centros residenciales para su atención en la Comunidad Autónoma de Andalucía. (*Junta de Andalucía - Ingreso en centro residencial de personas mayores en situación de exclusión social*, s. f.)

5. OBJETIVOS

- 5.1 OBJETIVO GENERAL

-Realizar una aproximación hacia la Soledad del mayor, indagando sobre diferentes factores que influyen en la aparición del sentimiento de soledad

- 5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar qué aspectos aumentan el sentimiento de soledad
- Conocer como influye la soledad en la persona mayor

-Analizar qué efecto producen situaciones de inflexión como la jubilación, pérdida de capacidades físicas, cognitivas o emocionales en la aparición de este sentimiento

6. METODOLOGÍA

Para la obtención de información sobre el tema en cuestión, la búsqueda se ha centrado en artículos científicos de las bases de datos Dialnet, Google Académico y Scielo, además de algunos portales o revistas, bases de datos del INE y algún portal de estudio/ensayo. Algunos de los artículos son de carácter antiguo, así como otros de tipo más reciente, ya que el tema a tratar ha sido estudiado desde décadas anteriores.

La búsqueda de artículos en las bases de datos se ha realizado mediante palabras filtro como “soledad”, “mayores” o “institución”, realizando una posterior selección de la información encontrada.

Desde Google Académico, se buscaron artículos y revistas con temas relacionados a la Soledad del mayor o la Soledad en la institución, la calidad de vida o salud. Se ha realizado del mismo modo, mediante filtros de búsqueda.

- 6.1 PROPUESTA PARA FUTURO

La presente propuesta a futuro está destinada a presentar una medición a través de diferentes escalas como: **Escala de Soledad de la UCLA, Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), Escala de Apoyo Social Percibido y la Escala ESTE II** más una posterior intervención de mejora de los efectos de la soledad no deseada en personas mayores institucionalizadas a través de una serie de actividades destinadas para tal fin. Se tomará como referencia el modelo de apoyo social, concretamente el propuesto por Gottlieb (1981) y Lin Dean y Ensel (1986), el cual valora diferentes ámbitos de actuación, apoyándose el diferentes redes sociales, interpersonales e íntimas. Estas fuentes refuerzan vínculos entre el individuo y el entorno social;

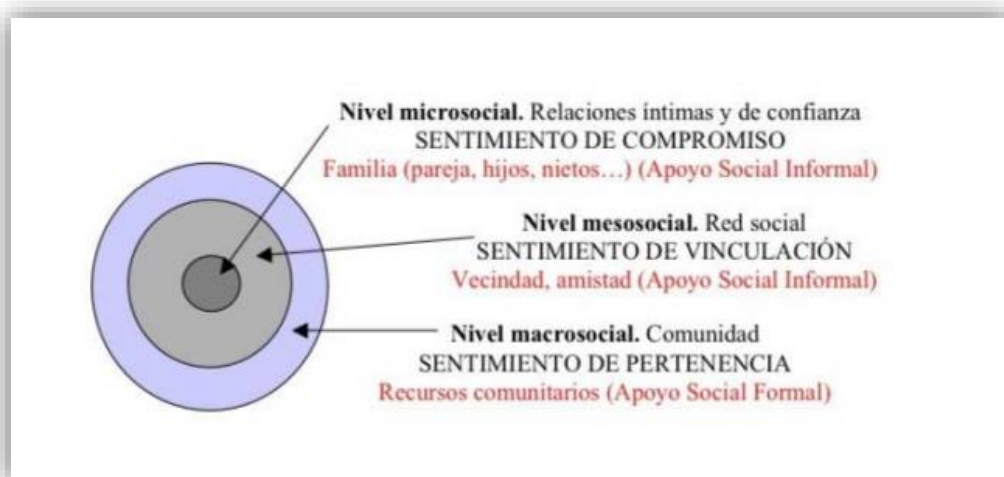


Figura 5: *Modelo de Gottlieb (1981)*

Fuente: *Gracia & Herrero, s. f.*

En este modelo, las intervenciones de apoyo suponen esfuerzos para la mejora de recursos psicosociales de los propios individuos previstos en el conector relacional más próximo. Su objetivo principal es la creación de una dinámica con el entorno social que dé respuesta aquellas necesidades psicosociales centrándose en las interacciones preexistentes que son introducidas desde el exterior.

Se considera oportuno utilizar la metodología Q, un método empírico empleado en la investigación en trabajo social. La metodología Q es de utilidad en el análisis estadístico orientado al estudio cualitativo de la subjetividad humana como actitudes, creencias, sentimientos y opiniones. Lo cierto es que la metodología Q se emplea especialmente en investigación en trabajo social con encuestados que pueden tener dificultades para expresarse cuando se hace uso de otros métodos de investigación más convencionales, como pueden ser los cuestionarios (Ellingsen, Størksen y Stephens, 2010). Este proyecto se centra en personas mayores institucionalizadas con diferentes grados de capacidad, por lo que se estima oportuno basarse en la metodología Q para flexibilizar en gran medida los procedimientos empleados para la parte de investigación (orientada a extraer datos con escalas tipo Likert).

Se utilizarían diferentes escalas de medición:

- **Escala de soledad de la UCLA:** instrumento utilizado y valorado internacionalmente en el ámbito de la psicología, validado en personas mayores de 65 años institucionalizadas. La escala se compone de un total de 10 preguntas cuyas puntuaciones oscilan entre 10 y 4 puntos, esto puede dar lugar a una puntuación

mínima de 10 y máxima de 40. Las puntuaciones que son < 20 parecen indicar un grado bastante severo de soledad. Las puntuaciones que oscilan entre 20-30 parecen mostrar un grado moderado en la soledad. Las puntuaciones mayores de 30 no son tenidas en consideración (Velarde-Mayol, Fragua-Gil y García-de-Cecilia, 2016).

- **Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21):** cuestionario compuesto por 42 ítems, que se centran en medir los estados emocionales negativos de la depresión, ansiedad y estrés por medio de una subdivisión en tres subescalas. Cada una de ellas se compone a su vez de 14 ítems. La escala de estrés evalúa en cierto modo las dificultades para relajarse, la activación nerviosa y la facilidad para agitarse. Por otra parte, la escala de ansiedad evalúa síntomas somáticos y de percepción subjetiva relacionados con el miedo. La última subescala, la de depresión, se centra en analizar la desesperanza, desvalorización o falta de interés. Las opciones de respuesta se presentan en forma de escala tipo Likert, que van desde los 0 puntos, que indica “nada aplicable a mi caso”, hasta los 3 puntos, que significa “muy aplicable a mí”. Las puntuaciones de corte comúnmente utilizadas son las siguientes:

-Depresión: 5-6 depresión leve; 7-10 depresión moderada; 11-13 depresión severa; 14 o más, depresión extremadamente severa.

-Ansiedad: 4 ansiedad leve 5-7 ansiedad moderada 8-9 ansiedad severa 10 o más, ansiedad extremadamente severa.

-Estrés: 8-9 estrés leve 10-12 estrés moderado 13-16 estrés severo 17 o más, estrés extremadamente severo.

Esta escala no se utiliza para la división entre grupos, si no para evaluar los efectos del proyecto a nivel psicológico en personas mayores institucionalizadas. Esta escala ya ha sido empleada internacionalmente en personas mayores (Wood, Nicholas, Blyth, Asghari, y Gibson, 2010) también se han realizado estudios en España con ella, en personas mayores institucionalizadas (Sales, Atiénzar, Mayordomo, Satorres-Pons y Meléndez, 2015).

- **Escala de Apoyo Social Percibido:** compuesta por 12 ítems, en los cuales se analiza información referente al apoyo social percibido por los participantes en tres áreas o secciones clave: familia, amigos y otros significativos. Se valora por medio de una escala Likert que va desde: 1 que indica “muy en desacuerdo”, hasta 7 “muy de acuerdo”. Se decide que parece oportuno dividir en el corte de 42 puntos. Cuando se pasa de este umbral se evalúa como persona que siente un buen apoyo percibido, y

para puntuaciones inferiores a este nivel se estima que perciben un bajo o malo apoyo social.

- **Escala ESTE II:** La Escala de Soledad Social Este II pretende ser la continuidad de la Escala Este I, creada en 1999 por Rubio y Alexandre (Rubio y Alexandre, 1999; Rubio, 200; Rubio y Alexandre, 2001) a través de un proyecto de investigación con IMSERSO y revisada y actualizada (Rubio, Pinel y Rubio, 2010). La Escala Este I, mide cuatro factores (Soledad conyugal, soledad familiar, soledad existencial y soledad social) mientras que la Escala Este II puede centrarse más en profundidad en el factor de la Soledad Social.

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

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

La puntuación total de la escala oscila entre 0 y 30 puntos y se obtiene mediante la suma de la puntuación en cada uno de los ítems. (Gaite, s. f.)

Para más información sobre las escalas, ver anexos.

Esta propuesta se ha dado tras la estancia de tres meses en el centro residencial Aura Los Leones. Dicho centro residencial se encuentra en la localidad de Marmolejo, en la provincia de Jaén, concretamente en la calle Armando Palacio Valdés, 15. Su situación geográfica queda situada a la entrada de la localidad, en un lugar estratégico y de fácil acceso. AURA Andalucía se desarrolla a través de un ambicioso proyecto a nivel de Andalucía, con carácter privado, implantando un modelo de gestión profesional, centrado en una amplia experiencia en el mundo de la Atención a Personas en Situación de Dependencia. El centro residencial Los Leones pertenece a la Fundación Cuidar y Curar, de carácter privado. Actualmente, Aura Los Leones cuenta con un total de 138 plazas, de las cuales se encuentran ocupadas un total de 89 entre sus plantas para válidos y asistidos. (Memoria ALLS, 2020)

Mediante mi observación en el periodo de estancia en el centro, tres meses, por el equipo técnico, formado por una trabajadora social, una psicóloga, una terapeuta ocupacional, una fisioterapeuta, tres enfermeros, una jefa de auxiliares gerontológicas y jefa del área asistencial y manifestada en primera persona por alguno de los residentes, decidí trabajar el tema de la *Soledad en instituciones*, concretamente en Aura Los Leones, ya que de manera interdisciplinar era un tema que se trataba de manera frecuente, pero sin llegar a iniciarse ningún tipo de investigación/intervención. La muestra tomada en un principio, se trataba de

un grupo de 41 residente, de los cuales 23 eran hombres y 18 mujeres con una media de edad entre los 70 y 77 años.

Sin embargo, esta propuesta no se ha podido llevar a cabo con anterioridad debido a unos límites encontrados que desarrollaré en el siguiente punto del trabajo estableciéndose para desarrollarla en un futuro cercano.

Además de ello, se realizaría una propuesta de actividades diseñadas con el fin de cumplir los objetivos marcados. Las actividades estarían encaminadas a contribuir a la mejora de la calidad de vida de los residentes, batallando contra los niveles de soledad no deseada en instituciones, aumentando y fortaleciendo las relaciones sociales mediante el empleo de las TICs.

Una vez pasadas las escalas y analizados los resultados, se podría barajar la posibilidad de poner en marcha el cumplimiento de una serie de posibles actividades a partir de los resultados manifestados para paliar y trabajar el efecto de la soledad. A continuación, la propuesta de actividades:

6.1.1 POSIBLE PROPUESTA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD 1:

Nombre de la actividad: Radiocuentos/Musicoterapia Tipo de actividad: participativa y lúdica	
Destinatarios	residentes del centro
Finalidad: Duración:	trabajar la atención y escucha activa grupal 2 horas diarias los miércoles
Objetivo: Técnicas:	trabajar el desarrollo psíquico y físico para la mejora de la calidad de vida del residente trabajo en grupo, memoria
Desarrollo de la actividad:	Se pondrá en marcha la escucha activa en el día programado de un audio-libro al grupo participante de

	residentes. Dicho libro estará adaptado a las capacidades cognitivas y lingüísticas del oyente, serán cortos en duración. Tras la escucha el psicólogo del centro realizará una serie de preguntas fáciles y de memoria, el grupo que más preguntas acierte será el vencedor. De igual manera se hará con la musicoterapia, donde tendrán que adivinar que canción (adaptada a su época y conocida) suena. El equipo que más canciones adivine vencerá.
Recursos:	-Espaciales: salón ocio del centro -Humanos: psicólogo del centro -Materiales: altavoces, música, pendrive

ACTIVIDAD 2:

Nombre de la actividad: Historia de vida Tipo de actividad: participativa y sensibilizadora	
Destinatarios	residentes del centro voluntarios
Finalidad: Duración:	Sensibilizar de la importancia del acompañamiento diario a las personas mayores 2 horas diarias los viernes por la tarde

Objetivo: Técnicas:	Proponer actividades ajustables y compartidas por personas mayores y personas de diferentes edades Acompañamiento, apoyo, empatía y escucha activa
Desarrollo de la actividad:	Las personas voluntarias que quieran participar podrán apuntarse en tableros online propuestos en las redes sociales de las residencias. El día programado para dicha actividad, se realizará la presentación de ambos grupos de trabajo, tanto de residentes como de voluntarios. Una vez hecha la presentación de manera grupal se pasará a realizar parejas de trabajo. Por parte de los voluntarios ayudará a la escritura de la redacción de la historia de vida de su pareja residente (niñez, trabajos, familia, pérdidas, enfermedades, sentimientos, emociones, recuerdos...), el voluntario facilitará dicha redacción mediante preguntas. Cada día en el final de la actividad, serán una o dos parejas quienes muestren al resto del grupo su historia, leída por el voluntario o voluntaria y se abrirá un tiempo de preguntas al residente.
Recursos:	-Espaciales: salón ocio del centro -Humanos: psicólogo del centro, voluntarios y trabajador/a social de centro, integrador social en caso de haberlo

	-Materiales: material de papelería
--	------------------------------------

ACTIVIDAD 3:

Nombre de la actividad: Grand Resi-Prix Tipo de actividad: participativa, físico-cognitiva y lúdica	
Destinatarios	residentes del centro
Finalidad:	Contribuir a la mejora de las capacidades físicas y cognitivas de los residentes del centro
Duración:	2 horas los lunes y jueves
Objetivo:	Contribuir al desarrollo y mejora de las capacidades físicas y cognitivas de los residentes
Técnicas:	Trabajo en grupo, autoestima, autonomía
Desarrollo de la actividad:	Se realizarán de manera alternativa diferentes actividades en grupo y de manera individual que contribuyan al desarrollo de sus capacidades físicas (ejemplo: encestar pelota de espuma en aros, formar puzzles de pocas piezas, baile en pareja, lanzamiento de aviones de papel, manualidad con acuarela, jardinería...)

Recursos:	-Espaciales: salón ocio del centro, patio del centro -Humanos: psicólogo del centro, -Materiales: material de papelería, material de deporte, altavoces, pendrive, fotocopias

ACTIVIDAD 4:

Nombre de la actividad: ¡Las TICs no son una barrera! Tipo de actividad: participativa, formativa	
Destinatarios	residentes del centro
Finalidad:	Contribuir a la mejora de las capacidades físicas y cognitivas de los residentes del centro
Duración:	1 hora los lunes
Objetivo:	Conocimientos básicos sobre las TICs, conocer diferentes herramientas y seguridad
Técnicas:	Trabajo en grupo, autoestima, desarrollo personal
Desarrollo de la actividad:	Se ayudará a conocer cada martes diferentes partes de las TICs. En primer lugar, se les mostrará las diferentes partes de un ordenador, teclado, ratón, altavoz...

	Según la adaptación se irá avanzando, mostrándole cómo hacerlo prender, introducir contraseñas de acceso... De manera progresiva se les enseñará a la realización y envío de correos electrónicos, búsqueda de música, correcto uso y seguridad de su utilización, uso de navegadores para búsquedas, diarios online, videollamadas a familiares... entre otros.
Recursos:	-Espaciales: sala wifi del centro -Humanos: técnico informático, trabajadora social del centro y monitores informáticos -Materiales: ordenadores, tablets

7. VALORACIÓN PERSONAL

Para concluir este trabajo, he de decir que a pesar de conocer gracias a una de las asignaturas de este grado la población de personas mayores, con esta revisión bibliográfica he podido adentrarme un poco más en un tema que para mí es de gran importancia, la soledad.

Cierto es que este sentimiento, no solo lo experimentan ellos y en el último ciclo vital, pero si lo hacen de una forma más difícil que otra persona en otro momento de su vida.

Las personas mayores son uno de los colectivos más vulnerables y de mayor riesgo social por la falta de cobertura social y atención ciudadana, son los grandes olvidados sin ser conscientes de que son cofres llenos de secretos, memoria y sabiduría, esconden miles de diamantes en bruto entre sus recuerdos y sus palabras. Personalmente, este trabajo me ha hecho reflexionar sabiendo, reflexionar conociendo lo que este sentimiento significa en la persona mayor, lo que consigo trae y lo que consigo se lleva.

Tomando la figura del trabajador social, pienso que es de vital importancia trabajar a pre- y post- este problema. Poder potenciar al mayor, debemos escucharlos, priorizar objetivos,

empatizar con ellos, analizar sus preferencias, llevar a la cima sus capacidades, evitando una institucionalización temprana; con ello no quiero decir que las instituciones residenciales sean negativas, los equipos formados por diferentes profesionales prestan servicios maravillosos y trabajan de manera interdisciplinar para ofrecer la mejor calidad de vida posible.

Ser mayor, no significa ser inútil, desprestigio, anulación ni estorbo. Como trabajadores y trabajadoras sociales, podemos contribuir a mejorar su calidad de vida, favorecer sus relaciones sociales, sus preferencias, participación o integración para evitar el aislamiento y la posterior y temida soledad. Todo ello favorecerá su bienestar personal y prevendrá otro tipo de enfermedades y de sentimientos puramente negativos. De igual modo, hemos de crear conciencia entre la sociedad que no rodea, dar visibilidad a esta población que tanto nos ha dado y a la que tanto debemos.

8. LÍMITES DEL TRABAJO

Este trabajo presenta límites que han podido generar algún tipo de sesgo en la información utilizada, uno de ellos por reiterativo ha sido el delimitar a qué edad se es “mayor”. Distintas páginas encontradas, investigaciones y artículos señalaban edades distintas; 64, 65, incluso 66 años este 2021. Por ello, cabe la posibilidad de que se haya producido sesgos en datos e información presentada a lo largo del trabajo.

Otros de los límites surgidos en la elaboración del presente trabajo ha sido la falta de tiempo físico para poder poner en marcha el proyecto de intervención; el pase de las distintas escalas con su correspondiente análisis de resultados obtenidos y la posterior posible propuesta de actividades. Esto ha sido debido al corto periodo de tiempo que he podido estar en el centro ALLS y el alto volumen de trabajo durante esas semanas causa de una baja profesional en el mismo. No obstante, teniendo en cuenta el interés por parte de las profesionales del ámbito de la psicología y del trabajo social que allí prestan servicio junto con los residentes, ha quedado pendiente para una futura investigación a nivel interno del centro y mejora de esta problemática que se ha venido observando tiempo atrás.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Wood, B. M., Nicholas, M. K., Blyth, F., Asghari, A., y Gibson, S. (2010). The Utility of the Short Version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) in Elderly Patients with Persistent Pain: *Does Age Make a Difference?* *Pain Medicine*, 11(12), 1780–1790. <https://doi.org/10.1111/j.15264637.2010.01005.x>
- Velarde-Mayol, C., Fragua-Gil, S., y García-de-Cecilia, J. M. (2016). Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. *Semergen*, 42(3), 177–183. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.05.017>
- Segel-Karpas, D., Ayalon, L. y Lachman, M. E. (2018). Loneliness and depressive symptoms: the moderating role of the transition into retirement. *Aging & Mental Health*, 22(1), 135–140. doi: <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1226770>
- Sales, A., Atiénzar, A. P., Mayordomo, T., Satorres-Pons, E., y Meléndez, J. C. (2015). Efectos de la terapia cognitivo-conductual sobre la depresión en personas mayores institucionalizadas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(2), 165–172. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.20.num.2.2015.15170>
- Roos, V., y Malan, L. (2012). The role of context and the interpersonal experience of loneliness among older people in a residential care facility. *Global Health Action*, 5(1), 18861. <https://doi.org/10.3402/gha.v5i0.18861>
- Rodríguez Martín, M. (2009). La soledad en el anciano. *Gerokomos*, 20(4), 159–166. <https://doi.org/10.4321/s1134-928x2009000400003>
- Rodríguez Ávila, N., & Rodríguez Ávila, N. (2018). Envejecimiento: Edad, Salud y Sociedad. *Horizonte sanitario*, 17(2), 87-88. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S200774592018000200087&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- *Informe 2016: Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas.* (s. f.). 540.
- *Maltrato de las personas mayores.* (s. f.). Recuperado 9 de junio de 2021, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30, 163-176. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272007000600012&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- Rodríguez Ávila, N., & Rodríguez Ávila, N. (2018). Envejecimiento: Edad, Salud y Sociedad. *Horizonte sanitario*, 17(2), 87-88.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2007-74592018000200087&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- INEbase / Demografía y población. (s. f.). INE. Recuperado 9 de junio de 2021, de https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254734710984
- *La dependencia en la vejez. Definición, características e importancia en el cuidado.* (2018, octubre 22). Ocronos - Editorial Científico-Técnica.
<https://revistamedica.com/dependencia-vejez-definicion-caracteristicas-importancia-cuidado/>
- Rodríguez, O. (s. f.). *Residencias para personas mayores: Tipos, objetivos, servicios y requisitos.* Recuperado 9 de junio de 2021, de <http://masquemayores.com/magazine/residencias-para-personas-mayores-tipos-objetivos-servicios-y-requisitos/>
- *Portavoz del Gobierno Andaluz—Página de error.* (s. f.). Junta de Andalucía. Recuperado 9 de junio de 2021, de <http://www.juntadeandalucia.es/presidencia/portavoz/social/154961/ConsejeriaigualdadPoliticaSocialesConciliacion/planestrategicopersonasmayores/serviciosociales/envejecimientohttps://www.aacademica.org/iv.congreso.chileno.de.antropologia/72.pdf>
- Díaz, J. P., García, A. A., Nieto, P. A., & Fariñas, D. R. (2020). *Indicadores estadísticos básicos*. 39.
- *Tercera edad: Población España 2002-2020.* (s. f.). Statista. Recuperado 18 de junio de 2021, de <https://es.statista.com/estadisticas/630678/poblacion-de-espana-mayor-de-65-anos/>
- Gracia, E., & Herrero, J. (s. f.). *LA COMUNIDAD COMO FUENTE DE APOYO SOCIAL: EVALUACIÓN E IMPLICACIONES EN LOS ÁMBITOS INDIVIDUAL Y COMUNITARIO*. 16.
- Pangrazzi A. La pérdida de un ser querido. *Un viaje dentro de la vida*. Paulinas, Madrid 1993.

- *Andalucía presenta su I Plan Estratégico para Personas Mayores con una inversión de 145 millones.* (s. f.). Junta de Andalucía. Recuperado 18 de junio de 2021, de <http://www.juntadeandalucia.es/presidencia/portavoz/154961>
- Huenchuán Navarro, S. (2018). Diferencias Sociales en la Vejez. Aproximaciones Conceptuales y Teóricas. *Revista Perspectivas: Notas sobre intervención y acción social*, 12, 13. <https://doi.org/10.29344/07171714.12.1186>
- *España—Esperanza de vida al nacer 2020.* (s. f.). datasmacro.com. Recuperado 18 de junio de 2021, de <https://datasmacro.expansion.com/demografia/esperanza-vida/espana>
- *Tipos de residencias—PORTALGERIATRICO.* (2020, marzo 17). <https://portalgeriatrico.com.ar/tipos-de-residencias/>
- Jiménez, M. T. R., Galdós, J. S., Montero, M. T., & Bayón, D. N. (s. f.). *Adaptación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en población con trastorno mental grave.* 23.
- Morejón, A. J. V. (1994). RULS: Escala de Soledad UCLA Revisada. Fiabilidad y validez de una versión española. *Journal of Health Psychology*, 10.
- Sullivan, H. S. (1959). *La teoría interpersonal de la Psiquiatría.* Buenos Aires: Psique. [Original de 1953: the interpersonal Theory of Psychiatry. Comp. De HelenSwick y Mary Ladd; New York Norton.] Trad. De Federico López Cruz.
- Huenchuan Navarro, S., & United Nations (Eds.). (2009). *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas* (1. ed). CEPAL.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (15 de diciembre de 2006). Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Recuperado el 14 de Marzo de 2016, de BOE, núm. 299: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-21990>
- Bermejo, J. C. (2003). La soledad en los mayores. *ARS MÉDICA*, 8(8), 139-158.
- Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. (2010). *Libro Blanco del envejecimiento activo* (Primera edición ed.). Sevilla: Haro Artes Gráficas, S.L.
- Constitución Española. Capítulo Tercero de los principios rectores de la política social y económica: Artículo 50. (6 de diciembre de 1978). Agencia Estatal Bolotín Oficial del Estado. Recuperado el 14 de Marzo de 2016, de BOE, núm. 311: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>

- Arévalo, F. G. (2017). Experiencia de vida y satisfacción en ancianos institucionalizados: Caracterización de una respuesta humana [Http://purl.org/dc/dc/type/Text, Universidad de Cádiz]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=119587>
- Gaite, C. M. (s. f.). “La soledad se admira y desea cuando no se sufre, pero la necesidad humana de compartir cosas es evidente”. 16
- Morejón, A. J. V. (1994). RULS: Escala de Soledad UCLA Revisada. Fiabilidad y validez de una versión española. *Journal of Health Psychology*, 10..
- Meira da Silva, L. M., Fernandez Lourenço Haddad, M. do C., Souza Cavalcante Pissinati, P. de, Meira da Silva, L. M., Fernandez Lourenço Haddad, M. do C., & Souza Cavalcante Pissinati, P. de. (2017). Ganancias y pérdidas de la jubilación: Revisión integradora. *Gerokomos*, 28(4), 189-193. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-928X2017000400189&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- United Nations For Ageing. (2021, mayo 28). <https://www.un.org/development/desa/ageing/>
- Carabajo, M. (2009). Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante. *Ensayos*, nº 24, 87-96.
- Jürschik, P., Botigué, T., Nuin, C. and Lavedán, A. (2013). Estado de ánimo caracterizado por soledad y tristeza: factores relacionados en personas mayores. *Gerokomos*, vol. 24, nº 1, 14-17.
- Libro Blanco de la Dependencia. (2004)
- Organización mundial de la Salud. (2002). *HealthyAnging*
- Imsero, (2003). *Servicios Sociales* para personas mayores en España. Madrid: Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales.
- Imsero, (2003). *Servicios Sociales* para personas mayores en España. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales

10. ANEXOS

ANEXO 1: ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO (EMAS)

Lee cada una de las siguientes frases cuidadosamente. Indica tu acuerdo con cada una de ellas empleando esta escala:

	1	2	3	4	5	6	7
	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Más Bien en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Más bien de acuerdo	Totalmente en desacuerdo	Totalmente de Acuerdo
1. Hay una persona que está cerca cuando estoy en una situación difícil.	1	2	3	4	5	6	7
2. Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías.	1	2	3	4	5	6	7
3. Mi familia realmente intenta ayudarme	1	2	3	4	5	6	7
4. Obtengo de mi familia la ayuda y el apoyo emocional que necesito.	1	2	3	4	5	6	7
5. Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mí.	1	2	3	4	5	6	7
6. Mis amigos realmente tratan de ayudarme	1	2	3	4	5	6	7
7. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal	1	2	3	4	5	6	7
8. Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia	1	2	3	4	5	6	7
9. Tengo amigos con los que puedo compartir las penas y alegrías	1	2	3	4	5	6	7
10. Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos	1	2	3	4	5	6	7
11. Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones	1	2	3	4	5	6	7
12. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos.	1	2	3	4	5	6	7

(EMAS)

ANEXO 2: ESCALA DE SOLEDAD DE UCLA

1) Indique en qué grado le describen a usted cada una de las afirmaciones siguientes. Señale con un número del 1 al 4 cada una de ellas.

1. «me siendo así a menudo». 2. «me siento así con frecuencia». 3. «raramente me siento así». 4. «nunca me siento de ese modo».

1. Con qué frecuencia se siente infeliz haciendo tantas cosas solo	1	2	3	4
2. Con qué frecuencia siente que no tiene a nadie con quien hablar	1	2	3	4
3. Con qué frecuencia siente que no puede tolerar sentirse solo	1	2	3	4
4. Con qué frecuencia siente que nadie le entiende	1	2	3	4
5. Con qué frecuencia se encuentra a sí mismo esperando que alguien le llame o le escriba	1	2	3	4
6. Con qué frecuencia se siente completamente solo	1	2	3	4
7. Con qué frecuencia se siente incapaz de llegar a los que le rodean y comunicarse con ellos	1	2	3	4
8. Con qué frecuencia se siente hambriento de compañía	1	2	3	4
9. Con qué frecuencia siente que es difícil para usted hacer amigos	1	2	3	4
10. Con qué frecuencia se siente silenciado y excluido por los demás	1	2	3	4

ANEXO 3: ESCALA DASS-21

Anexo 3. Escala DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica cuánto esta afirmación le aplicó a usted durante la semana pasada. No hay respuestas correctas o incorrectas. No tome demasiado tiempo para contestar.

La escala de calificación es la siguiente:

- 0 No me aplicó
- 1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo
- 2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo
- 3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo

1.	Me costó mucho relajarme	0	1	2	3
2.	Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3.	No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4.	Se me hizo difícil respirar.....	0	1	2	3
5.	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6.	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7.	Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8.	Sentí que tenía muchos nervios.....	0	1	2	3
9.	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10.	Sentí que no tenía nada por que vivir	0	1	2	3
11.	Noté que me agitaba.....	0	1	2	3
12.	Se me hizo difícil terminar las cosas	0	1	2	3
13.	Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14.	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3
15.	Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
16.	No me pude entusiasmar por nada.....	0	1	2	3
17.	Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18.	Sentí que estaba muy irritable	0	1	2	3
19.	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico.....	0	1	2	3
20.	Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21.	Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3

ANEXO 4: ESCALA ESTE II

Factor 1: Percepción de Apoyo Social			
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. ¿Vd. tiene a alguien con quien puede hablar de sus problemas cotidianos?	0	1	2
2. ¿Cree que hay personas que se preocupan por usted?	0	1	2
3. ¿Tiene amigos o familiares cuando le hacen falta?	0	1	2
4. ¿Siente que no le hacen caso?	2	1	0
5. ¿Se siente triste?	2	1	0
6. ¿Se siente usted solo?	2	1	0
7. ¿Y por la noche, se siente solo?	2	1	0
8. ¿Se siente querido?	0	1	2
Factor 2: Uso de Nuevas tecnologías			
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
9. ¿Utiliza Ud. el teléfono móvil?	0	1	2
10. ¿Utiliza Ud. el ordenador (<i>consola, juegos de la memoria</i>)?	0	1	2
11. ¿Utiliza Ud. Internet?	0	1	2
Factor 3: Índice de Participación social subjetiva			
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
12. Durante la semana y los fines de semana ¿le llaman otras personas para salir a la calle?	0	1	2
13. ¿Le resulta fácil hacer amigos?	0	1	2
14. ¿Va a algún parque, asociación, hogar del pensionista donde se relacione con otros mayores?	0	1	2
15. ¿Le gusta participar en las actividades de ocio que se organizan en su barrio/pueblo?	0	1	2
PUNTUACIÓN EN SOLEDAD SOCIAL _____ Pts.			