



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Trabajo Social

Trabajo Fin de Grado

**LA SOLEDAD Y EL ABANDONO
SE APODERAN DE MI VIDA
DESDE LA PERSPECTIVA DE LA
TERCERA EDAD**

Alumno/a: Eva Raquel Pérez Cano

Tutor/a: Trinidad Ortega Expósito
Dpto: Psicología

Junio, 2014

AGRADECIMIENTOS

Desde estas líneas quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que me han apoyado y ayudado en mi trayectoria profesional, y más concretamente, en la elaboración de la presente investigación de Trabajo Fin de Grado. En particular, mis agradecimientos van dirigidos:

A mi familia, y en especial a mi marido, gracias por vuestra escucha, comprensión, paciencia y apoyo incondicional que me habéis brindado en todo momento. Hubo momentos de debilidad, pues la conciliación de la vida laboral, familiar y estudiantil no resulto fácil, pero gracias a ustedes supe enfrentarlas positivamente.

A mis usuarios/as del Centro Residencial “La Inmaculada”, gracias por inspirarme para desarrollar esta investigación, por vuestra participación e implicación en mi estudio, abriéndome las puertas de vuestras vidas, una vez mas, y ayudarme a entender mejor esta patología. A todas aquellas personas mi más profundo respeto y reconocimiento.

A los/as usuarios/as y personal de la Residencia y Unidad de Estancia Diurna “Virgen de las Mercedes” y Centro de Salud de Alcalá la Real, gracias por permitirme trabajar con ustedes, por el interés mostrado con mi estudio y vuestra participación con en el.

A Trinidad Ortega Expósito, tutora de mi Trabajo Fin de Grado, gracias por su disponibilidad, ayuda y sabios consejos. Le agradezco considerablemente su tiempo invertido, la confianza que ha depositado en mí y su visión pragmática con la que ha participado en esta investigación.

A mis amistades y compañeros/as del curso de adaptación al grado, gracias por vuestros consejos, apoyo y la ayuda prestada.

A todos/as, mi eterno agradecimiento.

ÍNDICE

	PÁGINA
<u>RESUMEN</u>	1
<u>1. INTRODUCCIÓN</u>	2
<u>2. MARCO CONCEPTUAL</u>	3
<u>2.1. SOLEDAD</u>	4
<u>2.2. ABANDONO</u>	5
<u>2.3. TERCERA EDAD</u>	6
<u>2.4. BIENESTAR SOCIAL</u>	7
<u>2.5. DEPENDENCIA</u>	8
<u>2.6. EXCLUSIÓN SOCIAL</u>	9
<u>3. MARCO TEÓRICO</u>	9
<u>3.1. ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN</u>	9
<u>3.2. BIENESTAR Y ENVEJECIMIENTO</u>	12
<u>3.3. SITUACIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES</u>	12
<u>3.3.1. JUBILACIÓN</u>	13
<u>3.3.2. OCIO Y TIEMPO LIBRE</u>	13
<u>3.3.3. DEPENDENCIA</u>	14
<u>3.3.4. PREDISPOSICIÓN A TENER PROBLEMAS DE SALUD</u>	16
<u>3.3.5. ESCASEZ DE RELACIONES SOCIALES</u>	17
<u>3.3.6. SOLEDAD Y ABANDONO</u>	18
<u>3.3.7. REPERCUSIONES ECONÓMICAS</u>	19
<u>3.4. TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO</u>	19
<u>4. MARCO LEGAL</u>	21
<u>5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS</u>	24
<u>6. METODOLOGÍA</u>	25
<u>7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN</u>	26
<u>8. CONCLUSIONES</u>	31
<u>9. GRADO DE INNOVACIÓN Y APORTACIONES AL TRABAJO SOCIAL</u>	33
<u>10. BIBLIOGRAFIA</u>	35
<u>11. ANEXOS</u>	37



RESUMEN

El deseo de un envejecimiento activo de mayor duración y calidad ha sido el anhelo para muchas personas mayores en la historia de la humanidad. Pues bien, los progresos en la salud, la mejora de estilo de vida más saludable, el desarrollo social, el sistema de prestaciones económicas vigente, entre otras, están haciendo realidad este anhelo, a través de las oportunidades que brinda nuestro actual estado de bienestar.

No obstante, el proceso de envejecimiento no resulta ser un proceso idílico de descanso, reflexión, tiempo libre u oportunidades para algunos/as de nuestros/as mayores, ya pues acontecimientos como el fallecimiento de un ser querido, la jubilación, el declive del estado de salud, vínculos sociales o relaciones sociales insatisfactorias, disminución del poder adquisitivo, entre otras, conllevan a la aparición de sentimientos subjetivos de abandono y soledad, con su potencial peligro de caer en riesgo de exclusión social.

Palabras clave: Personas mayores. Envejecimiento activo. Relaciones sociales. Abandono. Soledad. Exclusión social.



1. INTRODUCCIÓN

El deseo de un envejecimiento activo y de mayor duración ha sido el anhelo para muchas personas en la historia de la humanidad. Pues bien, los progresos en la salud, la mejora de estilo de vida más saludable, el desarrollo social, el sistema de prestaciones económicas vigente, entre otras, están haciendo realidad este anhelo, a través de las oportunidades que brinda nuestro actual estado de bienestar.

El proceso de envejecimiento implica un conjunto de cambios vitales revestidos con connotaciones negativas para algunas personas fruto de acontecimientos tales como el fallecimiento del cónyuge, el abandono del hogar por parte de hijos/as, la ruptura social, el deterioro físico y psíquico, entre otras, que genera emociones negativas vinculadas a la aparición de sentimientos subjetivos de abandono y soledad.

Desde hace años, se comenzó a tratar y a estudiar el tema de soledad y abandono en personas mayores, pero lo cierto es que actualmente nos encontramos aún en fase de reconocimiento público del problema y en los primeros intentos de abordaje del mismo. En los últimos años se han iniciado una serie de actuaciones públicas y privadas, entre otras, dirigidas a erradicar dicha problemática, no obstante aún queda un gran camino a seguir.

La problemática del sentimiento de soledad y abandono en personas mayores es asunto de evidente envergadura por todas sus implicaciones sociales, psicológicas y familiares. El nivel de sufrimiento al que se encuentran sometidos/as quiénes lo padecen, sus repercusiones en la salud, las condiciones extremas a las que se puede llegar (fallecimiento), conlleva abordar esta problemática como primer orden social.

Desafortunadamente, tratamos con un problema del que todavía se tiene poca información y del que se desconoce con certeza los factores que influyen en su aparición. Aun queda un gran camino a seguir, mucha tarea investigadora que realizar que permita abarcar el problema en profundidad.

Estas son las razones fundamentales por las que se consideró oportuno y necesario abordar el tema de la soledad y abandono emocional y/o social en personas mayores a pesar de los obstáculos que pudiese presentar para realizar esta investigación de cierta relevancia y envergadura.

Esta investigación está dirigida a analizar y comprender el fenómeno del envejecimiento inmenso en connotaciones negativas o positivas, según su percepción, a partir de una aproximación interpretativa de la vejez, representada por personas mayores de 65 años.



Se orientará principalmente a indagar sobre las connotaciones negativas del envejecimiento. Entre ellas, la aparición de los sentimientos de soledad y abandono desde una perspectiva subjetiva (que se sienta así no implica que realmente lo esté) que abarque el terreno personal, familiar o social; analizando los posibles factores que influyen en tales sentimientos impresos en personas mayores.

Es de gran importancia, delimitar los factores de riesgo, de las causas más relevantes, así como, el porcentaje de población afectada a fin de comprender en profundidad la problemática en cuestión que permita desarrollar un sistema de detección de casos y una efectiva búsqueda de soluciones.

El contenido de este estudio de investigación de trabajo fin de grado (TFG) trata de ser sencillo y práctico aportando información y datos relevantes al tema en cuestión. Tras iniciar esta investigación a través de la búsqueda exhaustiva de bibliografía se consideró oportuno iniciar el trabajo con un acercamiento al tema delimitando el problema en cuestión, aportando todo tipo de información y datos relevantes que permitiesen aproximarnos a conocer el fenómeno del envejecimiento y sus connotaciones negativas de soledad y abandono. El marco conceptual, teórico y legal, forman parte del modelo epistemológico, tratan de introducirnos al prisma desde el que se va a analizar los hechos. En él se definen conceptos como soledad, abandono o tercera edad, entre otros, y se indaga sobre los factores que intervienen en la aparición de tales sentimientos en el proceso de envejecimiento, además de hacer referencia a las distintas teorías ya establecidas que explican este proceso.

Una segunda parte del trabajo aborda y plantea los objetivos e hipótesis formuladas, así como la metodología de la investigación, que cubre tanto aspectos cuantitativos como cualitativos de la dimensión personal, familiar y social, incidiendo en el plano de los sentimientos de soledad y abandono.

Y por último, en el estudio se procede a explicar los resultados de la investigación, así como la discusión o análisis de los mismos y una breve conclusión al respecto.

2. MARCO CONCEPTUAL

Todo trabajo parte de unas premisas a las que se refiere como las “naturales”, pero los conceptos que incluyen tienen diversos enfoques según la línea teórica que se siga, y es por



esto por lo que, a continuación se definen los conceptos clave que enmarcan esta investigación.

2.1. SOLEDAD

Resulta complicado establecer un concepto único de soledad debido, no sólo a la complejidad del tema, sino de la confusión conceptual existente entre soledad y otras experiencias emocionales vinculadas íntimamente con ella.

Montero-López Sena y Sánchez Sosa (2001)¹ señalan que existen numerosas definiciones para la soledad y que, posiblemente, la definición más antigua sea la de Sullivan (1959)² que en cuya investigación sobre la historia del desarrollo de la personalidad expresó su idea sobre las causas que intervienen en la experiencia de la soledad definiendo soledad como: *“una experiencia displacentera asociada a la carencia de intimidad interpersonal”*. Señalan que la soledad *“ha sido conceptuada como un mecanismo de retroalimentación adaptativo que informa al individuo sobre el nivel de estimulación de interacción social que esta recibiendo, en términos de cantidad y forma”*. Una falta de estimulación conllevaría a la aparición de la soledad. La soledad presenta tres características fundamentales: es multidimensional (implica aspectos de interacción social, personalidad y habilidades conductuales), subjetiva y opresiva, y secuencial (pudiéndose abordar como un proceso que varía en intensidad y duración a través de factores sociales, culturales, físico-situacionales y de la personalidad).

Peplau y Perlman (1982)³ lo definieron como: *“la discrepancia subjetiva entre los niveles de contactos sociales deseados y los obtenidos”*. Destacando como características fundamentales: ser el resultado de limitaciones en relaciones interpersonales, con carácter subjetivo con tendencia a aislamiento social y displacentera.

¹ Montero-López Lena, M. & Sánchez Sosa J. A. (2001). La soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual. Salud Mental (pp.19-27). Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México.

² 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.

³ Fernández O., Muratori M. & Zubieta E. (2013-p.11) Bienestar Eudaemónico y soledad emocional y social. Boletín de Psicología N°108. Citan a Peplau y Perlman (1982) Perspectives on loneliness. En In L.A. Peplau y D. Perlman (Eds.). Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy (pp.1-18). New York: Wiley.



Weiss (1973)⁴ defiende el término de soledad como “*una respuesta a la ausencia de una provisión de relación particular, de naturaleza multidimensional*”. Clasifica las relaciones entre relaciones de apego y de afiliación, distinguiendo así dos tipos de soledad: social y emocional. Entendiendo por soledad social aquella sensación de rechazo y carencia de relaciones sociales a un grupo o red social; y soledad emocional como aquella pérdida de una relación íntima y estrecha con otra persona especialmente importante para la persona. Por todo ello, entendemos por soledad el resultado de deficiencias en las relaciones sociales que se representa desde una experiencia subjetiva, ya que puede sentirse sólo estando en grupo o no sentirse sólo aún estándolo. Tratamos con una experiencia indeseada fruto de la escasez o insatisfactorias relaciones sociales con el grupo o red social que genera angustia y la aparición de sentimientos negativos asociados al abandono, depresión, ansiedad, entre otros. Clasificándolo en dos tipos: emocional, consecuente de la pérdida de vínculos estrechos fruto de la pérdida de una figura de apego emocional (ej. enviudar); y social, resultado de ausencia de grupos de amigos, o de permanecer a un grupo o red social.

2.2. ABANDONO

El concepto de abandono en personas mayores suele definirse como: negligencia en la realización de determinadas atenciones o desamparo por parte de los familiares, su entorno social o institucional que puede o no ser intencionada. Se clasifican en varios tipos:

Abandono físico. Bringiotti (2002)⁵ lo define como “*aquella situació en que les necessitats físiques bàsiques – alimentació, vestit, higiene, protecció i vigilància en situacions potencialment perilloses y/o cures mèdiques- no són ateses temporal o permanentement per cap membre del grup*” que convive con el anciano.

Abandono emocional. Insatisfacción de necesidades emocionales, desconexión emocional con personas importantes para ti. Colom Cañellas, A.J y Orte Socías, C. (2001)⁶ lo definieron como la “*falta persistente de respuesta a señales, expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el adulto mayor, así*

⁴ Fernández O., Muratori M. & Zubieta E. (2013-p.10) Bienestar Eudaemónico y soledad emocional y social. Boletín de Psicología Nº108. Citan a Weiss (1913). Loneliness: The experience of emotional and social isolation. Cambridge: MIT Press.

⁵ Bringiotti, M.I & Comin, A. (2002) Manual de Intervención en Maltrato Infantil. Citado por ASAPMI, <http://asapmi.org.ar/publicaciones/glosario/?id=360>.

⁶ Colom Cañellas, A.J & Orte Socías, C. (2001) Gerontología educativa y social. Pedagogía social y personas mayores. (pp.348-349) Universitat de les Illes Balears.



como la falta de iniciativa de interacción y contacto, por parte de las figuras familiares o cuidadores”.

Abandono social. Déficit de atención y cuidados que atenta emocional y psicológicamente. Conlleva a la pérdida de reconocimiento social para poder desarrollarse satisfactoriamente. Esta invisibilidad social impide su integración y condiciona las trayectorias de los individuos.

2.3. TERCERA EDAD

El concepto de “tercera edad” surge en 1950 en Francia por uno de los fundadores de la gerontología en ese país J. A. Huet, quien en un primer momento no hizo referencia en el término a una edad determinada sino a la población jubilada. Posteriormente el concepto evolucionó incorporando una edad determinada y el cese de una actividad laboral, personas jubiladas de sesenta años o más.

La tercera edad es un concepto antro-po-social que hace alusión a las personas mayores, sinónimo de vejez y ancianidad. Al utilizar este término hacemos referencia a la tercera etapa de la vida de una persona: 1º infancia/juventud, 2º adultez/madurez y 3ª edad/vejez. En la actualidad utilizamos con mayor frecuencia el término de “personas mayores” o “adulto mayor” por su ambigüedad y apología.

Surge cronológicamente ante el cese de la vida laboral, aproximadamente a los 60 o 65 años, y es vivido de forma diferente. Como dijo Simone de Beauvoir *“cada persona envejece en función de cómo ha vivido”*, el estilo de vida que cada persona desarrolle a lo largo de su vida marcará de forma diferencial su vivencia en la etapa de la vejez.

La tercera edad es una etapa evolutiva sujeta en mayor o menor medida a un declive de capacidades biológicas que afecta a su salud física, psíquica y social. De ahí, que en su definición ocasionalmente encontremos aspectos negativos de vulnerabilidad, marginación, propensión a enfermedades y antesala de la muerte.

Debido al envejecimiento activo de la población, tenemos una mirada más óptima y realista sobre este concepto. La gerontología no sólo ha añadido años a la vida, sino vida a los años, a partir de prevención y tratamiento de enfermedades de la vejez. De ahí que se hable de una cuarta edad formada por “mayores-viejos” en detrimento de los “mayores-jóvenes”.

Estilos de vida más saludables unidos a mejoras sanitarias han contribuido que algunas personas de la tercera edad disfruten de óptimas facultades físicas y mentales con edades



por encima de los 65 años. Por ello hablamos de una cuarta edad, vejez avanzada, formada por personas mayores de 80 años y mayores de 65 años con discapacidad y en situación de dependencia. La cuarta edad está sujeta, en mayor o menor medida, a enfermedades crónicas y patologías discapacitantes de larga duración generando personas dependientes.

2.4. BIENESTAR SOCIAL

Inicialmente, el concepto de bienestar se estudió bajo las perspectivas biológicas y económicas, vinculando a la perspectiva biológica la salud y a la perspectiva económica indicadores macroeconómicos, como son los ingresos y nivel de vida. Posteriormente, a mediados de los 70, surge la necesidad de investigar en los factores que intervienen en el concepto de bienestar desde la perspectiva social que causó la diferenciación entre los factores económicos y sociales, entre los que destacaron: el nivel de vida, igualdad, libertad, políticas sociales, entre otras. A principios de los 80, comienza a definirse con carácter multidimensional integrando todas las áreas de la vida: económicas y sociales o individuales (introduciendo factores relacionados con la interacción social y con la propia satisfacción y percepción de la vida, entre otras).

Según Diener (1994), término de bienestar está formado por tres elementos clave. En primer lugar, lo caracteriza su carácter individual que le permite a través de la experiencia y la percepción, evaluar a la misma. En segundo lugar, su dimensión global o multidimensional que permite valorar todos los aspectos de la vida. Y en tercer lugar, la introducción de medidas positivas frente la ausencia de las negativas.

La mayoría de los autores que estudian el término de bienestar, coinciden en elementos clave, como son: la satisfacción con la vida y el afecto positivo frente al negativo. Otros autores, como Ryff (1995)⁷ incorporan otras dimensiones como son *“la auto-aceptación, el crecimiento personal, pertenencia social, el sentido/propósito de la vida, las relaciones positivas con los otros, la autonomía y control sobre el entorno”*.

Otros autores como Neugarten, Havighurst y Tobin (1961) en *“la vejez, el bienestar personal o la satisfacción con la vida”* abordan las principales características para el envejecimiento saludable, haciendo hincapié en el concepto de bienestar estrechamente

⁷ Ryff (1995) citado por García M. (2002). Beneficios del apoyo social durante el envejecimiento: efectos protectores de la actividad y el deporte”, en Revista Digital Buenos Aires, Año 8, Número 51, Agosto de 2002. <<http://www.efdeportes.com/efd51/bien2.htm>>



vinculado a sentimientos de satisfacción y felicidad, cuya finalidad permitiera conocer el proceso de envejecimiento y realidad social de las personas mayores.

El concepto de bienestar se ha estudiado desde diferentes perspectivas a nivel global, de ahí que encontremos limitaciones en el concepto específicamente vinculado en personas mayores. No obstante, existen elementos clave que lo definen como son: la satisfacción con la vida, su estado anímico positivo y la percepción de felicidad.

2.5. DEPENDENCIA

A semejante rapidez que evoluciona la sociedad el concepto de dependencia también lo ha hecho, prueba de ello son sus teorías y significado que nada tienen que ver sus orígenes con la actualidad. Veámoslo a continuación:

Teoría de la dependencia (1965-1974). Pensamiento económico que intenta explicar las situaciones de pobreza y subdesarrollo en América Latina; fundamentándose en el diseño que adquiere el sistema capitalista mundial. Los principales teóricos de la dependencia fueron: André Gunder Frank, Fernando Cardoso y Enzo Faletto.

A inicios de los años 60, economistas y sociólogos del mundo subdesarrollado elaboraron la teoría de la dependencia estableciendo una relación entre desarrollo y subdesarrollo: una sin la otra no podría existir. Esta percepción fue base de los movimientos más radicales que postulaban la salida del sistema capitalista.

La dependencia (1980-2005). La OMS la define en 1980 como la "restricción o ausencia de la capacidad de realizar alguna actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal". De forma muy similar, el Consejo de Europa describe en 1998 la dependencia como un estado en el que se encuentran las personas que "por razones ligadas a la falta o la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia o ayudas importantes para realizar las actividades de la vida diaria". Así pues, podemos entender la dependencia como la situación de discapacidad y disfuncionalidad en la que se encuentran las personas dependientes que obliga a la intervención de terceras personas que satisfagan las actividades de la vida diaria (AVD) de la persona dependiente.

La dependencia (2005). Según el Libro Blanco de la Dependencia⁸, el Consejo de Europa define la dependencia como "un 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

⁸ Atención a las personas en situación de dependencia en España: Libro Blanco. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005.



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”. Es decir, puede decirse que una persona mayor es dependiente cuando presenta una pérdida más o menos significativa de su autonomía personal y precisa de la ayuda de terceras personas para la satisfacción de las AVD (Actividades de la Vida Diaria).

2.6. EXCLUSIÓN SOCIAL

El término de exclusión social conlleva una ruptura social, fruto de la falta de participación en la vida social, económica y cultural, consecuente de una carencia de derechos y recursos en diversos ámbitos de la vida, como pueden ser: acceso al mercado laboral, educación, salud, sistema de protección social, entre otros. Se trata de un concepto de gran relevancia y envergadura que analiza las situaciones de pobreza, vulnerabilidad y marginación.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

El incremento en la esperanza de vida y el descenso de la tasa de natalidad conlleva un incremento en la población de personas mayores, causando un envejecimiento global de la población.

Según datos del INE (Instituto Nacional de Estadística) a fecha de 1 de Enero de 2013, la población mayor de 64 años se incrementó en 134.356 personas en 2012. No obstante, ocurrió a la inversa en la población con edades más tempranas, de hecho se redujeron en 14.351 los/as menores de 10 años y en 474.998 personas entre edades de 15 y 39 años.

Según datos del INE la población mayor de 64 años se duplicará en 40 años y pasará a representar más del 31,9% del total, debido al envejecimiento de la población⁹. Por el contrario, España perderá aproximadamente 9 millones de personas (un 32%) con edades comprendidas entre 16 y 64 años y alrededor de 2 millones (un 26%) de niños/as menores de 15 años.

El envejecimiento de la población depende de tres factores fundamentales: descenso de la natalidad, aumento de la esperanza de vida y movimientos migratorios.

⁹ Ver Anexo nº 1. INE. Envejecimiento de la población. Gráfica: Pirámide de población en España.



El descenso de la natalidad es la principal causa del envejecimiento de la población. El descenso de la capacidad procreadora de las parejas fértiles consecuente de la facilidad de planificación familiar, incorporación de la mujer al mercado de trabajo y escasez de ayudas públicas han conducido a un cambio cultural más optimista que vela más por la calidad y bienestar social de todos los miembros del núcleo familiar, es decir, optan por menor número de descendientes para que gocen de una mejora de condiciones de vida y de bienestar social.

El aumento de la esperanza de vida es consecuente de una disminución de la mortalidad, fruto de mejoras sanitarias (avances en la sanidad, cambios en hábitos de vida más saludables), económicas (calidad de vida, mejoras en las condiciones de trabajo, jubilaciones, pensiones) y sociales (desarrollo de la educación y la cultura). Según indican datos del INE, la esperanza de vida en España es, con 82'4 años, una de las más altas del mundo.

Los movimientos migratorios, emigración e inmigración conllevan cambios estructurales en la población en sentido opuesto, por ejemplo la emigración suele vincularse a personas adultas, población activa en edad fértil, que al emigrar provoca un descenso de este grupo de población y por lo tanto, un aumento del grupo de personas no activas, mayores y un descenso de natalidad.

El envejecimiento de la población es considerado por nuestra sociedad con connotaciones negativas o positivas, según su percepción. Por un lado encontramos una perspectiva negativa del envejecimiento, Monforte J. A, Franco M. A. & Conde V. J. M (2001) argumentaron que se debe a *“inexorables consecuencias sociales, económicas, políticas, sanitarias, familiares o urbanísticas.. y por su potencial peligro sobre el sistema de protección social”*¹⁰. Y por otro lado encontramos una perspectiva positiva que considera al envejecimiento como una *“etapa normal del desarrollo de las sociedades”*³, que favorece y aumenta la esperanza de vida con mejoras sanitarias, higiénicas, alimenticias y económicas, entre otras, aumentando a su vez el nivel de vida general.

Podríamos decir que la medicina y las mejoras en estilos de vida más saludables han favorecido el aumento en la esperanza de vida, sin embargo las exigencias de las personas mayores irán incrementándose puesto que optarán por más duración que calidad.

¹⁰ Monforte J. A, Franco M. A. & Conde V. J. M (2001). El envejecimiento de la población. Sintomatología depresiva como predictor de mortalidad en el anciano que vive en residencias (pp 11-27). Madrid: IMSERSO.



Diferentes epidemiólogos consideraron la transición del envejecimiento de la población, tal y como cita García, F. y Ceballos, R (2007) *“como una consecuencia de la primera revolución en la salud pública”*¹¹ donde estilos de vida más saludables y sanidad incrementarían la esperanza de vida implicando un cambio en la asistencia a largo plazo ante cambios de enfermedad aguda a crónica. La segunda revolución implicaría según García, F y Ceballos, R (2007) un *“entendimiento de que el comportamiento y el estilo de vida constituyen los determinantes del comienzo de la enfermedad, curso y resultado”*¹⁰, de ahí la necesidad de cambio en estilos de vida y comportamientos insanos.

Lo verdaderamente importante del envejecimiento de la población es fomentar las capacidades de funcionamiento con independencia de las personas mayores a largo plazo. Numerosos estudios nos muestran que el incremento de la esperanza de vida conllevará un aumento en el número de personas dependientes con algún tipo de discapacidad entre la población envejecida. Es imprescindible retrasar la aparición de enfermedad y discapacidad para evitar un envejecimiento de la población con datos escalofriantes de dependencia.

Existe el mito de que la vejez es una etapa de sufrimiento y enfermedad. Como dijo De Gaulle *“La vejez no es ni una catástrofe ni una bendición”*¹², es un fenómeno biológico universal e irrevocable en todo ser vivo en continuo desarrollo. Vejez y enfermedad no son sinónimos, existe un envejecimiento productivo y saludable fruto de autocuidados en salud física, emocional y social unidos a mejoras socio-sanitarias. La enfermedad supone la disminución de facultades en todas las edades, enfermar hace envejecer, suponiendo la lesión del cuerpo, dolor del alma y desesperanza, que genera una lista interminable de sentimientos nocivos que atentan contra la integridad del ego de las personas mayores, su aceptación de si mismos/as con sus éxitos y fracasos, su seguridad y autonomía.

Lamentablemente, el proceso de envejecimiento no resulta ser un proceso idílico de descanso, reflexión y oportunidades para la mayoría de las personas mayores, supone la manifestación de sentimientos nocivos ante la pérdida de control de su vida vinculados a limitaciones físicas, demencias, pérdidas de soporte social en su núcleo familiar, vecinal y

¹¹ García F. & Ceballos, R (2007). Envejecimiento y bienestar. Enfermedad de Alzheimer y calidad de vida (pp23-27) Alcalá la Real: Formación Alcalá.

¹²De Gaulle: Militar, político y escritor francés, líder de la “Francia libre” durante la Segunda Guerra Mundial y creador de la Quinta República.



amistades que genera emociones negativas como tristeza, ansiedad, inseguridad y desinterés que conducen a un riesgo de exclusión social y apatía.

3.2. BIENESTAR Y ENVEJECIMIENTO

Alcanzar y mantener la mejor salud general y bienestar posible son intereses humanos fundamentales, y su relación con la edad siempre fue tema central de investigación en la gerontología.

La gerontología nace pretendiendo añadir no sólo años a la vida, sino vida a los años. Es la medicina de los ancianos, es decir, la asistencia médica y psicológica, la prevención y el tratamiento de las enfermedades de la vejez. Una de sus principales y más difíciles tareas es la de diferenciar lo que es envejecimiento de lo que es enfermedad. Ocasionalmente se generaliza y erróneamente se presupone que todo lo que le ocurre a quien envejece se debe al paso de los años, pero hay causas que el decaer funcional no obedece al envejecimiento.

El envejecimiento forma parte de un ciclo vital inevitable en continuo desarrollo, pero el modo en cómo se viva marcará el bienestar personal en dicha etapa. Es bastante probable que en la vejez aparezcan situaciones determinantes como limitaciones físicas, demencias, pérdidas de soporte social, entre otras, fruto de fragilidad en la salud, jubilación o cese de la actividad laboral y disminución de los roles que conlleven una pérdida de autonomía y un declive de bienestar social. Sin embargo, tales situaciones determinantes no son generalizables para todas las personas, ya que numerosos estudios demuestran la posibilidad de vivir una vejez plenamente satisfactoria y activa, como en otras etapas de la vida.

Estudios como el de Carmona, S. E (2009)¹³ reflejan en sus resultados como *“la edad, el género, el estrato socioeconómico y estado civil no se consideran factores que contribuyan a predecir y/o mantener el bienestar en los adultos mayores”*. La salud, autonomía personal, interacción social, la escolaridad y satisfacción por la vida son los factores claves que conllevan al bienestar en personas mayores.

3.3. SITUACIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES

Si se analiza la situación social de la población de personas mayores, hay que hacer referencia a las diferentes características que forman parte de su estado o situación, por ello

¹³ Carmona, S. E (2009) IBEROFORUM. El bienestar personal en el envejecimiento (pp.48-65). México. Universidad Iberoamericana A.C.
http://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/4805/bienestarb2.pdf



se considera adecuado estudiar la jubilación, el ocio y tiempo libre, la dependencia, la predisposición a tener problemas de salud, la escasez de relaciones sociales, la soledad y el abandono y la repercusiones económicas.

3.3.1. LA JUBILACIÓN

La jubilación es uno de los factores con mayor incidencia en la vulnerabilidad de las personas mayores que conlleva a la desconexión social afectando su estado general, físico y psíquico, ocasionado por sus propias vivencias y las manifestaciones de la sociedad por su baja productividad.

La jubilación en las personas suele ser considerada como el inicio de una nueva etapa, la vejez. Es evidente que supone un impacto en la persona ante el cese de la vida laboral que puede ocasionar consecuencias traumáticas para algunas personas ante factores como pérdida de identidad, disminución de la capacidad adquisitiva y ruptura social. Hay quienes disfrutan de la jubilación con una visión óptima manifestando sentimientos de libertad y oportunidad para hacer cosas, sin embargo encontramos también la cara opuesta, quienes evalúan las pérdidas de forma dolorosa y traumática siendo incapaces de adaptarse a la nueva etapa. La jubilación ha de entenderse como una nueva etapa de la vida, con sus cambios de estilo de vida y la adopción de nuevos roles, que afectan de forma especial no sólo a la persona sino a su entorno, mostrando diversas emociones de alegría, tristeza o nostalgia por el pasado.

3.3.2. OCIO Y TIEMPO LIBRE

Según Bueno, B. y Buz, J. (2006)¹⁴ *“la jubilación se considera una oportunidad para el desarrollo personal y/o social y para la implicación en diversos tipos de actividades”*, brinda la oportunidad de vivir y pasar el tiempo de acuerdo a nuestras preferencias. Sin embargo, no es una realidad. El tiempo libre para muchas de las personas mayores es un ocio forzado, obligado más que una disposición de tiempo libre para disfrutar de la vida. El hecho de disponer de tiempo libre no siempre conlleva la realización y desarrollo de actividades gratificantes que permitan un desarrollo personal. Autores como Lennartsson y

¹⁴ Bueno, B. y Buz J. (2006) Jubilación y tiempo libre en la vejez. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº65. Lecciones de Gerontología, IX. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/bueno-jubilacion-01.pdf>



Silverstein (2001)¹⁵ han comprobado que “*un elevado porcentaje de actividades de los mayores son sedentarias y se realizan en solitario*”. Igualmente, según estimaciones del Observatorio de Mayores-IMSERSO en 2004, sólo el 13,2% de los mayores suele iniciar alguna actividad nueva después de jubilarse.

Es imprescindible, realizar diversas actividades tras la jubilación por los efectos físicos y mentales que generan. De hecho, Buz, J., Mayoral, P., Bueno, B. & Vega, J.L. (2002)¹⁶ realizaron un estudio en Salamanca donde participaron 400 personas con edades comprendidas entre los 75 y 104 años a fin de analizar como las actividades físicas, productivas y sociales reducían estados depresivos e influían en el factor felicidad. Los resultados fueron que aquellas personas mayores que desempeñaban cualquier tipo de actividad intelectual (como por ejemplo, leer, escribir, asistir a determinados actos culturales) presentaban mejor estado anímico y satisfacción media-alta por su vida.

El estado de salud es determinante para la realización de actividades en la vejez, poco tiene que ver la edad, si las personas mayores gozan de una buena salud su implicación en el desarrollo de actividades de ocio y tiempo libre será mayor, al igual que su interacción social con el medio; dejando atrás posibilidad alguna de riesgo social y por lo tanto, de los sentimientos subjetivos de soledad y abandono, tema central de esta investigación.

3.3.3. DEPENDENCIA

Muchas personas mayores manifiestan una pérdida más o menos importante de su autonomía personal y necesitan de la ayuda de otras personas para la satisfacción de las actividades de la vida diaria. Estas son, personas dependientes, diferenciándose entre sí en función del grado de dependencia que presentan.

La dependencia ha de ser entendida desde la multidimensionalidad, multicausalidad y multifuncionalidad.

Multidimensionalidad: Hace referencia a los factores a nivel físico, psíquico, social e incluso económico que intervienen en la aparición de dependencia en la persona mayor.

¹⁵ Bueno, B. y Buz J. (2006)(Ver referencia nº 16) Citan a Lennartsson, C. y Silverstein, M. (2001). Does engagement with life enhance survival of elderly people in Sweden? The role of social and leisure activities. Journals of Gerontology: Social Sciences, 56B, S335-S342.

¹⁶ Buz, J., Mayoral, P., Bueno, B. & Vega, J. L. (2004). Factores sociales del bienestar subjetivo en la vejez. Revista Española de Geriatriá y Gerontología, 39 (3), pp. 23-29.



Dependencia física. Supone un declive de la capacidad funcional, conllevando la pérdida de control de su capacidad física e interacción con el medio. El deterioro físico está asociado a:

- El deterioro de algunos sistemas biológicos del organismo que conlleva a fragilidad física, problemas de movilidad, del equilibrio, de resistencia, entre otras; que puede o no, estar condicionadas por enfermedades crónicas como la artritis, la artrosis, la osteoporosis o fracturas provocadas por caídas.
- Limitaciones sensoriales de visión o audición que dificultan su interacción con el medio físico y social.
- Elevado consumo de fármacos que puede implicar efectos secundarios.

Dependencia psíquica. Supone un declive de sus capacidades cognitivas que conlleva a la pérdida de memoria, atención y velocidad del procesamiento de la información, que le impide resolver conflictos y tomar sus propias decisiones. El deterioro psíquico está asociado a:

- Trastornos cognitivos asociados a demencias, como por ejemplo tipo Alzheimer o aquellos que se desarrollan tras sufrir accidentes cardiovasculares.
- Trastornos del estado de ánimo, como la depresión.
- Factores vinculados a la personalidad.

Dependencia social: Supone la pérdida o deterioro de relaciones sociales e interacción social con personas importantes para ti. El deterioro social está asociado a:

- Ruptura social asociada a acontecimientos tales como fallecimiento del cónyuge, el abandono del hogar por parte de hijos/as, deterioro de relaciones sociales fruto de la jubilación y/o abandono de actividad.
- Problemas de salud que le dificulta o imposibilita salir.

Dependencia económica: tiene lugar cuando una persona activa económica y laboralmente pasa a formar parte de la población pasiva y dependiente. La dependencia económica esta asociada principalmente al cese de la vida productiva o jubilación.

Multicausalidad: Dependencia no es sinónimo de vejez. Todas las personas mayores no son dependientes, es más hay personas dependientes que no son mayores.

Dependencia es fruto de distintos factores biológicos, socioculturales, económicos y del entorno. Igualmente la presencia de un declive físico, psíquico y social está íntimamente



vinculado a la aparición de la dependencia. Podríamos decir, que dependencia está estrechamente vinculada a discapacidad y enfermedad.

Multifuncionalidad: La dependencia puede estimarse como algo indeseable en nuestra sociedad, pero también tiene una importante función adaptativa. Según Bob Bornstein¹⁷, experto de la dependencia afectiva y del apego, *“una forma de dependencia adaptativa mejora las relaciones interpersonales y potencia la salud y bienestar”*. El la denomina como dependencia saludable, concepto similar al de interdependencia adaptativa. Pedir y recibir ayuda, compartir proyectos y sentimientos con nuestro entorno, conllevan a la integración saludable de las personas dentro de los grupos.

3.3.4. PREDISPOSICIÓN A TENER PROBLEMAS DE SALUD

A pesar de que se haya incrementando los niveles de salud y calidad de vida en personas mayores, su esperanza de vida o reducir los índices de mortalidad, según García, F. y Ceballos, R (2007)¹⁸ *“el 50% de la población mayor de 65 años padece alguna enfermedad o presenta algún tipo de problema físico o psíquico”*.

A lo largo de la vida nos encontramos con multitud de factores sociales, psíquicos y biológicos que pueden determinar la salud de las personas. Por ejemplo, experiencias como el dolor por el fallecimiento de un ser querido, la jubilación o la incapacidad pueden ser factores que puedan ocasionar aislamiento, dependencia, soledad, etc.

Con la edad, los problemas de salud se prolongan afectando día a día a las personas mayores. Se observa como determinados órganos del cuerpo funcionan eficazmente hasta edades superiores a los 60 años, sin embargo las funciones del cuerpo disminuyen lentamente a la misma vez que se avanza de edad.

Los principales problemas de salud de las personas mayores son:

Alteraciones sensoriales. Audición, visión y memoria. Siendo uno de los factores con mayor incidencia implicado directamente en la morbi-mortalidad de las personas mayores. Repercute a la comunicación, a la esfera psicológica (irritabilidad, aislamiento, depresión, etc.), a la capacidad de autocuidados (dificultad alimentación, salir de compras, movilidad, etc.), ocasionando cambios en el comportamiento.

¹⁷ Bob Bornstein, profesor de la Adelphi University de New York, y experto de la dependencia afectiva y del apego. Citado en Interdependencia adaptativa frente a independencia individualista (Enero 2014). <http://psicologiasaludable.wordpress.com/tag/interdependencia-adaptativa/>

¹⁸ García F. & Ceballos. R (2007). Envejecimiento y bienestar. Enfermedad de Alzheimer y calidad de vida (p.112) Alcalá la Real: Formación Alcalá.



Osteoporosis. Enfermedad “silenciosa” en la cual se debilitan los huesos, principalmente a medida que envejecen conllevando una mayor probabilidad de sufrir fracturas. La edad no es su único condicionante, el estilo de vida, ciertos trastornos mentales e incluso determinados medicamentos pueden conducir a la aparición de esta enfermedad.

Enfermedad del parkinson. Enfermedad neurodegenerativa, de progresión lenta caracterizada por una serie de síntomas como son el temblor, bradicinesia (lentitud en movimientos), inestabilidad postural y rigidez. Su causa se desconoce aunque existe cierto patrón hereditario. Se estima que el 1% población mayor de 60 años lo sufre.

Demencias. Se caracterizan por un déficit de memoria y la capacidad para pensar, trastornos de comportamiento e incapacidad para el desarrollo de AVD. Se estima que el 2% de la población de entre 65 y 70 años lo sufre, y el 20% de los mayores de 80 años.

Alteraciones genitourinarias. La infección urinaria es uno de los procesos infecciosos más comunes en personas mayores, la incidencia puede deberse a cambios en la función vesical y del suelo pélvico, disminución de las defensas inmunológicas, crecimiento y obstrucción prostática. Se estima que el 20% de las mujeres y 10% de los varones mayores de 65 años lo sufren.

3.3.5. ESCASEZ DE RELACIONES SOCIALES

Existen personas que al envejecer desarrollan enfermedades propias de una avanzada edad o sufren los llamados síndromes geriátricos, cuyas consecuencias repercuten no sólo en sus vidas, sino también en el modo de relacionarse. Enfermedades como la depresión (caracterizada por la apatía y falta de interacción social) y las demencias atentan en la esfera de las relaciones sociales; otras como la incontinencia urinaria y osteoporosis, restringen las salidas al exterior.

Las enfermedades o síndromes geriátricos conllevan a la discapacidad o dependencia, repercutiendo en sus relaciones sociales ante cambios de: rol social o familiar y habilidades de proporcionar o necesitar apoyo social. Ante estos cambios, es importante la necesidad de adaptarse y aceptar vivir de diferente forma.

La escasez de relaciones sociales puede repercutir gravemente en la autoestima de las personas mayores e incluso generar sentimientos de soledad o abandono, causando un gran malestar. El deterioro de vínculos sociales, la ausencia de contactos interpersonales que conlleven comunicarse puede conducir al riesgo de exclusión social de las personas



mayores conllevando una elevada vulnerabilidad social, así como sensaciones de malestar emocional y por lo tanto, deterioro de bienestar general.

3.3.6. SOLEDAD Y ABANDONO

El proceso de envejecimiento conlleva experiencias especialmente dolorosas fruto de una ruptura con su forma de vivir con anterioridad que puede ocasionar importantes repercusiones emocionales y sociales a quienes las sufren, como pueden ser la aparición de los sentimientos de abandono o soledad.

Acontecimientos tales como el fallecimiento del cónyuge, el abandono del hogar por parte de hijos/as, la jubilación, la ruptura social, el deterioro físico y psíquico, dependencia, entre otras, conlleva un conjunto de sentimientos negativos entre los que destacan la soledad y el abandono, manifestándose con sensaciones de rechazo, vacío, tristeza, dolor, vergüenza, fracaso, resentimiento, etc. Veámoslos a continuación:

Fallecimiento del cónyuge. La viudez suele ser el principal desencadenante de la aparición de tales sentimientos. La persona mayor puede encontrarse de forma inesperada sólo/a, sin compañía y sin afectividad. La asimilación del fallecimiento del cónyuge y su adaptación requiere grandes dotes de fortaleza personal, así como apoyo social o familiar.

El abandono del hogar por parte de los/as hijos/as. Se trata del primer acontecimiento importante que han de enfrentar, el abandono de sus hijos/as para iniciar una vida independiente. La persona mayor espera atención por parte de sus hijos/as ante una posible dependencia y enfermedad, y su incumplimiento puede suponer la aparición de soledad y abandono emocional y/o social.

La jubilación. Conlleva a la desconexión social afectando su estado general, físico y psíquico, ante una pérdida de identidad, disminución de la capacidad adquisitiva y ruptura social.

Rupturas sociales. El deterioro de vínculos sociales y la ausencia de contactos interpersonales conllevan riesgo de exclusión social y vulnerabilidad social.

Declive físico y psíquico. El deterioro de la salud es uno de los factores más importantes que motivan a las personas mayores a sentir miedo ante el abandono y/o soledad. El deterioro de movilidad, la pérdida de autonomía personal para el desarrollo de las AVD (Actividades de la vida diaria), entre otros temores, se asocian a la aparición de tales sentimientos.



Los sentimientos subjetivos de abandono y soledad es fruto de un declive de las capacidades y una ruptura social que se puede prevenir o superar favoreciendo las relaciones con el entorno y su núcleo social. Favorecer la interacción social de las personas que sufren este tipo de sentimientos conlleva conectar emocionalmente con su entorno, integrarse socialmente, sentirse aceptada y valorada.

Tales sentimientos no siempre son fruto de una mala experiencia vivida, sino que pueden ser buscados e incluso enriquecedores. No obstante, numerosos estudios nos demuestran que la mayoría de las personas mayores que vive tales sentimientos se han visto obligado a ello.

El sentimiento subjetivo de abandono y la soledad son una realidad, y su consecuencia es la ausencia de reconocimiento social. Hay quiénes sufren este mal fruto de actos discriminatorios de sus familiares, entorno social e institucional, a través de múltiples actos de violencia como son gritos, comentarios ofensivos, falta de atención y cuidado, etc.

La pérdida de valores como el respeto genera en las personas mayores marginación, exclusión social, discriminación por parte de la sociedad que favorece en la aparición de tales sentimientos, entre otros. Recordemos que muchas personas mayores transmiten valores morales, conocimientos, experiencia y cultura, y que por el declive de sus capacidades no se le puede dar la espalda.

3.3.7. REPERCUSIONES ECONÓMICAS

La crisis económica española en la que continuamos inmersos ha condicionado también a una mayor vulnerabilidad y riesgo de exclusión social de las personas mayores. La política de recortes: el copago farmacéutico y sanitario, la falta de ayudas en dependencia, la previsible reforma de pensiones, entre otras, pueden ser factores condicionantes a la aparición de situaciones de exclusión social, soledad y abandono de las personas mayores.

3.4. TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

El proceso de envejecimiento puede analizarse a raíz de diversas teorías que tratan de explicarlo desde diferentes puntos de vista y consecuente de ello, dependiendo del enfoque empleado. Existen más de un centenar de teorías del envejecimiento, pero lamentablemente ninguna tiene una comprensión total satisfactoria. A continuación se hace referencia a las más importantes:



A. TEORÍAS BIOLÓGICAS: Conjunto de teorías fundamentadas en el envejecimiento de órganos y sistemas atribuidos a procesos predeterminados. Las más importantes son:

Teoría del desgaste. Las células, los tejidos y los órganos se desgastan por el paso de los años.

Teoría de los radicales libres. Denham Haman, 1956. Daño celular acumulado fruto de sustancias tóxicas de la agresión oxigenada del medio ambiente.

Teoría de envejecimiento celular. El envejecimiento es resultado de la acumulación de accidentes que tienen lugar durante la reproducción celular.

Teoría del deterioro del sistema inmunológico: La decadencia del sistema inmunológico conduce a un aumento de la vulnerabilidad.

Teoría del reloj biológico. En una edad determinada situada al final de la pubertad, la hipófisis segrega una hormona encargada de iniciar el envejecimiento de forma programada. Estas hormonas controlarían los procesos vitales.

B. TEORÍAS PSICOLÓGICAS: Conjunto de teorías centradas en los aspectos cognitivos, de personalidad y estrategias de manejo.

Teoría del individualismo de Jung. El envejecimiento exitoso conlleva la aceptación de sus logros y fracasos, un cambio de enfoque desde el mundo externo hacia una experiencia interior.

Teoría del desarrollo de tareas y Vejez de Peck. Para que la persona mayor alcance la integridad, precisa desarrollar habilidades que le redefinan a si mismo.

C. TEORÍAS SOCIALES: Conjunto de teorías centradas en el proceso de envejecimiento dentro de un contexto social que lo condiciona.

Teoría adaptativa. Enfoque orientado en la adaptación de la persona mayor y el entorno en la última etapa de su vida.

Teoría de la modernización. En las sociedades tradicionales las personas mayores eran reconocidas socialmente por su experiencia, en la actualidad es relegado socialmente.

Teorías funcionalistas o teorías de la socialización. Defienden el cambio de roles sociales tras la jubilación, asociando la limitación de actividad y la baja autoestima.

- *Teoría de la actividad.* Establece la importancia que tienen los roles sociales para la autorrealización de la persona mayor.

- *Teoría de la desvinculación o del retraimiento.* El envejecimiento se acompaña de limitaciones en sus relaciones sociales o familiares.



- *Teoría de la continuidad.* Estabilidad y continuidad entre la etapa adulta y vejez, en la que ocasionalmente surgen dificultades de adaptación.

4. MARCO LEGAL

El presente capítulo trata de explicar la legislación vigente que controla el ámbito en el que se mueve y expresa, la presente investigación.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia

La ley 39/2006 está compuesta por una exposición de motivos, 47 artículos y disposiciones adicionales y transitorias. Está en vigor desde enero de 2007 y pretendía desarrollar medidas entre 2007-2014, que finalmente no ha podido llevar íntegramente a cabo consecuente de la actual situación económica que atraviesa el país.

Su finalidad es el reconocimiento de la autonomía personal y la atención de aquellas necesidades de personas dependientes en situación de especial vulnerabilidad.

Entre sus principios fundamentales destacan los recogidos en el artículo 3, tales como: el carácter público de las prestaciones del sistema, la universalidad de acceso de todas las personas dependientes, en condiciones de igualdad y sin discriminación, estableciendo medidas adecuadas de prevención, rehabilitación, estímulo social y mental, en condiciones de calidad, sostenibilidad y accesibilidad de los servicios.

El Sistema Nacional de Atención a la Dependencia financiará los servicios que necesitan las personas dependientes, bien por sufrir una enfermedad, invalidez o al llegar a la vejez con un declive importante en sus capacidades.

La Ley establece tres tipos de dependencia:

Grado I. Dependencia moderada: la persona dependiente necesita ayuda en el desarrollo de las actividades de la vida diaria (AVD), al menos una vez diaria.

Grado II. Dependencia severa: la persona dependiente necesita ayuda para el desarrollo de las AVD varias veces al día, pero no de forma permanente.

Grado III. Gran dependencia: la persona dependiente necesita ayuda casi permanente o total para el desarrollo de las AVD, principalmente ante una pérdida importante de autonomía física, mental, intelectual o sensorial.



Real Decreto 1364/2012, de 27 de septiembre, por el que se modifica el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, en su disposición quinta encomienda al Gobierno la aprobación de un reglamento, que fije el baremo para la valoración de los grados de dependencia recogidos en los artículos 26 y 27.

El Real Decreto 1364/2012 está compuesto por una exposición de motivos, un único artículo y 3 disposiciones adicionales. Está en vigor desde el 12 de octubre de 2012.

Su finalidad es la regulación del reconocimiento de grado de discapacidad y/o dependencia, estableciendo nuevos baremos aplicables y la delimitación de órganos competentes para llevar a cabo dicho procedimiento, que garantice una serie de beneficios, derechos económicos y servicios públicos a aquellas personas en situación de dependencia afectadas.

Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

El Real Decreto 1051/2013 está compuesto por una exposición de motivos, 20 artículos y diversas disposiciones adicionales. Entrada en vigor el 1 de enero de 2014. Deroga el Real Decreto 727/2007, de 8 de junio (Ref. BOE-A-2007- 11446), modifica el artículo 3 del Real Decreto 397/1996, de 1 marzo (Ref. BOE-A-1996-7391), y de conformidad con los artículos 10 y 20 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre (Ref. BOE-A-2006-21990).

El artículo 10.3 de la Ley 39/2006, dispone que el Gobierno, mediante este decreto, llevara a cabo la aprobación de los criterios establecidos por el Consejo Territorial de Servicios Sociales y Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia a fin de determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas.

Los servicios y prestaciones económicas para los grados III y II serán los siguientes:

- Servicios: prevención a la dependencia, promoción de la autonomía a personal, teleasistencia, ayuda a domicilio, centro de día, centro de noche, atención residencial.



- Servicios a través de prestaciones económicas: prestación económica vinculada a los servicios expuestos con anterioridad y prestación económica de asistencia personal.
- Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores.

Real Decreto legislativo 1/2013 de 29 noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de las Personas con Discapacidad y de Inclusión social.

El Real Decreto 1/2013 está compuesto por una exposición de motivos, 105 artículos recogidos en varios capítulos y diversas disposiciones adicionales. Está en vigor desde el 4 de diciembre de 2013.

Y de conformidad con la Ley 26/2011, de 1 de agosto (Ref. BOE-A-2011-13241). Sus objetivos son:

Garantizar el derecho de igualdad de oportunidades y de trato, así como la efectividad de derechos a personas con discapacidad en condiciones de igualdad, a través de la promoción de la autonomía personal, accesibilidad universal y de empleo, de inclusión social y vida independiente, eliminando cualquier tipo de discriminación y exclusión social.

Establecer un régimen de sanciones que garanticen la satisfacción de las condiciones básicas en materia de igualdad de oportunidades y accesibilidad universal a las personas con discapacidad.

Decreto Ley 7/2013, de 30 de Abril, de medidas extraordinarias y urgentes para la lucha con la exclusión social en Andalucía.

El fenómeno de la exclusión social se está viendo afectado por la crisis económica, conllevando un mayor porcentaje de población en riesgo de exclusión social ante especiales condiciones de fragilidad y vulnerabilidad. Entre otros colectivos, frecuentemente encontramos personas mayores que viven solas y con escasez de recursos económicos, desnutridas y con limitaciones en sus capacidades sin protección social alguna.

El artículo 10.3 del Estatuto de Autonomía para Andalucía tiene una serie de objetivos como son la cohesión social, a través de un sistema de bienestar público, con especial atención a los colectivos más desfavorecidos. Así mismo, en el artículo 61.1 establece la regulación, ordenación, gestión de servicios sociales, prestaciones, entre otras, a la Comunidad Autónoma.



El presente Decreto-Ley 7/2013 esta formado por una exposición de motivos, 50 artículos y diversas disposiciones adicionales. Entrada en vigor el 3 de mayo de 2013. Entre sus objetivos destacan: prevenir situación de exclusión social, atender a las necesidades básicas alimentarias de personas en situación de exclusión social, garantizar un plazo mínimo para la resolución y efectividad de las prestaciones económicas existentes, en conclusión, erradicar cualquier situación de marginación y de desigualdad.

Ley 35/2002, de 12 de Julio, de medidas para el establecimiento de un sistema de jubilación gradual y flexible.

La ley 35/2002 está compuesta por una exposición de motivos, 14 artículos y diversas disposiciones adicionales. Está en vigor desde el 14 julio de 2002, atendiendo a su finalidad: la regulación de la pensión de jubilación.

Consecuentemente, con el objetivo de propiciar una mayor permanencia en la actividad, el gobierno planteó la regulación de la jubilación parcial, la exoneración del pago de cotizaciones sociales por contingencias comunes (salvo incapacidad temporal) y la introducción de previsiones que permitan una base reguladora de la pensión superior al 100% para trabajadores con más de 65 años o para aquellos que hayan cotizado más de 35 años.

5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

OBJETIVO GENERAL

Conocer la situación actual de las personas mayores y los diferentes factores que influyen en la aparición de sentimientos subjetivos de soledad y abandono.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Hacer conciencia en la sociedad actual de las repercusiones que tiene el envejecimiento para la persona mayor ligadas a soledad y abandono.
2. Identificar las causas que conllevan a la aparición de los sentimientos subjetivos de soledad y abandono.
3. Analizar el efecto que produce situaciones determinantes como la jubilación, declive de capacidades físicas, psíquicas o sociales, dependencia y viudedad.



4. Considerar el impacto de las situaciones de soledad y abandono sobre la salud.
5. Indagar en los factores socioeconómicos y familiares que motivan la aparición de estos sentimientos en este grupo de población.
6. Analizar el efecto de estos sentimientos en la implicación y participación de las distintas actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

HIPÓTESIS

En el trabajo se plantea una única hipótesis que con la investigación y análisis de resultados se quiere conocer y comprobar si se corrobora o refuta dicha hipótesis:

H: Las personas mayores que tienen limitaciones en sus relaciones sociales presentan sentimientos de soledad y abandono.

6. METODOLOGÍA

Esta investigación se ha orientado al análisis de una muestra de 46 personas, con edades comprendidas entre los 65 y los 87 años, con una media de edad de 70-74 años. Formada por 15 hombres y 31 mujeres de diferentes municipios de la zona sur de la provincia de Jaén, desde el 15 de Mayo al 13 de Junio de 2014.

La muestra ha sido recogida a través de un muestreo al azar intencionado, ya que el objetivo de esta investigación se centraba en conocer mejor el proceso de envejecimiento y valorar determinadas variables que interviniesen en la aparición de sentimientos de soledad y abandono. Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de 65 años, no presentar deterioro cognitivo y participar de forma voluntaria en la investigación.

Se diseñó una investigación básica sustentada en el método deductivo, basada en el análisis de la problemática, desglosando de lo general a lo particular, es decir, trabajando con la teoría y con ésta, aplicándola al estudio de campo. El procedimiento de esta investigación cubre tanto la perspectiva metodológica cuantitativa como cualitativa de la dimensión personal, familiar y social, incidiendo en el plano de los sentimientos de soledad y abandono.



La fase cuantitativa predominó en todo el estudio, a través de la elaboración de 41 encuestas¹⁹ estructuradas, compuestas por preguntas cerradas y bloques temáticos, realizadas a personas mayores usuarias de Centros Residenciales, Centros de Salud y a la ciudadanía, en general. Los ítems formulados en las encuestas han sido claros y precisos para la fácil comprensión de este grupo de población. Las preguntas han sido elaboradas teniendo en cuenta numerosos aspectos psico-afectivos, sociales, económicos, familiares, etc. La duración de las encuestas fue aproximadamente de 15 minutos.

La fase cualitativa de nuestro estudio se desarrolló a través de 4 entrevistas²⁰ en profundidad semiestructuradas dirigidas a indagar en los factores que influyen en la aparición de sentimientos subjetivos de soledad y abandono en las personas mayores a través de sus historias de vida y vivencias personales. La duración de las entrevistas fue de aproximadamente de 30 minutos, la mayoría de las personas entrevistadas, mostró interés por la entrevista. Se desarrollaron en Centros residenciales.

7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Durante el desarrollo de este trabajo, se ha estudiado la influencia que tienen la soledad y el abandono subjetivo en las personas mayores de 65 años. De hecho, el propósito principal de este trabajo es conocer la situación actual de las personas mayores y los diferentes factores que influyen en la aparición de sentimientos subjetivos de soledad y abandono²¹.

Hay personas a las que el proceso de envejecimiento no les resulta un proceso idílico de descanso, reflexión u oportunidades, sino que supone una pérdida de control de sus vidas, principalmente vinculadas a la aparición de enfermedades y pérdida de autonomía personal. Cuando se les formuló la pregunta “¿cómo considera el proceso envejecimiento?” el 50% de la muestra (U²²=46), lo consideró como “*etapa de la vida que conlleva una serie de cambios generalmente perjudiciales para la salud*”, a diferencia el 30,4% de la muestra opinó que era “*una etapa de la vida como cualquier otra*”, y el 19,6% de la muestra que afirmó ser “*una etapa idílica del descanso, reflexión y oportunidades*”. Por otra parte, se observó como la mayoría de las personas entrevistadas tenía reconocida su situación de dependencia frente al 30,5% que no tenía reconocimiento alguno, tales

¹⁹ Ver anexo nº 2. Modelo de la encuesta.

²⁰ Ver anexo nº3. Modelo de entrevista.

²¹ Ver anexo nº4. Resultados.

²² U: Abreviatura de universo, muestra.



resultados fueron: el 28,3% reconocimiento de dependencia Grado I, el 32,6% reconocimiento Grado II y el 8,6% de la muestra reconocimiento Grado III; por lo tanto, se observa cómo el 58,7% (total U independiente + total U reconocimiento Grado I) de las personas mayores entrevistadas no reciben ningún tipo de ayuda por dependencia, ya que son autónomos, su dependencia es leve o aún no se les ha reconocido.

Íntimamente relacionado con su autonomía personal y situación de dependencia se encuentran los llamados “*síndromes geriátricos*”, es decir, repercusiones en la salud frecuentes en edades avanzadas. De hecho, el estudio demuestra como solamente el 13,04% afirma encontrarse en buen estado de salud; sin embargo, la mayoría de las personas entrevistadas refieren una o varias patologías, destacando que:

- El 34,7% refiere problemas físicos, principalmente de movilidad y deambulación.
- El 13,1% deterioro cognitivo o algún tipo de demencia.
- El 15,21% deterioro social.
- El 30,4% problemas de salud mental relacionados con ansiedad y depresión.
- El 32,6 % dolor crónico.
- El 10,8% problemas respiratorios.
- El 17,3% Incontinencia, principalmente orinaria.
- El 15,21% otros problemas de salud.

Las enfermedades y los síndromes geriátricos conllevan una serie de consecuencias en la vida de las personas mayores y en el modo de relacionarse. Problemas de salud como los citados en el párrafo anterior pueden afectar gravemente en sus relaciones sociales. Por ejemplo, los problemas de salud mental relacionados con la ansiedad y depresión, generan síntomas de apatía, abandono y soledad, que implican limitaciones en el desarrollo de alguna actividad y de interaccionar con los demás, cayendo en el riesgo de sufrir exclusión social. En el estudio, se ha evaluado a través de la “*Escala Social de Gijón*” el riesgo a sufrir exclusión social, siendo los resultados positivos, ya que el 76,1% de la población no padece exclusión social. Analizando los parámetros que evalúa la escala social se observa:

Situación familiar: el 47,8% de las personas mayores entrevistadas residían con su pareja, el 26,1% vive solo y tiene hijos próximos, el 17,4% vive solo y carece de hijos o viven lejanos y el 8,6% vive con su familia.



En relación con la aparición de los sentimientos de soledad y abandono, se observa principalmente, como la vida en pareja o en la familia tiende en menor medida a la aparición de tales sentimientos, sólo el 13,6% (3 personas, U=22) de las personas que viven en pareja refirió vivir en soledad y el 22,7% en abandono; por otro lado, ninguna de las personas que vive en familia (U=4) refirió no sentir ninguno de estos sentimientos. Pudiendo deducirse que la vida en soledad está íntimamente relacionada con sentimientos de soledad y abandono. En la variable “*vive sólo/a y tiene hijos/a próximos*”, el 25% refirió sentirse solo/a y el 16,7% abandonado/a; por otro lado, en la variable “*vive sólo/a y carece de hijos/a o viven alejados*”, el 37,5% refirió sentirse solo/a y el 25% abandonado/a (U=8). No obstante, es importante indicar que el 50% de las personas que vivían solas (U=20) afirmaban vivir de modo independiente positivamente. Por lo tanto, a nivel general se puede apreciar como 60,9% de la población entrevistada afirma vivir positivamente su vejez sin sentimiento alguno de soledad y abandono.

Situación económica: La mayoría de la población entrevistada contaba con algún tipo de pensión, de hecho el 52,2% refería tener una pensión, el 36,9 % varias pensiones o/y ayudas, frente al 6,5% que sólo contaba con la pensión no contributiva o el 4,3% que referían no tener ingresos. Estrechamente relacionado con la situación económica se encuentra la determinación de riesgo social, a mayores recursos económicos menor posibilidad de sufrir riesgo social.

Estado de salud: Como se ha visto anteriormente, el 87% de la población entrevistada refiere tener algún tipo de problema en la salud conllevando a un aumento del riesgo de exclusión social.

Relaciones sociales: La falta de vínculos sociales, la ausencia de contactos interpersonales, y las relaciones sociales insatisfactorias conllevan a la aparición de riesgo de exclusión social. El 58,7% de la muestra refiere tener relaciones sociales satisfactorias, el 19,6% ha estrechado sus relaciones sociales con familia y vecinos, el 13% no sale al exterior pero recibe visitas, y el 4,3% no sale ni tiene visitas, estos/as últimos fueron procedentes de centros residenciales.



Apoyo social: Los resultados obtenidos muestran que el 100% de la muestra afirmó contar con algún tipo de apoyo social, ya fuere procedente de Servicios Sociales Públicos e institucionales, como de familiares, vecindad o de amistades y/o voluntariado social.

Vivienda: El 65,5% de la población entrevistada vive en una vivienda adecuada a las necesidades, frente al 26,1% que refiere encontrar barreras arquitectónicas (peldaños, puertas estrechas, baños, etc.), y el 8,7% que refirió la ausencia de ascensor. Sin embargo, ningún participante en la investigación refirió tener una vivienda inadecuada o con humedades, mala higiene, entre otras.

Enfermedades, síndromes geriátricos y diferentes condiciones de vida generan dependencia en las personas mayores y conllevan a una serie de repercusiones en su red social, posibilitando la aparición de sentimientos subjetivos de abandono y soledad. Todos estos cambios han de ser aceptados, para poder adaptarse a una nueva situación y vivirla con la mayor satisfacción; de no hacerlo, puede repercutir seriamente en su autoestima y causar la aparición de enfermedades mentales como la depresión o ansiedad, de hecho nuestro estudio demuestra a través de la “*escala de depresión y ansiedad-EADG*” como el 15,2% de la población estudiada presenta signos de depresión, y como el 30,4% que presenta signos de ansiedad. Se puede observar que representan la minoría respecto del total de población estudiada, no obstante si relacionamos la variable depresión ($U=7$) con la variable de soledad, se obtiene que la padecen el 100% de las personas mayores con signos depresivos; por otra parte si se relaciona con la variable abandono, se obtiene que lo representa el 71,4%. De la misma manera si se relaciona la variable ansiedad con la variable de soledad los resultados muestran que el 50% ($U=14$) la padece y si se relaciona con la variable abandono lo es el 64,3%. La depresión y ansiedad se caracteriza por inestabilidad y fuerte desequilibrio emocional y social, que conduce a la aparición de un intenso miedo y un gran malestar o sufrimiento, generando la aparición de sentimientos subjetivos de abandono y soledad. Aunque sus síntomas más comunes son muy diversos, cabe destacar los que se dan con mayor frecuencia, que son: dificultades para relajarse, desinterés por realizar actividades, preocupación por la salud, problemas de conciliación del sueño e ideaciones de muerte y suicidio.

La aparición de depresión y ansiedad repercute en la autoestima de la persona mayor, y en su salud en general. De hecho, a través de la “*escala de Rosenberg*” el estudio permitió comprobar que la mayoría de las personas con signos de depresión y ansiedad, tenían una



baja autoestima, no obstante si se compara con el 100% de la muestra los resultados fueron positivos, ya que el 52,2% de la población entrevistada tenía una autoestima elevada, el 21,7% media y el 26,1% baja.

Se envejece en sociedad y la falta de vínculos sociales o relaciones sociales insatisfactorias conllevan un riesgo social y la aparición de sentimientos subjetivos de abandono y soledad. El estudio demuestra como el 60,9% de las personas mayores entrevistadas viven una vejez positiva, frente al el 39,1% que presentan sentimientos subjetivos de abandono y soledad. En concreto, los resultados fueron muy semejantes, ya que el 38,9% se sentía solo/a, el 33,3% abandonado/a y el 27,8% solo/a y abandonado/a (U=18).

Tales sentimientos se vinculan a multitud de causas y factores entre las que se destacan la jubilación y viudez o pérdida de un ser querido. La jubilación conlleva la pérdida de roles, la disminución de la actividad global, la disminución de poder adquisitivo y limitaciones en la red social, entre otras, que conllevan a muchas personas mayores a estados de abandono y soledad que ocasionalmente adquieren un carácter temporal, pero muchas otras se hace crónico. Por otro lado, la viudez o pérdida de un ser querido conllevan ocasionalmente, a la no aceptación de su pérdida, la no adaptabilidad de la nueva situación, ocasionando desvinculación social y riesgo de exclusión social.

La mayoría de las personas entrevistadas que se sentían solas y abandonadas (U=18) relacionaban tales sentimientos con ausencias de tipo familiar, desvinculación social, inseguridad, irritabilidad, falta de afecto, tristeza, etc. Así pues, la pérdida o ausencia de personas importantes para el sujeto unido al hecho de no sentirse útil son algunas causas de tales sentimientos. Por ello, se puede afirmar la importancia que tienen las relaciones interpersonales y sociales, y la red de apoyo social en las personas mayores, pues se están viendo afectada, no sólo por los cambios propios del proceso de envejecimiento, sino por la dinámica familiar y las nuevas formas de vida de la sociedad actual. La creación de nuevos vínculos sociales, su relación interpersonal, su participación social, son determinantes para el envejecimiento activo, además de favorecer su autonomía personal e independencia. De ahí, que el estudio refleje como el 60,9% de la población tuviera un envejecimiento activo, de los cuales la gran mayoría afirmaba tener una actividad social y de ocio y tiempo libre muy satisfactoria.



Por lo tanto, una vez conocidos los resultados de la investigación y en relación con el tema en cuestión, se pueden identificar los aspectos clave que inciden sobre los sentimientos subjetivos de abandono y soledad. Entre otros, destacan:

- a. *Deterioro del estado de salud*: enfermedad, declive físico o mental, discapacidad o dependencia.
- b. *Cambios en las redes sociales*: pérdida de seres queridos (viudedad, fallecimiento de familiares o amistades); ruptura social (tras la jubilación, traslado residencial, por enfermedad); limitaciones de apoyo social (improductividad, lejanía); reducción de círculos de comunicación y actividad, entre otras.
- c. *Situación familiar*: vivir solo.
- d. *Aspectos comporta-mentales*: Rechazo y no adaptación a la nueva situación, estilo de vida poco saludable, aislamiento, desinterés y apatía, depresión, ansiedad, dificultad para relacionarse, inseguridad, temor, limitaciones formativas, etc.
- e. *Entorno ambiental y físico precario*: barreras arquitectónicas, accesibilidad reducida, equipamiento inadecuado a las dificultades funcionales, temperaturas extremas, mala higiene, etc.
- f. *Nivel de ingresos insuficientes*: la falta de seguridad económica, genera mayor predisponibilidad a sufrir riesgo de exclusión social.

Para finalizar, confirmar a través de los resultados la hipótesis planteada: “*Las personas mayores que tienen limitaciones en sus relaciones sociales presentan sentimientos de soledad y abandono*”. Destacar la importancia de las relaciones sociales, de la participación social, del estilo de vida saludable, del estímulo cognitivo y del bienestar social para evitar sentimientos subjetivos de abandono y soledad, afrontando de forma positiva los nuevos cambios de la vida, ya pues permitirá un envejecimiento positivo y eficaz.

9. CONCLUSIONES

El proceso de envejecimiento conlleva una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales en la población de personas mayores, lo cual conlleva un declive de sus capacidades, así como el empeoramiento de su salud global, que no todas las personas saben aceptar.



El proceso de envejecimiento está inmerso en connotaciones positivas o negativas, según su percepción. Por un lado, se encuentra una perspectiva positiva, que considera al envejecimiento como *“una etapa normal de la vida como cualquier otra”* influenciada por estilos de vida más saludables, promovidos por los progresos sanitarios, higiénicos, alimenticios y económicos, que no sólo ha elevado la esperanza de vida de las personas mayores, sino también ha permitido aumentar su nivel de vida y mejorar su bienestar social. Sin embargo, hay quienes adoptan una perspectiva negativa, fruto de acontecimientos que pueden ser aflictivos en su persona como la jubilación, pérdida de un ser querido, la mayor predisposición a tener problemas de salud, la dependencia, la escasez de relaciones sociales e interacción social, repercusiones económicas, entre otras, que conllevan una ruptura con su forma de vivir con anterioridad que puede ocasionar importantes repercusiones emocionales y sociales a quienes la sufren, como pueden ser la aparición de sentimientos subjetivos de abandono y soledad, con su potencial peligro de caer en riesgo de exclusión social.

El estudio demuestra como el 60,9% de las personas mayores que participaron en esta investigación viven una vejez positiva fruto de buenos hábitos y una actividad social activa. Sin embargo, un 39,1% presenta sentimientos subjetivos de abandono y soledad, fruto de inexorables consecuencias sociales, familiares, económicas y de salud.

Los sentimientos de abandono y soledad se vinculan a multitud de causas y factores ya citados con anterioridad, siendo de especial relevancia su vinculación con las relaciones interpersonales y sociales, la red de apoyo social. Así, el estudio demuestra como aquellas personas mayores con sentimientos de abandono y soledad sufren la ausencia de tipo familiar y desvinculación social. El sufrimiento que muestra la población afectada, su predisponibilidad a padecer patologías de depresión y ansiedad, y el aumento del riesgo a padecer exclusión social, repercuten considerablemente en su salud, así como en su calidad de vida y en su bienestar social.

Por lo tanto y a modo de conclusión final, se puede afirmar que es de gran importancia que las personas mayores acepten y se adapten a esta nueva etapa de su vida, revestida con connotaciones negativas fruto de cambios principalmente biológicos del proceso de envejecimiento, y para ello, es de vital importancia favorecer sus relaciones interpersonales, sociales y apoyo social, un estilo de vida saludable, potenciar su



autonomía personal e independencia, así como, motivarles y empoderarles para afrontar los nuevos cambios de la vida y, así vivir de forma positiva esta última etapa de sus vidas.

8. GRADO DE INNOVACIÓN Y APORTACIONES AL TRABAJO SOCIAL

El presente estudio de investigación pretende ser una pieza clave para la tarea investigadora que analiza y estudia la situación actual de las personas mayores y los diferentes factores que intervienen en la aparición de los sentimientos de soledad y abandono. Tratamos con un problema del que todavía se tiene poca información y del que se desconoce con certeza los factores que influyen en su aparición, por ello a través de las aportaciones científicas y de los resultados obtenidos, ofrecemos aportaciones concretas para un mayor conocimiento que permita una posterior intervención que transforme las necesidades y problemas de las personas mayores.

Se puede corroborar que la hipótesis planteada al inicio, *“las personas mayores que tienen limitaciones en sus relaciones sociales presentan sentimientos de soledad y abandono”*, concuerda con la realidad. En concreto, se confirma como principalmente la ruptura social influye en gran medida en la esfera psico-social y en la aparición de la sintomatología de soledad y abandono.

Gracias a esta investigación y a sus aportaciones en relación al ámbito de lo social, y una vez confirmada la hipótesis inicial, se pueden confirmar aspectos clave a abordar en una posible intervención.

En primer lugar, es preciso abordar el problema con actuaciones de carácter preventivo a través de sistemas de detección de riesgo social (personas mayores solas, recursos económicos precarios, limitaciones en sus relaciones sociales, no tener apoyo red social, vivienda inadecuada, deterioro del estado de salud, etc.) a fin de establecer medidas de prevención socio-sanitarias que conlleven a una mejora de su calidad de vida y del bienestar social.

En segundo lugar, una vez detectada la persona mayor en riesgo, es preciso establecer contacto con ella (escuchar, reflejar sentimientos, aceptación), así como conocer la dimensión del problema (evaluando el peligro), determinando el nivel de gravedad y riesgo.



En tercer lugar, es preciso abordar diferentes soluciones (abordando los obstáculos directamente, así como estableciendo prioridades) a fin de tomar una acción concreta o una medida a tiempo que permita erradicar el problema en cuestión. En este caso, una de las medidas que se establecería en el caso de “riesgo elevado” es el apoyo domiciliario o el ingreso de la persona mayor en unidades geriátricas, como centros de día o centros residenciales. Por otra parte, sería de gran importancia informar a su red social o familiar del problema, implicándoles y haciéndoles participes en la solución del mismo.

Por último, es preciso llevar su seguimiento, a fin de evaluar el progreso o retroceso del caso en cuestión, para no caer en riesgo de exclusión social y poder intervenir de nuevo si fuera preciso.



10. BIBLIOGRAFÍA

- Alberich Nistal, T (2008). *Intervención Social y Sanitaria con Mayores. Manual para el trabajo con la 3ª y 4ª edad*. Dykinson, S.L. Madrid
- Bringiotti, M.I & Comin, A. (2002). *Manual de Intervención en Maltrato Infantil*. Citado por ASAPMI. <http://asapmi.org.ar/publicaciones/glosario/?id=360>.
- Bornstein, B. (2014). *Interdependencia adaptativa frente a independencia individualista*. <http://psicologiasaludable.wordpress.com/tag/interdependencia-adaptativa/>
- Bueno, B. y Buz J. (2006). *Jubilación y tiempo libre en la vejez*. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº65. Lecciones de Gerontología, IX. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/bueno-jubilacion-01.pdf>
- Buz, J., Mayoral, P., Bueno, B. & Vega, J. L (2004). *Factores sociales del bienestar subjetivo en la vejez*. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 39 (3), 23-29.
- Carmona, S. E (2009) IBEROFORUM. El bienestar personal en el envejecimiento (pp.48-65). México. Universidad Iberoamericana A.C. http://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/4805/bienestarb2.pdf
- Carmona, S. E (2009) IBEROFORUM. El bienestar personal en el envejecimiento (pp.48-65). México. Universidad Iberoamericana A.C. http://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/4805/bienestarb2.pdf
- Colom Cañellas, A.J & Orte Socías, C. (2001). *Gerontología educativa y social. Pedagogía social y personas mayores*. Universitat de les Illes Balears, 348-349.
- Fernández O., Muratori M. & Zubieta E. (2013) *Bienestar Eudaemónico y soledad emocional y social*. Boletín de Psicología Nº108, 13. Citan a Weiss (1913). Loneliness: The experience of emotional and social isolation. Cambridge: MIT Press.
- Fuentes Robles, Y. (2009). *Situaciones de dependencia y derecho a la autonomía. Una aproximación multidisciplinar*. Alianza. Madrid
- García M. (2002). *Beneficios del apoyo social durante el envejecimiento: efectos protectores de la actividad y el deporte*, en Revista Digital Buenos Aires, Año 8, Número 51, Agosto de 2002. <http://www.efdeportes.com/efd51/bien2.htm>



- García F. & Ceballos, R. (2007). *Envejecimiento y bienestar. Enfermedad de Alzheimer y calidad de vida*. Alcalá la Real: Formación Alcalá.
- Iglesias, J. (2001). *La soledad en las personas mayores. Influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales-IMSERSO.
- Martín García, M (2003). *Trabajo Social en gerontología*. Síntesis. Madrid
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO (2004). *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*. Madrid
- Monforte J. A, Franco M. A. & Conde V. J. M (2001). *El envejecimiento de la población. Sintomatología depresiva como predictor de mortalidad en el anciano que vive en residencias*. Madrid: IMSERSO.
- Montero-López Lena. M. & Sánchez Sosa J. A. (2001). *La soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual*. *Salud Mental* (pp.19-27). Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México.
- Muñoz Tortosa, J. (2004). *Personas Mayores y Malos Tratos*. Pirámide
- Ramos Campos, F. (2002). *Salud y calidad de vida de las personas mayores*. Tabanque: Revista pedagógica, N°16, 83-104.
- Rubio, R. (2004). *La soledad en las personas mayores españolas*. Madrid. Portal de Mayores
- Santos, F. (2004). *Pautas de actuación en el caso de personas mayores que viven solas y no pueden valerse por si mismas*. Madrid, Portal de mayores, informes Portal Mayores.
- 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.
- Villar Fernandez, C. (2011). *La inteligencia emocional y la depresión en el proceso adaptativo del anciano*. Tesis doctoral. Universidad de Salamanca



11. ANEXOS

A continuación se muestra información adicional de la presente investigación con la finalidad de proporcionar detalladamente la información con mayor relevancia que sustenta esta investigación, y que se divide en varios cuatro Anexos:

1. Anexo nº 1. INE. Envejecimiento de la población
2. Anexo nº 2 Modelo Encuesta
3. Anexo nº 3 Modelo Entrevista
4. Anexo nº 4. Resultados



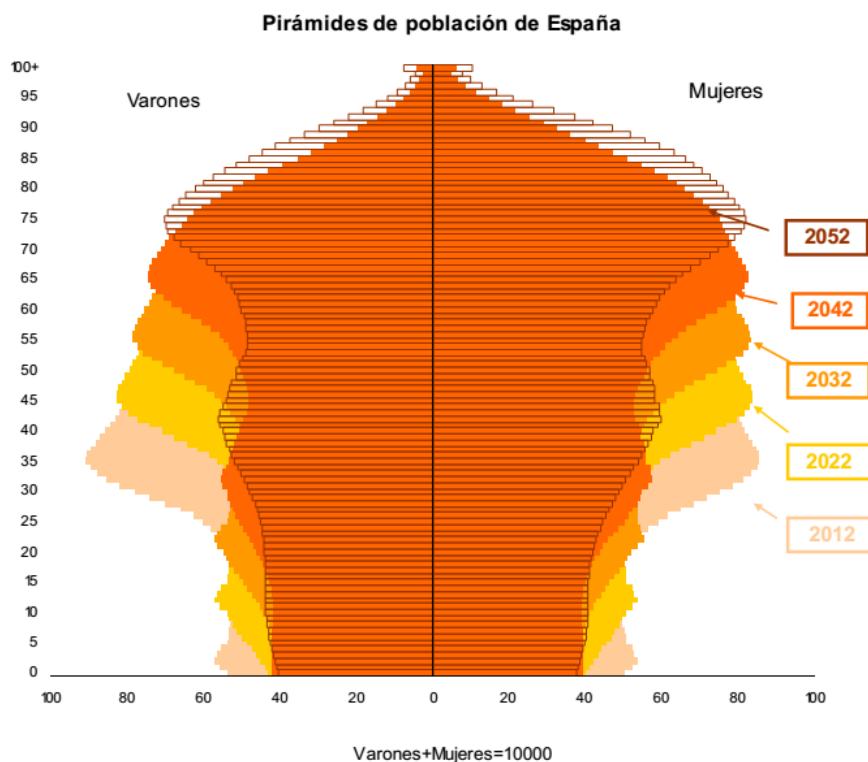
Anexo nº 1. INE. Envejecimiento de la población

Notas de prensa • Instituto Nacional de Estadística

Envejecimiento de la población

La simulación realizada muestra también el continuo proceso de envejecimiento al que se enfrenta nuestra estructura demográfica, que se ve acelerado por el descenso de la natalidad y los saldos migratorios negativos.

Los mayores crecimientos de población se concentrarían en las edades avanzadas. Concretamente, en 2052 el grupo de edad de mayores de 64 años se incrementaría en 7,2 millones de personas (un 89%) y pasaría a constituir el 37% de la población total de España.



Fuente: Proyección de Población a Largo Plazo

Por el contrario, España perdería 9,9 millones de personas de edades comprendidas entre 16 a 64 años (un 32%) y casi dos millones en el grupo de población de 0 a 15 años (un 26%).



Anexo nº 2 Modelo Encuesta



TFG. LA SOLEDAD Y EL ABANDONO SE APODERAN DE MI VIDA
Desde la perspectiva de la Tercera edad

EDAD:		SEXO: F ☐ M ☐	
ESTADO CIVIL :CASADO/A ☐ VIUDO/A ☐ SOLTERO/A ☐ DIVORCIADO/SEPARADO ☐			
GRADO DE DEPENDENCIA : III ☐ II ☐ I ☐ NO RECONOCIDA ☐			
Población:			
ESCALA SOCIAL DE GIJÓN			
Situación familiar		Relaciones sociales	
Vive con el cónyuge		Relaciones sociales	
Vive con familia		Relación social sólo con familia y vecinos	
Vive sólo y tiene hijos próximos		No sale del domicilio, recibe visitas	
Vive sólo y carece de hijos o viven alejados		No sale y no recibe visitas	
Situación económica		Apoyo de la red social	
Varias pensiones o /y ayudas		Servicios Sociales Públicos/ apoyo institucional.	
Una pensión		Con apoyo familiar, de amistades y vecinal	
Pensión no contributiva		Voluntariado social/ ayuda domiciliaria	
Sin ingresos		No tiene apoyo	
Estado de salud		Vivienda	
En buen estado		Adecuada a las necesidades	
Deterioro físico		Barreras arquitectónicas (peldaños, puertas estrechas, baños)	
Deterioro cognitivo/ Demencia		Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado	
Deterioro social		Ausencia de ascensor, teléfono	
Problemas de salud mental (depresión/ansiedad)		Vivienda inadecuada	
Dolor crónico			
Problemas respiratorios			
Incontinencia urinaria			
Otros problemas de salud			



ESCALA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD (EADG)					
Subescala de ansiedad	SI	NO	Subescala de depresión	SI	NO
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?			1. ¿Se ha sentido con poca energía?		
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?			2. ¿Ha perdido usted el interés por las cosas?		
3. ¿Se ha sentido muy irritable?			3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?			4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
(Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)			5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?			(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)		
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?			6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito).		
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos).			7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?			8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?		
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?			9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		

ESCALA DE AUTOESTIMA (ROSEMBERG)				
	My de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido/a de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo/a.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A VECES CREO QUE NO SOY BUENA PERSONA				



CURSO ADAPTACIÓN AL GRADO DE TRABAJO SOCIAL
TFG. LA SOLEDAD Y EL ABANDONO SE APODERAN DE MI VIDA
Desde la perspectiva de la Tercera Edad

A continuación encontrará una serie de cuestiones, y queremos que exprese su opinión (DE ACUERDO o EN DESACUERDO) ante cada una de ellas.	De acuerdo	En desacuerdo
Me siento solo		
Me siento abandonado		
He perdido personas importantes para mi		
Soy una persona feliz		
Muchas veces me siento rechazado/a		
Me enfado con frecuencia		
Uno/a no puede depender de otros/as		
Me preocupa mi salud		
A veces siento que no valgo para nada		
A veces pierdo el control de mí mismo/a		
Algunas veces deseo que mi familia me quiera más		
A veces tengo malos pensamientos		
Nunca molesto a los demás		
A menudo tengo la sensación de que nadie me presta atención.		
La gente no entiende como me siento		
Recibo pocas visitas		
La gente se aprovecha a veces de mí		
Me preocupa que mis necesidades no sean satisfechas		
Me siento seguro		
Soy una persona estable		
Muchas veces siento miedo		
Tengo dolores de cabeza		
Me preocupo fácilmente por mis problemas		
Encuentro difícil relajarme		
Estoy satisfecha con mi vida		
A veces deseo morir		



CURSO ADAPTACIÓN AL GRADO DE TRABAJO SOCIAL
TFG. LA SOLEDAD Y EL ABANDONO SE APODERAN DE MI VIDA
Desde la perspectiva de la Tercera Edad

ESCALA DE SATISFACCIÓN POR LA VIDA (DE DIENER)				
	MUY DEACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
En la mayoría de las cosas, mi vida está cerca de la ideal				
Mis condiciones de vida son excelentes				
Estoy completamente satisfecho/a con mi vida				
Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes en la vida.				
Si volviese a nacer, no cambiaría casi nada de mi vida				

¿CÓMO CONSIDERA EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO?	
	Etapa de la vida que conlleva una serie de cambios generalmente perjudiciales para la salud.
	Etapa de la vida como cualquier otra.
	Etapa idílica de descanso, reflexión y oportunidades.

ESCALA DE ACTIVIDAD GLOBAL					
	SI	NO		SI	NO
Tiene grupo de amistades			Leer o estudiar		
Asiste a eventos sociales			Escuchar la radio o ver TV		
Recibe visitas en casa			Va al hogar del jubilado, club o asociación		
Va de visita			Pasear/ hacer deporte		
Llama por teléfono			Hobby		
Realiza actividades con la familia o amistades			Actividades de compromiso social		
Busca compañía o cercanía de su familia			Sale de compras		
Realiza alguna actividad económica			Prefiere quedarse en casa que salir		



Anexo nº 3 Modelo Entrevista



TFG. LA SOLEDAD Y EL ABANDONO SE APODERAN DE MI VIDA

Desde la perspectiva de la Tercera edad

EDAD:	SEXO: F ☐ M ☐
ESTADO CIVIL : CASADO/A ☐ VIUDO/A ☐ SOLTERO/A ☐ DIVORCIADO/SEPARADO ☐	
GRADO DE DEPENDENCIA : III ☐ II ☐ I ☐ NO RECONOCIDA ☐	
Población:	

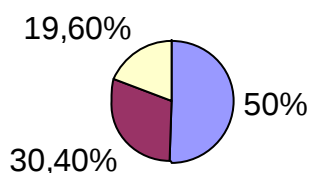
Preguntas guía:

1. ¿Qué es para usted el proceso de envejecimiento?
2. ¿Envejecer es sinónimo de enfermedad?
3. ¿Cuál es la visión que usted tiene de las personas mayores en general?
4. ¿Cuál es la visión que usted cree que tiene la sociedad de las personas mayores?
5. ¿Qué es para usted la soledad?
6. ¿Qué es para usted el abandono?
7. ¿Por qué las personas mayores pueden sentirse solas y abandonadas?
8. ¿Usted presenta alguno de estos dos sentimientos? Si procede, conocer el motivo.
9. ¿Tiene o tuvo alguna vez depresión o ansiedad? Si procede, ¿cómo se ha sentido?
10. ¿Está satisfecho/a de la vida que le ha tocado vivir?
11. ¿Cambiaría alguna cosa de su vida? Si procede, conocer que cambiaría.
12. ¿Mantiene relaciones sociales con su familia y amistades? Si procede, preguntar la frecuencia. En caso negativo, preguntar por el motivo.
13. ¿Participa en diferentes actividades de ocio y tiempo libre? Si procede, ¿Cuáles?
14. ¿Está preocupado/a por su salud?
15. ¿Se siente feliz?



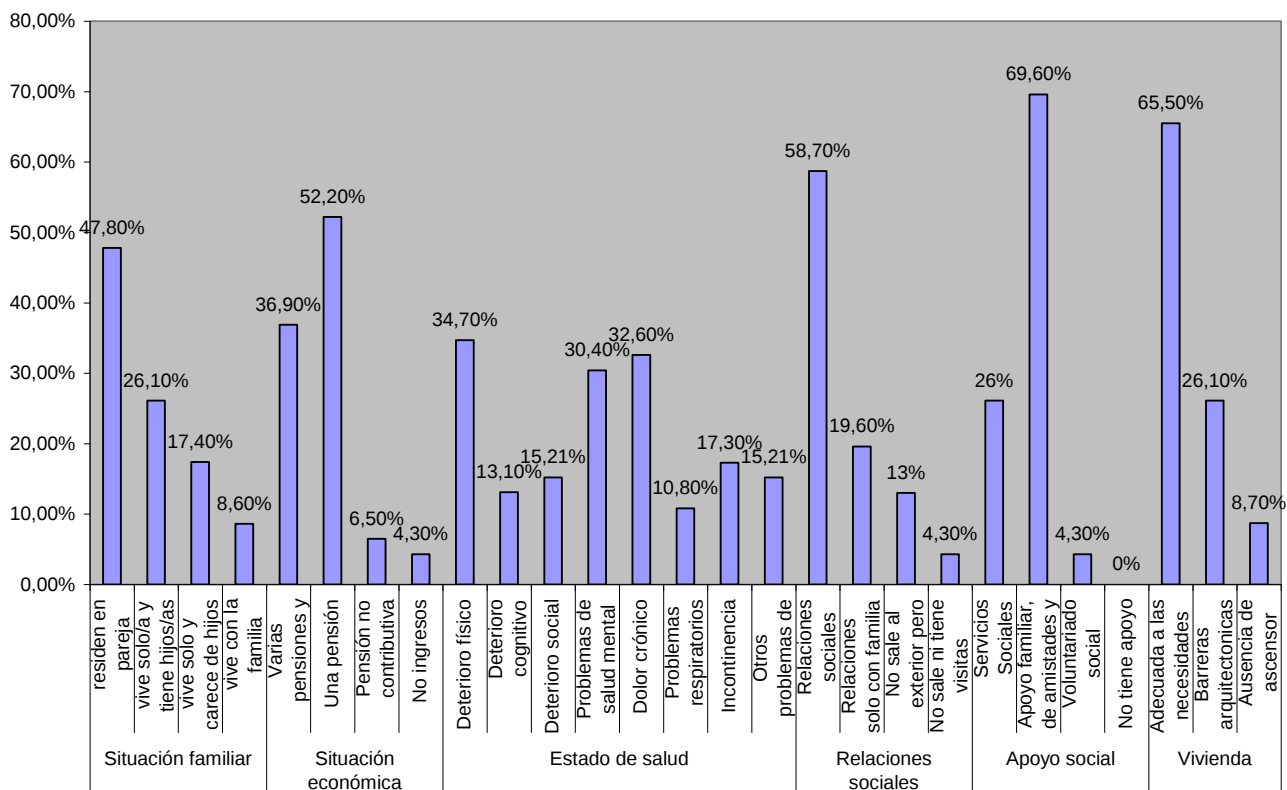
Anexo nº 4. Resultados

¿ Cómo considera el proceso de envejecimiento?



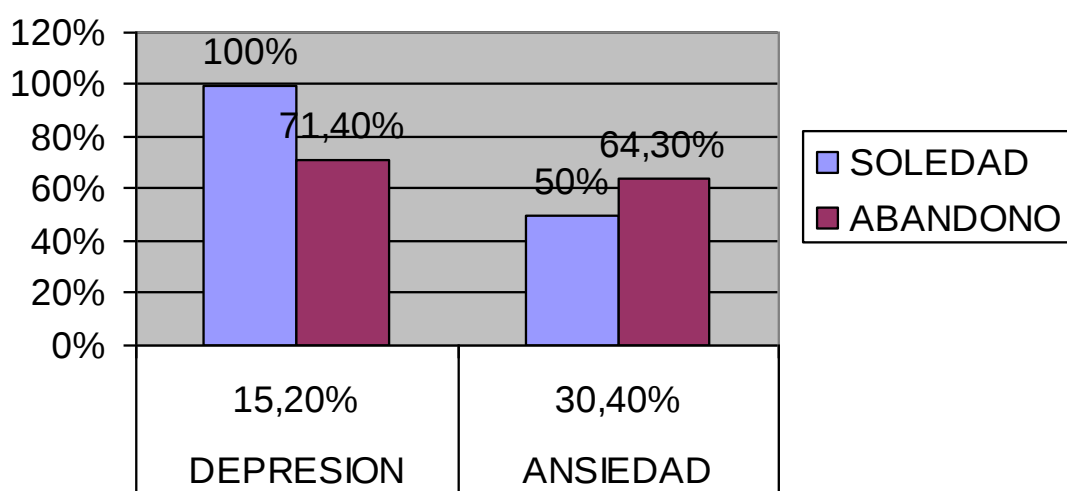
- etapa de la vida que conlleva una serie de cambios generalmente perjudiciales para la salud
- etapa de la vida como cualquier otra
- etapa idílica del descanso, reflexión y oportunidades

ESCALA DE RIESGO SOCIAL





Escala de depresión y ansiedad- EADG



RESULTADOS GENERALES

