

“La Soledad en las personas mayores institucionalizadas en residencias”

Trabajo final de grado de Trabajo Social

Facultad de Ciencias Políticas,
Sociales y de la Comunicación.

Autora: Elena González de Vera.

Tutora: Berta Puyol

Julio de 2017

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
1. Fundamentación	3
2. MARCO TEÓRICO	5
2.1 Las Personas mayores	5
2.1.1 Los mitos sobre la vejez.....	8
2.1.2 El “Envejecimiento Activo”	10
2.2 Instituciones residenciales para personas mayores	11
2.3 La soledad en las personas mayores	16
2.3.1 La soledad	16
2.3.2 La soledad en los mayores.....	18
2.3.3 La soledad y la salud en los mayores	21
3. Objetivos	24
3.1 Objetivo general	24
3.2 Objetivos específicos	24
4. Método	25
4.1 Características generales	25
4.2 Hipótesis	26
4.3 Variables	26
5. Resultados	27
5.1 Resultados del cuestionario	27
5.2 Resultados de la escala ESTE II	35
6. Análisis y discusión de los resultados	36
7. Conclusiones y propuestas	44
Referencias bibliográficas	48
ANEXOS	51
ANEXO 1. Tabla ESTE II de soledad social	51
ANEXO 2. Cuestionario	52

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas en nuestro país ha ido aumentando el número de personas mayores, representando en el último año el 18'4% de la población total española, es decir, más de 8 millones de personas. Hay que tener en cuenta que la mayoría de los autores considera persona mayores a las personas de más de 65 años, siendo en España entre 1994 y 2014 la esperanza de vida al nacer de los hombres pasó de 74,4 a 80,1 años y la de las mujeres de 81,6 a 85,6 años (INE, 2016). Por lo que este colectivo ha ido tomando cada vez más relevancia y una mayor atención de estudio desde múltiples disciplinas.

El aumento de este colectivo en la población ha requerido realizar ajustes sobre todo desde las políticas sociales, para adecuar los servicios dirigidos hacia ellos, asegurando su protección y una mejor calidad de vida.

En la actualidad se trabaja y lucha por un “envejecimiento activo”, como un objetivo común de la sociedad para “mejorar la autonomía, la salud y la productividad de los mayores mediante políticas activas que proporcionen su apoyo en las áreas de sanidad, economía, trabajo, educación, justicia, vivienda, transporte, respaldando su participación en el proceso político y en otros aspectos de la vida comunitaria” (Giró, 2006, p.28). En definitiva, mejorar la calidad de vida de nuestros mayores, potenciando su bienestar, proporcionando protección y asistencia cuando se requiera.

Sin embargo, a pesar de que el envejecimiento es un proceso natural, con cambios a nivel biológico, social, psicológico y social, cargado de nuevas oportunidades y muchas veces lleno de vitalidad, muchas veces se relaciona con aspectos negativos a esta etapa de la vida llamada “vejez”. Como que envejecer es un proceso de decadencia, en el que se van perdiendo todas las capacidades físicas, psicológicas y sociales, pero la verdad es que no para todas las personas es igual la etapa de la vejez. Así, Navarro (2011) señala que la edad funcional entendiéndola como un conjunto de indicadores que permiten predecir el envejecimiento satisfactorio. La capacidad de mantener los roles personales y la integración del individuo en la sociedad, por lo que requiere mantener

unos niveles razonables de capacidad física y psicológica. Esta edad sería la que puede definir la calidad de vida satisfactoria y el envejecimiento exitoso.

La realidad es que a veces nuestros mayores necesitan asistencia y una atención más específica según el grado de dependencia, debido a que su salud haya empeorado tanto a nivel físico, psicológico y/o social. Por lo que se recurre a la institucionalización en residencias para personas mayores, donde la persona recibe una atención sociosanitaria multiprofesional durante un tiempo o de forma permanente.

Muchas veces la residencia de mayores es la única opción, o la mejor opción para el bienestar de la persona. Sin embargo, para muchos de nuestros mayores lo consideran como una señal de abandono por parte de la familia. Si sumamos este sentimiento de abandono, con los cambios que se producen en la etapa de la vejez, como la jubilación, viudedad, la salud, etc. puede producirse el indeseado sentimiento de soledad, el que no elegimos por voluntad propia, y el aislamiento del mayor. Que es en lo que se centrará esta investigación, en el sentimiento de soledad de los mayores que viven en residencias para personas mayores.

Por lo tanto, en un primer lugar hablaremos acerca de lo relativo a las personas mayores, los mitos sobre la etapa de la vejez y el envejecimiento activo. Después, no centraremos en la soledad que sufren las personas mayores, definiendo lo que se entiende por soledad y después la soledad específica en los mayores, sus tipos y causas. Además, también se habla de soledad y salud como dos aspectos íntimamente relacionados en esta etapa de la vida. Posteriormente se pasa al planteamiento de los objetivos de la investigación y metodología de la misma, se expondrán los resultados y el análisis y discusión de los datos, para finalizar con las conclusiones y propuestas.

1. Fundamentación

En la actualidad, las personas mayores son un colectivo importante y vulnerable en España. Cada vez es más importante, según el Instituto Nacional de Estadística existen, en nuestro país, 8.657.705 de personas mayores, representan un 18'4% de la población total española. Por lo que se ha decidido a estudiar este colectivo por la importancia que tiene para la sociedad y todo el potencial que tiene para la misma, pero desgraciadamente muchas veces no se ve así. Pues se relaciona el envejecimiento cronológico con aspectos negativos y estereotipos, como un proceso de decadencia, donde irremediamente se van perdiendo todas las capacidades y funciones físicas, psicológicas, biológicas y sociales. Se relaciona con la improductividad, con una etapa tranquila y sin preocupaciones, cuando la verdad es que están sometidos a bastante estrés (jubilación, enfermedades...).

El proceso de envejecimiento para cada persona es distinto. En este aspecto, se ha querido centrar la investigación en el sentimiento de soledad de los mayores institucionalizados en residencias para mayores, pues con la sucesión de cambios que se producen en esta etapa, como el fin de la vida laboral, y con ello el cambio de participación en la vida social, o la viudedad, puede llevar al mayor a sentirse solo, independientemente de estar rodeado de gente o no. Además, el entrar a vivir en una residencia puede suponer para los mayores un cambio que igual podría aumentar el sentimiento de soledad por el estereotipo que supone ingresar en este tipo de centros, el miedo al cambio, el sentirse abandonado por la familia...En otros casos, podría disminuir la soledad si se ve como algo positivo, el ingresar en una residencia, que mejora su calidad de vida.

Entre otros investigaciones acerca de la soledad en los mayores, Del Barrio y otros (2010), realizaron una investigación entre España y Suecia sobre este tema, en el que expresan un temor hispano a la soledad, pudiendo estar relacionado con las respuestas que las personas dependientes reciben para afrontar sus necesidades. Tanto los recursos sociosanitarios, como las residencias, no son una solución deseada. Y es en

este aspecto se quiere centrar la investigación, sobre el sentimiento de soledad de los mayores que viven en este tipo de centros. Tenerife se encuentra entre las provincias con menor porcentaje de población que vive en residencias según el INE (2013).

El IMSERSO (2000) explica que existen tres circunstancias personales que conducen al sentimiento de la soledad en las personas mayores: el deterioro de las relaciones familiares, el aislamiento social y la participación en actividades agradables. Además, el estado de salud de la persona, afecta a padecer el sentimiento de soledad como apuntan varios autores como Bermejo (2003) e Iglesias y otros (2001).

Por todo ello, se ha querido centrar la investigación en el sentimiento de soledad que pueda existir en los mayores que viven en una residencia para personas mayores, ya que supone un cambio que requiere adaptación a una nueva rutina.

2. MARCO TEÓRICO

Para acercarnos al tema de estudio de este proyecto de investigación, se hablará de las personas mayores definiendo conceptos como el de “persona mayor”, el de “vejez” y “envejecimiento activo”, todos ellos muy relacionados entre sí. Además, de las instituciones residenciales para personas mayores y de la soledad en este colectivo, definiendo la soledad como concepto objetivo y subjetivo y relacionándolo con la salud en esta etapa de la vida.

2.1 Las Personas mayores

Según Miñano (2001) hay un acuerdo generalizado del término "persona mayor" que se refiere al amplio colectivo que comprende desde los 60-65 años. Es un amplio colectivo de personas que tienen por delante, en muchos casos, 20 o 30 años de sus vidas, o lo que es lo mismo, casi un tercio de la vida de un individuo.

Es importante tener en cuenta la esperanza de vida de una persona al nacer. Según el INE (2006, p.1) la esperanza de vida es el “número medio de años que esperaría seguir viviendo una persona de una determinada edad en caso de mantenerse el patrón de mortalidad por edad (tasas de mortalidad a cada edad) actualmente observado”. En España entre 1994 y 2014, la esperanza de vida al nacer de los hombres pasó de 74,4 a 80,1 años y la de las mujeres de 81,6 a 85,6 años (INE, 2016).

En la actualidad, y con el progreso de años anteriores, España continúa con el proceso de envejecimiento. Cada vez hay más personas mayores que consumen más recursos sociales. Según Miñano (2001, p.2) "conlleva que el gasto público destinado a las personas mayores crece". Pues los mayores dejan de producir debido a la jubilación y otros han de producir para ver satisfechos sus derechos / necesidades. Esto es por lo que se puede percibir a los mayores como problema (Miñano, 2001).

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2016) en este país existen 8.657.705 personas mayores, aquellas con más de 65 años de edad, suponen un 18'4% de la población española.

Además, según el INE (2016), se prevé que en el año 2066 las personas mayores representarán el 34'6% de la población española.

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (s.r.f. Rodríguez, 1999), las causas del envejecimiento de la población hay que buscarlas en los adelantos de la medicina, las mejoras de técnicas agrícolas, de nutrición y en las bajas tasas de fecundidad.

En la Constitución Española , el art. 50, dedicado específicamente a los mayores, dice: “Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas, la suficiencia económica de los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales, que atenderán sus problemas específicos de salud, cultura y ocio” .

Dejando entrever unos derechos que hay que garantizar y unos problemas que atender como específicos. Frente a las concepciones de los mayores como deficitarios, carentes de, consumidores de recursos sociales y centrados en aspectos de salud y sanitarios (Miñano, 2001).

Miñano (2001) explica que a pesar de que existen concepciones negativas respecto a las personas mayores, se van incorporando otras concepciones más positivas, sus potencialidades, las oportunidades de esta etapa de la vida, el recorrido experimental, cultural, histórico, de valores y perspectivas ante la vida.

Los estereotipos están presentes en nuestras vidas y en nuestra visión del mundo. Con la edad también tenemos estereotipos, se identifica la vejez con deterioro personal y la decadencia social. Como si comenzara un proceso en el que, de forma irreversible, se fueran perdiendo las condiciones físicas, mentales económicas y sociales (Riera, 2005).

Para Miñano (2001) las necesidades de los mayores no son diferentes a las de otras edades, excepto en lo que se refiere a las características y circunstancias de estas edades y estructuras sociales. Son personas que la mayoría vivió en una España rural,

que vivieron la guerra civil, posguerra, el hambre, años de dictadura, etc. Pues quizás haya que ver sus necesidades bajo este prisma.

Navarro y otros (2011, p.51) indica que el envejecimiento “es un proceso natural, gradual, con cambios y transformaciones que se reproducen a nivel biológico, psicológico y social. La vejez no es sinónimo de etapa patológica, aunque el riesgo de padecer enfermedades se incrementa con la edad”.

El Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento (1982) define el envejecimiento como “un proceso que dura toda la vida y deberá reconocerse como tal. La preparación de la población para las etapas posteriores de la vida debe ser parte integrante de las políticas sociales y abarcar factores físicos, psicológicos, culturales, religiosos, espirituales, económicos, de salud y de otra índole” (Asamblea mundial sobre el envejecimiento, 1982 .p.12).

Según E. Lehmann (s.r.f. Miñano 2001, p.3) lo expresa como: “envejecer puede considerarse como una continua cadena de pérdidas. Dado que la depresión es la reacción normal ante una pérdida significativa, el individuo que envejece parece propenso, con un argumento existencial trágico, a convertirse en una presa fácil de la depresión”.

Según Moragas (1991, s.r.f. Martín, 2003) la sociedad moderna tiende a definir la vejez en términos de edad cronológica, vejez cronológica, definida en función de cumplir 65 años, la edad en la que nos retiramos del mundo laboral.

Según Martín (2003) la población de más de 65 años no es homogénea y suele dividirse en dos subgrupos: viejos-jóvenes, la población entre los 60 y 75 años de edad; y los viejos-viejos denominada cuarta edad, es la población de 75 y más años.

Otro criterio es considerarla como una etapa vital. La vejez como una etapa más en la vida. El tiempo produce efectos físicos y sociales en las personas que hacen que entremos en una etapa del ciclo vital distinta a las anteriores (Martín, 2003).

Según Navarro y otros (2011) la vejez no solo se establece en función de la edad cronológica, pues la edad física también es un indicador potencial. El autor distingue entre edad cronológica, que hace referencia al tiempo transcurrido desde el nacimiento, y la edad fisiológica, es la que corresponde con el estado funcional de nuestros órganos. El autor indica que el envejecimiento es un fenómeno muy variable entre las personas, no todos envejecemos igual ni al mismo tiempo.

Navarro y otros (2011), también señala una edad social, en que la sociedad establece papeles a distintas edades, estando la vejez establecida en base a la edad laboral y comienza con la jubilación.

“El envejecimiento psicológico es producto de un equilibrio entre estabilidad y cambio, así como entre crecimiento y declive. Existen algunas funciones que, a partir de una determinada edad, se estabilizan (personalidad); otras (en ausencia de enfermedad) experimentan crecimiento a lo largo de la vida (conocimientos), y otras declinan y se comportan como la edad física (el tiempo de reacción)” (Navarro y otros, 2011, pp. 51-52).

Debido a la diversidad de concepciones de la vejez, Navarro (2011) señala que la edad funcional entendiéndola como un conjunto de indicadores que permiten predecir el envejecimiento satisfactorio. La capacidad de mantener los roles personales y la integración del individuo en la sociedad, por lo que requiere mantener unos niveles razonables de capacidad física y psicológica. Esta edad sería la que puede definir la calidad de vida satisfactoria y el envejecimiento exitoso.

2.1.1 Los mitos sobre la vejez

El IMSERSO (2011, p.137) define los estereotipos como “imágenes simplificadas sobre un determinado grupo social, y están vinculados y son considerados la base del prejuicio y la discriminación hacia ese grupo”. [...]Por tanto, conocer los estereotipos hacia el grupo de personas mayores se hace necesario por cuanto éstos pueden servir de base para los prejuicios y la discriminación en función de la edad o <<edadismo>>”.

Según Miñano (2001) desde diversas disciplinas, se han ido estereotipando las concepciones sobre la vejez como un “modelo deficitario”, es decir, se tiene la concepción generalizada de que al aumentar la edad todas las capacidades declinan, que a pesar de ser una realidad biológica, no se debe identificar la vejez con desvalido o disminuido. Los mayores tienen y realizan una vida autónoma y con grandes posibilidades en muchas ocasiones, con sus condicionamientos como en cualquier otra etapa de la vida (infancia, juventud o adultez).

Algunos mitos “sociales” que genera la sociedad o de las propias personas mayores, según Butler (s.r.f. Martín, 2003) son: relacionar envejecimiento cronológico con decadencia, sin tener en cuenta la juventud de muchos mayores; el mito de la improductividad por la jubilación, cuando es constatable su influencia social, económica, política y cultural; el mito de la desvinculación y falta de compromiso; pensar que los mayores no tienen nada que aprender; el mito de la censura social y moral de las necesidades e intereses sexuales de los mayores; pensar que la vejez es una etapa de tranquilidad cuando están sometidos a más estrés que otros grupos (enfermedades, jubilación...); pensar que la pérdida de facultades conduce al aislamiento, a ser considerado inferior, débil y aislado del entorno familiar en muchas ocasiones.

Para no cometer errores en las intervenciones, será necesario tener en cuenta estos mitos sobre la vejez, y además, no solo centrarse en las vertientes individual, familiar o grupal, sino en el entorno de la persona y en definitiva en toda la sociedad, para que cambien esas disposiciones (Martín, 2003).

El estudio realizado por el IMSERSO y la Universidad Autónoma de Madrid (1992, s.r.f. IMSERSO, 2011) arrojó que más del 60% de la población española consideraba que a partir de los 65 años se produce un fuerte deterioro de la salud, que la gran mayoría de estas personas tienen incapacidades que las hacen depender de los demás, que tienen un deterioro de la memoria, que son rígidas e inflexibles y menos activas, que son como niños, que los defectos se agudizan con la edad y que son irritables. Para más de un 50% de la población las personas mayores de 65 años son seniles, peores en el trabajo y que resuelven peor sus problemas que los más jóvenes. Estos son algunos estereotipos que alumbró este estudio sobre la población española.

Sin embargo, según el estudio las personas con más educación presentan menos imágenes estereotipadas que los que tienen una educación más baja. El dato que más resalta es que el grupo de personas mayores no está exento de estas imágenes negativas sobre el envejecimiento en general y sobre su propio grupo de mayores.

2.1.2 El “Envejecimiento Activo”

Según la Organización Mundial de la Salud (s.r.f. IMSERSO, 2011, p.80) el envejecimiento activo es “el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”.

El IMSERSO (2011) señala que el envejecimiento activo se puede aplicar tanto a individuos como a grupos de población. Permite potenciar el bienestar de las personas a todos los niveles a lo largo del curso vital y participar en la sociedad de acuerdo a sus necesidades, proporcionando a su vez protección y cuidados cuando se requiera asistencia.

Giró (2006) también indica que se aplica tanto a los individuos como a grupos de población permitiendo a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital. Participando en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades y proporcionándoles protección, seguridad y cuidados adecuados. Por ejemplo cuando necesitan asistencia, la creación de unidades y servicios de geriatría en los hospitales y ambulatorios.

El envejecimiento activo, según Giró (2006, p.28) debe considerarse como un objetivo primordial tanto de la sociedad como de los responsables políticos. Para poder intentar “mejorar la autonomía, la salud y la productividad de los mayores mediante políticas activas que proporcionen su apoyo en las áreas de sanidad, economía, trabajo, educación, justicia, vivienda, transporte, respaldando su participación en el proceso político y en otros aspectos de la vida comunitaria”.

El IMSERSO ha realizado un compendio de buenas prácticas a nivel internacional para promocionar la autonomía personal con la finalidad de conseguir que

las políticas dirigidas al mantenimiento y promoción de la autonomía personal. Estas deben enmarcarse en una comprensión y responsabilización más amplia del concepto (IMSERSO, 2011).

Existen varios fondos, programas y planes de acción de la UE que tienen como objetivo el envejecimiento activo como son: El Fondo Social Europeo (FSE); El Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER); El Programa PROGRESS; El Programa de Aprendizaje Permanente (Programa GRUNDTVIG; Programa Salud; Programas específicos sobre tecnologías de la información y la comunicación y sobre ciencias socioeconómicas y humanidades del Séptimo Programa Marco de I+D); Plan de Acción “Envejecer mejor en la Sociedad de la Información” (Cívicos, 2012).

En España, existe desde el primer Plan Gerontológico de 1971 (el Plan Nacional de la Seguridad Social de Asistencia a los Ancianos), dirigido a beneficiarios de la Seguridad Social. Se centra en crear Hogares y Clubes de pensionistas; Residencias de “válidos” y de “asistidos”; Centros geriátricos, así como los turnos de vacaciones en Residencias y Balnearios. Más tarde se implanta la Ayuda a Domicilio en el contexto de la Seguridad Social (1974) (Cívicos, 2012).

Sustituyendo al Plan anterior aparece el Plan Gerontológico de 1992 que se estructura en cinco áreas: Pensiones; Salud y Asistencia Sanitaria; Servicios Sociales; Cultura y Ocio; y Participación.

El Plan de Acción para las Personas Mayores 2003-2007 se rige por cinco principios básicos: dignidad, independencia, autorrealización, participación y cuidados asistenciales. Además su estructura consta de cuatro áreas: Área de Igualdad de Oportunidades; Área de Cooperación; Área de Formación especializada; y Área de Información e investigación (Cívicos, 2012).

2.2 Instituciones residenciales para personas mayores

Cómo explica Iglesias y otros (2001), el ingreso en una institución muchas veces es interpretado por nuestros mayores como una señal de abandono por parte de la

familia. La atención a nuestros mayores debe estar por encima de todas las circunstancias que motivan ese hecho. Por lo que es uno de los estereotipos más arraigados entre los mayores, la imagen del “anciano” abandonado por los hijos en una residencia y casi olvidado por ellos ya hasta su muerte.

A pesar del generalizado rechazo hacia la institucionalización, Iglesias y otros (2001) indica que es una preferencia ante el desamparo e incluso humillaciones, de muchos mayores que se ven obligados a trasladarse con los hijos. No sintiéndose así como un estorbo, y recibiendo las atenciones mínimas en la residencia. En este sentido, existen muchos mayores que conciben la institucionalización como un último recurso que les otorga una relativa tranquilidad con respecto a la incertidumbre del futuro.

Según Pilar Rodríguez (1999), en cuanto a alojamientos en España, excluyendo los organismos estrictamente sanitarios, existen: viviendas tuteladas, apartamentos con servicios, etc; establecimientos y casas que no cumplen los requisitos legalmente establecidos; macroresidencias, normalmente dependen de organismos públicos con más de 250 plazas; miniresidencias, dependientes de instituciones públicas o privadas; Residencias medias (sobre 40 plaza) dependientes de las corporaciones locales o de las comunidades autónomas.; Residencias con servicios integrales, con un tamaño mínimo para obtener rentabilidad (alrededor de 80 plazas), dotadas de todos los servicios sin necesidad de recursos externos.

Según Martín (2003) algunas consideraciones sobre las residencias de personas mayores constituyen un recurso más dentro de una amplia gama como servicios sociales comunitarios, ayuda a domicilio, teleasistencia, centros de día, programas de vacaciones, etc. La residencia no es el mejor recurso en todos los casos. Es apropiada solo para una parte de los mayores y cuando tengan necesidades físicas o sociales que no les permitan permanecer en su entorno. Sin embargo, con la aparición de los servicios de ayuda a domicilio y teleasistencia cada vez tiene menos sentido la creación de más plazas en residencias.

Pilar Rodríguez (1999, p.50) considera la residencia como un “centro gerontológico abierto de desarrollo personal y atención sociosanitaria multiprofesional

en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia”.

Según el INE (2013) residen 270.286 personas en residencias de mayores, con una proporción de 2,18 mujeres por cada hombre. A partir de los 90 años el 11,8% de los hombres y el 18,1% de las mujeres viven en residencias.

Las provincias que presenta un mayor porcentaje de población viviendo en residencias de mayores son Soria (1,89%), seguida de otras provincias del interior como Palencia, Zamora, Ávila y Teruel (INE, 2013).

Por el contrario, las provincias con menor porcentaje de población que vive en residencias son Las Palmas, Murcia, Málaga, Sevilla y Santa Cruz de Tenerife (INE, 2013). Por nacionalidades, las personas extranjeras son solo 1.973 personas, lo que supone el 0,7% del total de los que viven en residencias (INE, 2013).

Según Palacios y Salvadores (2013), en el ámbito internacional, se han realizados numerosos estudios sobre experiencias y vivencias de las personas mayores que viven en una residencia. Son variados según el ámbito geográfico y las características de la residencia. Entre los contenidos que estudian se encuentran:

El proceso de transición: En el trabajo de Brandburg (2007, s.r.f. Palacios y Salvadores, 2013) y en el estudio de Heliker, Scholler-Jaquish (2006 s.r.f. Palacios y Salvadores, 2013) identifican un periodo de desorganización y de adaptación y reajuste tras el ingreso a la institución. Gudmannsdottir & Halldorsdottir (2009, s.r.f. Palacios y Salvadores, 2013) se centran en el estudio de la presencia de un dolor existencial y sufrimiento en residentes que padecen dolor crónico. El dolor lo asocian a la pérdida de seres queridos, pareja, su hogar, su independencia y su salud. Identifican la necesidad de una reconciliación con la residencia como un proceso continuo y personal de cada residente.

La escucha: En el estudio de Jonas-Simpson, Mitchell, et al (2006, s.r.f. Palacios y Salvadores, 2013) y en el trabajo de Andersson, Petterson y Sindenvall (2007, s.r.f. Palacios y Salvadores, 2013) coinciden en importancia de que los mayores ingresados

sean escuchados. Destacando el fomento de la alegría, mejora la percepción de la calidad de vida, etc.

La pérdida de la esfera personal y la intimidad: Hauge & Kristin (2008, s.r.f. Palacios y Salvadores, 2013) destacan en su estudio aspectos de la vida diaria de los residentes en las zonas comunes. La residencia puede forzar la relación y contacto entre residentes, provocando que los mayores que puede abandonar las estancias comunes lo hagan sistemáticamente.

Relaciones de pareja: Bergland & Kirkevold (2008, s.r.f. Palacios y Salvadores, 2013) investigan sobre las relaciones de pareja dentro de las residencias, aunque no son esenciales para una vida completa se valoran positivamente entre los residentes. Son un elemento de relación vital y una ayuda social de los residentes. Por otro lado, Arana Mendoza, Argote Martínez, Gómez García et al (2005, s.r.f. Palacios y Salvadores, 2013) destacan en su estudio sobre la sexualidad de los mayores en residencias dos fases influenciadas por la religión. La primera fase relacionada con la procreación y la segunda con el cariño.

La soledad: En el estudio de Iglesias de Ussel et al (2001, s.r.f. Palacios y Salvadores, 2013) muestra el miedo a la soledad como realidad diaria de nuestros mayores. En este estudio los mayores viven en comunidad, no institucionalizados y muestra dos factores que pueden provocar este sentimiento de soledad: la jubilación y la viudedad. En casos de mayores institucionalizados, Andersson, Petterson y Sidenvall (2007, s.r.f. Palacios y Salvadores, 2013) muestran, como los residentes perciben como una desventaja las habitaciones individuales porque se sienten solos.

El papel activo en la mejora de la residencia: Bergland & Kirkevold (2006, s.r.f. Palacios y Salvadores, 2013) estudian las percepciones de los mayores en dos residencias de Noruega, identificando dos factores principales para la mejora de las residencias; las actitudes de los residentes y la calidad del cuidado y el personal cuidador de la residencia. En el trabajo de Tsai & Tsai (2008, s.r.f. Palacios y Salvadores, 2013) muestra que en ocasiones la residencia es considerada como un elemento dentro del proceso de restauración de la salud del mayor. Muchos de los mayores de este estudio la consideran algo temporal para curarse y no se planteaban que fuera permanente.

Espiritualidad: Wallace & O'shea (2007, s.r.f. Palacios y Salvadores, 2013) mostraron que la espiritualidad ayuda en los últimos de sus vidas, a conocer el significado y propósito de ésta. Además, mejora la relación con ellos y su percepción de buena atención.

Comidas y alimentación: Bundgaard (2005, s.r.f. Palacios y Salvadores, 2013, p.25) estudia "como el significado que se le da a la comida por personas mayores con limitación para las actividades de la vida diaria y con dificultad para manejar cubiertos y poder comer, puede cambiar. [...]Por otro lado este autor observó como las actividades en relación a la comida facilita a los mayores sentir su cuerpo y así mismos durante su vida diaria y proporciona un marco que ayuda a seguir en el día a día dentro de la residencia".

Realizar estudios es necesario para conocer las experiencias que viven los mayores dentro de las residencias. Conocer el significado que ellos le dan a ser ingresados en un centro puede ayudar a crear estrategias mejores, partiendo de entender los mecanismos por los que unas personas mayores consiguen adaptarse a la institución y por los que otros tienen problemas de adaptación. Además, conociendo el ámbito socio-sanitario y las formas de gestión de las residencias, se podría adaptar las intervenciones de los diferentes profesionales (Palacios y Salvadores, 2013).

En el caso de que una persona mayor no esté en condiciones de decidir por sí misma el internamiento en una residencia, el artículo 763 de la Ley 1/2000, de 8 de enero, regula esta situación. Esta ley dice que el internamiento por razón de trastorno psíquico de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí misma, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial recabada por el tribunal del lugar donde resida la persona afectada el internamiento. Además la autorización será previa a dicho internamiento, salvo por razones de urgencia.

2.3 La soledad en las personas mayores

En este apartado comenzaremos por definir el concepto de soledad, a pesar de ser un concepto bastante subjetivo, para más tarde hablar de este concepto en lo relativo a las personas mayores. Además, como el ámbito de la salud es muy importante en relación a la soledad de la persona mayor, se tratará el tema en concreto en otro apartado.

2.3.1 La soledad

El concepto de "soledad" es un concepto bastante difícil de definir, pues resulta bastante subjetivo. Por lo que intentaremos acercarnos al concepto a partir de la definición de varios autores.

Según la RAE la soledad es la “carencia voluntaria o involuntaria de compañía” o “ pesar y melancolía que se sienten por la ausencia, muerte o pérdida de alguien o de algo”.

Bermejo (2003, p.2) explica la soledad como una experiencia subjetiva, por lo que no existe un único concepto de soledad. La define como "una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechaza por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional". Pero, en el fondo, Bermejo (2003, p.2) explica que es "la sensación de no tener el afecto deseado, lo cual produce sufrimiento, desolación, insatisfacción, angustia, etc., si bien se puede distinguir entre aislamiento y desolación, es decir, entre la situación de encontrarse sin compañía y la conciencia de deseo de la misma".

Según López (s.r.f. 1994 Bermejo 2003, p.3), los factores por los que se llegan al aislamiento dependen de las siguientes variables:

– "del comportamiento, tanto de los mayores, que pueden preferirlo a pagar el precio de la relación, como de las familias, que pueden delegar el cuidado a los Servicios Sociales;

- por factores sociales, que llevan al aislamiento por la imagen de la vejez como etapa improductiva y desvalorizada;
- por factores espaciales, siendo un fenómeno preponderantemente urbano;
- por factores psicológicos, especialmente por el ‘Síndrome de Diógenes’ o actitud de algunas personas mayores que les lleva a aislarse voluntariamente y abandonarse en los autocuidados;
- y por factores de salud, que generan dependencia, discapacidades y miedo a salir del domicilio".

A continuación diferentes autores definen lo que sería el sentimiento de soledad e identifican distintos tipos:

Bermejo (2003) diferencia entre dos tipos de soledades, la soledad objetiva y la subjetiva. La primera es la falta de compañía, que podría ser buscada y ser una experiencia enriquecedora. Y la segunda, es la que viven las personas que se sienten solas. Es doloroso y temido por el 22% de los mayores.

Según Louise, Juan José López (1994, s.r.f. Bermejo 2003, p.3) indica tres tipos de aislamiento y soledad más conocidos: "la soledad física o habitacional; la soledad moral; y el aislamiento social".

Louise, Hawkey, John y Cacioppo (2010) el aislamiento crónico percibido (es decir, la soledad) se caracteriza por deterioros en la atención, cognición, afecto y comportamiento que afectan la morbilidad y la mortalidad a través de su impacto en los mecanismos genéticos, neurales y hormonales que evolucionaron como parte de lo que significa ser humano.[...]

Ortega y Gasset (s.r.f. Bermejo 2003, p.3) escribió que “la vida humana es esencialmente soledad, radical soledad..., sin una retirada estratégica a sí mismo, la vida humana es imposible”.

Y Zubiri (s.r.f. Bermejo 2003, p.4) señaló que “quien se ha sentido radicalmente solo es quien tiene la capacidad de estar radicalmente acompañado”.

Para Peplau y Perlman (1981, s.r.f. Montero y Sánchez 2001, p.20), “la soledad es una experiencia displacentera que ocurre cuando la red de relaciones sociales de una

persona es deficiente en algún sentido importante, ya sea cualitativa o cuantitativamente”.

Peplau y Perlman (1981, s.r.f. Montero y Sánchez 2001, p.20), indicaron tres características comunes de la soledad:

- a) “Es resultado de deficiencias en relaciones interpersonales;
- b) es una experiencia subjetiva que contrasta con la evidencia física del aislamiento social;
- c) es una experiencia estresante y displacentera”.

Jong-Gierveld y Raadschelders (1982, s.r.f. Montero y Sanchez 2001, p.24), identifican tres dimensiones generales vinculadas al estudio de la soledad:

- a) “evaluación por parte del sujeto de la situación social donde se encuentra,
- b) el tipo de déficit social que experimenta y
- c) la perspectiva temporal asociada con la soledad”.

Young (1982, s.r.f. Montero y Sanchez 2001, p 24) identificó tres tipos de soledad: “a) Soledad crónica, dura años y la persona se siente incapaz de establecer relaciones sociales satisfactorias; b) soledad situacional, vinculada usualmente con situaciones estresantes como el divorcio o la muerte de la pareja, los padres o los hijos; c) soledad transitoria, es la más común y se asocia con brotes breves del sentimiento de soledad”.

2.3.2 La soledad en los mayores

Algunos de los factores, que nombra Bermejo (2003), de la soledad en los mayores son: el final de la vida laboral, ya que en ese ámbito se generan numerosas relaciones sociales, que supone un sentimiento de desvalorización y dependencia; el trabajo nos da un prestigio social y una seguridad, satisfacciones personales y en general es una forma de participar en la vida social; la muerte del cónyuge es de los más decisivos con respecto a sufrir el sentimiento de soledad, según nos cuenta Bermejo (2003). Pues después de varias décadas de matrimonio, desaparece esa relación de

compañía y afectividad. Dando lugar a un cambio en su vida, tanto cambios emocionales como materiales, a los que hay que adaptarse.

Palkeinen (2005) en su estudio cualitativo sobre la experiencia de la soledad sobre los mayores expone, cuatro puntos de vista de la soledad:

- La falta de actividad significativa: debido a disminución de la capacidad funcional y la mala salud.
- La soledad como sensación de inseguridad, debido a la creciente necesidad de ayuda y enfermedad. Miedo a que no haya nadie que pueda ayudarte.
- La sensación de ser un extraño, refiriéndose a la disminución de las relaciones sociales, perdiendo relaciones significativas.
- La sensación de anhelo, dirigiéndose hacia dos direcciones: al pasado que una vez tuvieron y lo que debería haber sucedido.

Bermejo (2003) nombra las tres crisis asociadas al envejecimiento. La crisis de identidad que viene dada principalmente por el conjunto de pérdidas que se van experimentando de manera acumulativa pudiendo deteriorar la autoestima. La crisis de autonomía especialmente dada por el deterioro del organismo y pérdida de autonomía en el desarrollo de las actividades de la vida diaria. La crisis de pertenencia experimentada por la pérdida de roles y de grupos. Ser conscientes de esta triple crisis en la etapa del envejecimiento puede darnos una idea de la experiencia de la soledad.

Bermejo (2003) añade que los prejuicios que existen acerca de la vejez contribuyen a que los mayores sufran soledad, como la relación entre ser mayor y ser niño, no tener una vida productiva, no tener experiencias ni necesidades sexuales, ser inútil, trasnochado y dependiente.

En un estudio, que realizaron Del Barrio y otros (2010), en España y en Suecia sobre la soledad en los mayores (de 65 años y más), manifiesta que el sentimiento de soledad es menos percibido en Suecia que en España. Resulta paradójico cuando España tiene los indicadores más bajos de Europa de personas mayores viviendo solas y con fuertes redes sociales disponibles. Sin embargo, en ambos países la prevalencia depende de la salud y la estructura del hogar. Además de esto, sugiere una influencia persistente de las diferencias culturales con independiente efecto sobre la soledad. Tanto en Suecia

como en España, las personas casadas que tienen una pareja con buen estado de salud son la excepción pues solo el 4-5% se sienten solas. En España, los mayores que viven con otras estructuras de hogar, generalmente con hijos, sienten más soledad; en Suecia más en el pasado cuando era frecuente esta estructura.

Del Barrio y otros (2010, p.194) concluyen que "la cifra de población que vive sola y percibe soledad en Suecia (17%) está más cerca de los datos españoles de personas que conviven, ya sea con la pareja o con otros, que del grupo de personas de España en su misma situación solas que experimentan soledad (59%). En Suecia, las personas que viven solas tienen mas edad y peor salud que en España. En principio, la mayor accesibilidad a servicios domiciliarios permitirá que mas personas mayores, aun necesitando ayuda, pudieran vivir solas en el futuro".

Del Barrio y otros (2010) expresan que el temor hispano a la soledad esta relacionado con las respuestas que las personas dependientes reciben para afrontar sus necesidades. Los recursos sociosanitarios, como las residencias, no son una solución deseada, cuando la familia no asume toda la atención.

En otro estudio que realiza el IMSERSO (2000) sobre la soledad en las personas mayores, se investiga la situación de este colectivo mediante una encuesta a 2.500 personas mayores. Del cual veremos las estadísticas de los mayores que se sienten solos según la edad, genero y situación personal; y la satisfacción de las relaciones familiares según la situación personal. Este estudio muestra que la soledad subjetiva, la que padecen las personas que se sienten solas, anteriormente definida. "El 27% de las personas de 65 a 69 años dice sentirse solas, porcentaje que asciende al 36% entre las mayores de 80 años. El género y el estado civil influyen en los sentimientos de soledad en el mismo sentido que en la soledad objetiva, como se ve a la hora de manifestar que sienten algún grado de soledad: Las mujeres (39%) se sienten más solas que los hombres (21%). Las personas separadas (68%), las solteras y las viudas (39%) son más propensas a sentirse solas, que las casadas (17%)"(IMSERSO, 2000, p.2).

"No obstante, y pese a la distinción entre soledad objetiva y soledad subjetiva, ambas están relacionadas. De las personas que viven solas, un 38% se sienten abatidas

por su soledad, mientras que entre las personas que residen con otras, este porcentaje es sólo de un 8%” (IMSERSO, 2000, p.2).

Con respecto a las causas de la soledad, el IMSERSO (2000) explica que aunque dependen de las personas, existen tres circunstancias personales que conducen a este sentimiento entre las personas mayores: el deterioro de las relaciones familiares, el aislamiento social y la realización de actividades agradables.

Según el IMSERSO (2000) hay un 45% de los mayores que mantienen relaciones sociales todos los días, un 26%, entre una y seis veces semanales, el 14% una vez a la semana y apenas un 15% manifiesta que no se relaciona semanalmente. Aunque la frecuencia de las relaciones sociales no varía según el grado de soledad, sí se observan diferencias en la calidad. Un 78% de las personas mayores que se sienten solas, están satisfechas con sus relaciones sociales. En cambio un 98% de las personas que dicen no experimentar ese sentimiento no están satisfechas con sus relaciones. La satisfacción obtenida viene determinada por el parentesco y la cercanía geográfica, es decir que, las relaciones familiares son más gratas que las que se mantienen con amigos o conocidos, aunque también son satisfactorias. Las relaciones que mantienen con los nietos y con los hijos son las más satisfactorias si viven en la misma localidad.

Además, según el IMSERSO (2000) la soledad también puede aparecer cuando no se realizan actividades placenteras que prevengan la aparición de pensamientos negativos. Las personas que expresan no sentirse solas son las que se mantienen más activas y realizan actividades como: pasear por el parque (73%), leer (54%), ir a bares y cafeterías (35%) o acudir a algún club de jubilados (26%), porcentajes superiores al de personas que sufren soledad y tienen estas aficiones (64%, 46%, 26% y 18%, respectivamente).

2.3.3 La soledad y la salud en los mayores

Como bien es cierto, soledad y salud están íntimamente relacionadas. Bermejo (2003) indica que las personas que se sienten más solas son las que se sienten más enfermas. Aunque también, las personas a más edad, tanto enfermos como sanos, se

sienten mas solos. La soledad se asocia a graves consecuencias sobre la salud. En el plano físico puede debilitar el sistema inmunológico y aumenta el riesgo de padecer ciertas enfermedades. A nivel psicológico puede provocar depresión, alcoholismo e ideas suicidas.

Bermejo (2003) con respecto a la salud, indica que la salud deteriorada se traduce en un mayor apoyo familiar y se muestra en la convivencia con otros familiares. Algunas personas mayores cuando ven que enfermado atraen esa atención de personas queridas o cuidadores profesionales, lo utilizan como una estrategia solucionando así su soledad. Aunque esta dinámica no solo se da en las personas mayores.

Bermejo (2003) concluye que salud y soledad tienen una relación bidireccional que se implican. La enfermedad puede ser la solución para la soledad o que la situación de enfermedad empeore por no contar con suficientes apoyos.

La institucionalización de una persona mayor va muy relacionada con la salud. Pues como dice Bermejo (2003) la enfermedad trae consigo la experiencia de la soledad porque te separa del mundo relacional. De acuerdo también con este autor, por motivos de dependencia o enfermedad de la persona se requiere la institucionalización de la misma. Y la soledad experimentada no solo se basa en la cantidad de visitas o cuidados sino en el cambio de relacionarse obligatoriamente por su estado y falta de personas significativas para ellas con las que compartir esta situación.

Queda claro que en una persona mayor va a influir su soledad para que se sienta mejor o peor de salud. Además, según investigaciones también va a influir el ser hombre o mujer. Se mostró que la mujer mayor en todas las circunstancias se sienten peor de salud que los hombres, como nos afirma Bermejo (2003) en su artículo.

Según Abellán y otros (2017, p.12) “La esperanza de vida saludable pretende añadir una nueva dimensión de calidad a la cantidad de vida; está basada en dos dimensiones, morbilidad crónica y salud autopercibida. Entre las personas de 65 y más años, las mujeres destacan por tener una esperanza de vida mayor que los hombres (23,4 sobre 19,2 años, Informe Health Expectancy in Spain, datos de 2013), pero su esperanza

de vida saludable es menor (9,0 y 9,7 años), por un aumento de la morbilidad y una mayor supervivencia”.

También, según Abellán y otros (2017, p.12), “si se mide en porcentaje de tiempo que se vive en buena salud a partir de los 65 años, el contraste entre hombres y mujeres es más patente: 50,5% del tiempo por vivir en los hombres lo es en buenas condiciones, mientras que sólo el 38,5% en el caso de las mujeres”. Además, se observa que a partir de 2008 hay una ligera disminución de la vida saludable en ambos sexos.

Arranz, Giménez-Llort, De Castro, Baeza y De la Fuente (2009) presentan el primer modelo animal que aborda experimentalmente la situación de muchas personas mayores que experimentan la soledad durante su vejez a pesar de haber tenido una vida social activa anterior a la etapa de la vejez. Demuestran con su estudio la importancia del aislamiento y la soledad en la etapa de la vejez, conduce a un declive acelerado de la salud, exacerba el deterioro mental e inmunitario. Además, la realización de estrategias terapéuticas dirigidas a potenciar la interacción social y a la promoción del ejercicio moderado puede resultar beneficiosa para paliar el declive neuroinmunitario acelerado que se observa en los individuos aislados de edad avanzada.

En los mayores la soledad, según Bermejo (2003), suele surgir cuando no se realizan actividades satisfactorias. Los momentos de la noche y en la enfermedad es cuando más se intensifica este sentimiento. Nos indica el autor un umbral propio de la soledad en función, entre otros, de el tipo de personalidad, de los valores culturales. En la persona mayor, nos dice Bermejo (2003) el sentido acumulativo de la pérdida del rol laboral y del conyugal, puede motivar la aparición de problemas como el aislamiento social y soledad. La pobreza de las relaciones familiares, especialmente con los hijos, sobre todo en intensidad y calidad es otro motivo de frustración.

Según Julio Iglesias y otros (2001) destacan algunos factores ligados a este sentimiento. Entre ellos:

- Los recuerdos como las fechas especiales, lugares concretos de la vivienda, momentos concretos del día, etc.
- El llanto por la falta del ser querido;
- La depresión, a veces problemas de sueño;

- El hastío, el aburrimiento si se permanece mucho tiempo en la casa o en la Residencia sin hacer nada;
- Los pensamientos negativos, centrados tanto en los aspectos emocionales como materiales que comporta la soledad;
- La incertidumbre hacia el futuro, particularmente relacionada con la preocupación por la salud.
- Las ideas o tentaciones de suicidio;
- La noche y los miedos que la acompañan (a sufrir una enfermedad repentina, a morir en soledad, a ser víctima de las consecuencias de la inseguridad ciudadana), con la escasez de recursos a los que recurrir.

Buendía y Riquelme (1994) también coincide con los autores anteriores, en que la soledad de los mayores es consecuencia del empobrecimiento de la calidad de sus relaciones sociales y de la reducción de la comunidad de experiencias vitales de los suyos.

Además, cabe destacar las consecuencias de la autoestima en las personas mayores. Los estereotipos que te asocian a la vejez como algo falto de valor, feo e inservible producen efectos negativos a la autoimagen y a la autoestima y comienzan a considerarse a sí mismas como una carga, inútil, que no pueden ser valorados y queridos. La baja autoestima no permitirá que luchar por para que su conducta se ajuste a un buen concepto de sí mismo y las relaciones con los otros no irán en una línea constructiva. La propia autoestima tiene un valor decisivo que determine la imagen y las relaciones que mantenemos con las demás personas.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

- Conocer si existe sentimiento de soledad, como concepto subjetivo, en los mayores institucionalizados.

3.2 Objetivos específicos

- Conocer si existe relación entre el sentimiento de soledad y el apoyo familiar externo al centro.

- Averiguar la relación entre el estado de salud y sufrimiento de la soledad en los mayores.
- Identificar la relación entre desempeñar actividades satisfactorias y el sentimiento de soledad.
- Averiguar si el tiempo de institucionalización influye en el sentimiento de soledad de la persona mayor.
- Conocer si los mayores internos en el centro hacen uso de las nuevas tecnologías.
- Descubrir el índice de participación social subjetiva.
- Conocer la percepción de apoyo social de los mayores.

4. Método

4.1 Características generales

El presente estudio se realizó en la residencia para mayores AMMA de Santa Cruz de Tenerife. Se trata de una investigación, que aplica un diseño transversal con el objetivo de elaborar un estudio descriptivo. Definiendo investigación descriptiva como el proceso que intenta describir, explicar la influencia, importancia, las causas o factores que intervienen en una determinada realidad (Centty, 2006). Que trata de determinar si existe sentimiento de soledad como concepto subjetivo en las personas mayores internos en la residencia AMMA.

Se trata de una investigación de carácter cuantitativo, que se ha estructurado en tres fases: diseño del proyecto, recopilación de los datos y el análisis de los resultados.

En primero lugar, se ha recabado información tanto de fuentes primarias como secundarias para la confección del marco teórico y el resto del diseño del proyecto, utilizando como buscadores de recursos como el punto Q y dialnet. También ha sido necesaria la utilización de técnicas e instrumentos para la recogida de los datos y para su posterior análisis.

En segundo lugar, se ha procedido a la recogida de datos en la residencia para mayores AMMA, a través de un cuestionario de elaboración propia y de la escala ESTE II de soledad social. Realizado a 29 personas mayores internas en el centro, de un total de 33 personas seleccionadas por el centro como adecuadas para participar según sus criterios de deterioro cognitivo y/o trastornos.

En tercer lugar, se ha procedido a vaciar los datos confeccionando una base de datos utilizando el programa Microsoft Excel, obteniendo así los resultados. Para luego poder analizar los mismos y terminar con la redacción de las conclusiones.

4.2 Hipótesis

H1: Todas las personas mayores internas en residencias para mayores se sienten solas.

H2: Las personas mayores se sienten solas porque no hacen ninguna actividad satisfactoria.

H3: Los mayores con peor salud son los que sienten más soledad.

H4: Los mayores que reciben menos visitas de familiares son los que mas soledad sienten.

H5: Los mayores que salen del centro sienten menos soledad, que los que no salen nunca.

H6: El nivel de soledad social es más alto cuanto mayor es el tiempo que lleva institucionalizado la persona mayor.

H7. El estado de viudedad en los mayores afecta más al sentimiento de soledad que al resto de personas que se encuentran en otra situación respecto al estado civil.

4.3 Variables

<u>Variables</u>	<u>Definición</u>
Edad	Años cumplidos a 31 de diciembre de 2016
Nivel de estudios	Logros académicos completados.

Estado de salud	Si su estado de salud es bueno, regular, malo....
Tiempo institucionalizado en el centro	El tiempo cronológico que lleve interno en el centro
Estado civil	Soltero o soltera; casado o casada...
Salidas del centro	Si sale del centro alguna vez, a menudo...
Visitas de familiares	Si acude familia al centro a pasar tiempo con la persona y la frecuencia con la que acude.
Sentimiento de soledad	Si sufre sentimiento de soledad como concepto subjetivo, a nivel general, en presencia de familiares, si se siente escuchado, la percepción del apoyo social...
Uso de nuevas tecnología	Si utiliza móvil, ordenador e internet.
Índice de participación social subjetiva	Si desarrolla actividades satisfactorias con cierta regularidad, el nivel de participación con otros y en actividades en su barrio...

5. Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos. En primer lugar se encuentran las tablas de frecuencias del cuestionario (ver ANEXO 1). En segundo lugar, se muestra una tabla de frecuencias de la escala ESTE II de soledad social.

5.1 Resultados del cuestionario

Tabla 1: Personas mayores entrevistadas según la edad.

EDAD	FRECUENCIA	%
Menos de 65 años	4	13,8
De 66 a 80 años	9	31
Más de 81 años	16	55,2
Total	29	100

Del total de personas mayores participantes en la investigación un 55,2% tienen “más de 81 años”, un 31% tienen entre 66 y 80 años, y solo un 13,8% “menos de 65 años”. Es decir, que el 86,2% de los participantes tienen entre 66 y 80 años y “más de 81”.

Tabla 2: Personas mayores entrevistadas según el sexo.

SEXO	FRECUENCIA	%
Hombres	12	41,4
Mujeres	17	58,6
Total	29	100

La mayoría de participantes en el estudio son mujeres con un 58,6% y un 41,4% son hombres.

Tabla 3: Personas mayores entrevistadas según el nivel de estudios.

NIVEL DE ESTUDIOS	FRECUENCIA	%
Sin estudios/primarios incompletos	9	31
Primarios completos	2	6,9
Secundarios 1º etapa	7	24,1
Secundarios 2º etapa	2	6,9
Universitarios medios	5	17,2
Universitarios superiores	3	10,3
No sabe/no responde	1	3,4
Otro	-	-
Total	29	100

En cuanto al nivel de estudios de los participantes la mayoría no tienen estudios o no terminaron los “estudios primarios” (31,0%) o tienen los “estudios secundarios primera etapa” (24,1%). Le siguen los que tienen estudios “universitarios medios” con un 17,2% y los que tienen estudios “universitarios superiores” con un 10,3%. El resto de los datos se distribuyen en “estudios primarios” completos (6,9%), los “secundarios segunda etapa” (6,9%) y los “universitarios superiores” (3,4%).

Un 41,3 % de los participantes en la investigación tienen “secundarios primera etapa” o “estudios universitarios medios”

Tabla 4: Personas mayores entrevistadas según el estado de salud.

ESTADO DE SALUD	FRECUENCIA	%
Muy buena	2	6,9
Buena	7	24,1
Regular	12	41,4
Mala	7	24,1
Muy mala	1	3,4
No sabe/ no responde	-	-
Otro	-	-
Total	29	100

Podemos observar que un 41,4% de los mayores del estudio han respondido que su estado de salud es “regular”, un 24,1% que su salud es “buena” y el mismo porcentaje de mayores responden que tienen salud “mala”. Es decir, que la gran mayoría de los participantes tienen una salud “regular”, un 31% tienen “buena” o “muy buena salud” y un 27,5% tienen “mala” o “muy mala” salud.

Tabla 5: Personas mayores entrevistadas según el tiempo institucionalizado.

TIEMPO INSTITUCIONALIZADO	FRECUENCIA	%
Menos de un año	12	41,4
Entre 1 y 5 años	14	48,3
Entre 5 y 10 años	1	3,4
Mas de 10 años	-	-
No sabe/ no responde	2	6,9
Otro	-	-
Total	29	100

En cuanto al tiempo de institucionalización, la mayoría de los mayores participantes llevan “menos de un año” (41,4%) y “entre 1 y 5 años” (48,3%) institucionalizado. “Entre 5 y 10 años” solo un 3,4% de los mayores y un 6,9% llevan

más de 10 años. Es decir, que la mayoría de los mayores llevan institucionalizados entre menos de un año a 5 años (89,7%).

Tabla 6: Personas mayores entrevistadas según el estado civil.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%
Soltero/a	5	17,2
Casado/a	5	17,2
Separado/a	1	3,4
Divorciado/a	3	10,3
Viudo/a	15	51,7
Unión libre/pareja	-	-
No sabe/ no responde	-	-
Otro	-	-
Total	29	100

El estado civil más común entre los mayores entrevistados es el de viudedad con un 51,7%. Los dos siguientes más comunes son soltero/a y casado/a ambos con el mismo porcentaje: 17,2%. Además, un 10,3% de los mayores son divorciados/as y un 3,4% son separados/as. Es decir, que la gran mayoría son viudos/as (51,7%) y solteros/as y casados/as (34,4%).

Tabla 7: Personas mayores entrevistadas según las salidas del centro.

SALE FUERA DEL CENTRO	FRECUENCIA	%
No, nunca	8	27,6
Sí, alguna vez	11	37,9
Sí, a menudo	7	24,1
Sí, casi siempre	2	6,9
No sabe/ no responde	1	3,4
Otro	-	-
Total	29	100

Con respecto a las salidas del centro de los mayores, casi todas las respuestas se concentran en las tres primeras opciones: “sí, alguna vez” (37,9%); “no, nunca” (27,6%); y “sí a menudo” (24,1%). “Casi siempre” solo sale el 6,9% del total de

mayores. Es decir que, el 62% salen del centro “alguna vez” o “a menudo” y el 27,6% no salen nunca.

Tabla 8: Personas mayores entrevistadas según si reciben visitas de familiares.

VIENE LA FAMILIA A VISITARLE AL CENTRO	FRECUENCIA	%
Sí	26	89,7
No	3	10,3
No sabe/ no responde	-	-
Otro	-	-
Total	29	100

De las personas mayores del estudio, un 89,7% reciben visitas de sus familiares y un 10,3% no reciben. Es decir, que la gran mayoría de los mayores entrevistados si reciben visitas de sus familiares.

Tabla 9: Personas mayores entrevistadas según la frecuencia de las visitas.

FRECUENCIA DE LAS VISITAS	FRECUENCIA	%
2 o 3 veces al año	1	3,8
Cada mes o dos meses	3	11,5
Una o 2 veces a la semana	15	57,7
Entre 3 y 5 veces por semana	7	26,9
Todos los días	-	-
No sabe/ no responde	-	-
Otro	-	-
Total	26	100

En cuanto se refiere a la frecuencia en la que se producen las visitas de familiares, vemos que un 57,7% de los mayores reciben visitas una o dos veces por semana y un 26,9% “3 y 5 veces por semana.” Luego vemos que solo un 11,5% se producen “cada mes o dos meses” y solo 1 de los mayores recibe “2 o 3 veces al año”. Se puede decir que el 84,6% reciben visitas todas las semanas y el 15,3% reciben pocas, “2 o 3 veces al año” y “cada mes o dos meses”.

Tabla 10: Personas mayores entrevistadas según si se siente solo en presencia de familiares.

¿SE SIENTE SOLO EN PRESENCIA DE FAMILIARES?	FRECUENCIA	%
Sí	5	19,2
No	15	57,7
Alguna vez	3	11,5
Bastantes veces	3	11,5
Muchas veces	-	-
No sabe/ no responde	-	-
Otro	-	-
Total	26	100

Del total de mayores que reciben visitas, un 57,7% no se sienten solos en presencia de familiares y un 19,2% sí. Solo un 11,5% se siente solo en presencia de familia alguna vez y otro 11,5% bastantes veces. Es decir, que la mayoría no se sienten solos en presencia de familiares, frente a un 19,2% que sí, y a un 23% que se siente solo en presencia de familiares “alguna vez” o “bastantes veces”.

Tabla 11: Personas mayores entrevistadas según si se siente solo en general.

SE SIENTE SOLO EN GENERAL	FRECUENCIA	%
No	15	51,7
A veces	4	13,8
Bastantes veces	6	20,7
Casi siempre	2	6,9
Siempre	2	6,9
No sabe/ no responde	-	-
Otro	-	-
Total	29	100

El sentimiento de soledad subjetivo en general, dice no sentirlo un 51,7% de los mayores participantes en el estudio, y un 20,7% bastantes veces. Le sigue un 13,8% que se siente solo a veces, un 6,9% casi siempre y otro 6,9% de los mayores se siempre solo siempre. Es decir, que algo más de la mitad de los mayores no se sienten solos en

general, un 34,5% se sienten solo “a veces” o “bastantes veces”. Y un 13,8 se sienten solos “casi siempre” o “siempre”.

Tabla 12: Personas mayores entrevistadas según si se siente escuchado.

SE SIENTE ESCUCHADO	FRECUENCIA	%
Sí	24	82,8
No	2	6,9
Alguna vez	3	10,3
No sabe/ no responde	-	-
Otro	-	-
Total	29	100

Del total de mayores participantes, casi la mayoría si se siente escuchado con un 82,8%, solo el 6,9% no se siente escuchado y un 10,3% alguna vez se siente escuchado. Es decir, que la gran mayoría de los entrevistados se sienten escuchados.

Tabla 13: Personas mayores entrevistadas según si tiene gente que le aprecia cerca.

TENGO GENTE QUE ME APRECIA CERCA DE MI	FRECUENCIA	%
Sí	22	75,9
No	6	20,7
No sabe/ no responde	-	-
Otro	1	3,4
Total	29	100

En cuanto a la pregunta de si tienen gente que le aprecia cerca, un 75,9% responde que sí y un 20,7% que no. Es decir, que la gran mayoría de las personas entrevistadas tienen gente que le aprecia cerca.

Tabla 14: Personas mayores entrevistadas según si tiene amigos/a cerca.

TENGO AMIGOS Y AMIGAS CERCA DE MI	FRECUENCIA	%
Sí	15	51,7
No	12	41,4
No sabe/ no responde	1	3,4
Otro	1	3,4
Total	29	100

A la pregunta referente a si tiene amigos/as cerca, un 51,72% dice si tener y un 41,38% no. Con lo cual, algo más de la mitad de los entrevistados sí tienen amigos/as cerca de ellos.

Tabla 15: Personas mayores entrevistadas según si desempeña actividad satisfactoria con regularidad.

DESEMPEÑA EN EL CENTRO ALGUNA ACTIVIDAD QUE LE GUSTE, CON REGULARIDAD	FRECUENCIA	%
Sí	23	79,3
No	5	17,2
No sabe/ no responde	1	3,4
Otro	-	-
Total	29	100

Con respecto a si los mayores desempeñan alguna actividad satisfactoria con regularidad, un 79,3% si realiza y un 17,2% no. Es decir, que la mayor parte de los entrevistados si desempeñan una actividad satisfactoria.

5.2 Resultados de la escala ESTE II

Tabla 16. Personas mayores según la frecuencia ESTE II de soledad social.

PERCEPCION DE APOYO SOCIAL	SIEMPRE		A VECES		NUNCA	
	FR	%	FR	%	FR	%
TIENE ALGUIEN CON QUIEN PUEDE HABLAR DE SUS PROBLEMAS COTIDIANOS	5	17,2	15	51,7	9	31,0
CREE QUE HAY PERSONAS QUE SE PREOCUPAN POR USTED?	19	65,5	7	24,1	3	10,3
TIENE AMIGOS O FAMILIARES QUE SE PREOCUPAN POR USTED	17	58,6	10	34,5	2	6,9
SIENTE QUE NO LE HACEN CASO	3	10,3	11	37,9	15	51,7
¿SE SIENTE QUERIDO?	18	62,1	11	37,9	0	-
SE SIENTE TRISTE	5	17,2	17	58,6	7	24,1
SE SIENTE USTED SOLO	3	10,3	15	51,7	11	37,9
Y POR LA NOCHE SE SIENTE SOLO?	4	13,8	8	27,6	17	58,6
USO DE NUEVAS TECNOLOGIAS	SIEMPRE		A VECES		NUNCA	
	FR	%	FR	%	FR	%
UTILIZA UD. EL TELFONO MOVIL?	8	27,6	3	10,3	18	62,1
¿UTILIZA USTED EL ORDENADOR (CONSOLA, JUEGOS DE LA MEMORIA?)	1	3,4	1	3,4	27	93,1
¿UTILIZA USTED INTERNET?	2	6,9	0	-	27	93,1
INDICE DE PARTICIPACIÓN SOCIAL SUBJETIVA	SIEMPRE		A VECES		NUNCA	
	FR	%	FR	%	FR	%
DURANTE LA SEMANA Y LOS FINES DE SEMANA ¿LE LLAMAN OTRAS PERSONAS PARA SALIR A LA CALLE?	1	3,4	11	37,9	17	58,6
¿LE RESULTA FACIL HACER AMIGOS?	12	41,4	10	34,5	7	24,1
¿VA A ALGUN PARQUE, ASOCIACIÓN, HOGAR DEL PENSIONISTA, DONDE SE RELACIONE CON OTROS MAYORES?	0	-	8	27,6	21	72,4
¿LE GUSTA PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE OCIO QUE SE ORGANIZAN EN SU BARIO/PUEBLO?	1	3,4	9	31,	19	65,5

En la tabla 16 podemos observar la frecuencia de respuestas de la escala ESTE II de soledad social, con la finalidad de conocer mejor la realidad de las personas mayores participantes en el estudio. Pudiendo observar las respuestas por bloque, en el bloque de apoyo social vemos que las tres primeras preguntas con rasgos positivos las respuestas se agrupan más en siempre y a veces; y en las cinco preguntas siguientes del bloque que tienen rasgos negativos, las respuestas se agrupan más en a veces y nunca.

En el bloque del uso de las nuevas tecnologías, sobre si hacen uso de las mismas, la mayoría de los datos se agrupan en nunca, pudiendo destacar que el móvil es la única de la que más uso hacen.

Por último, en el bloque del índice de participación subjetiva, vemos que casi nunca participan en actividades en su barrio, ni salen fueran,. Sin embargo, en la pregunta de si les resulta fácil hacer amigos el porcentaje es más alto en la respuesta siempre.

Tabla 17. Personas mayores según la escala ESTE II de soledad social

Intervalos	BAJO 0-10		MEDIO 11-20		ALTO 21-30	
	FR	%	FR	%	FR	%
Nivel ESTE II	-	-	24	82,8	5	17,2

En la tabla 17, se puede observar los resultados de la escala ESTE II de Soledad Social, la mayoría de los mayores se encuentran en un nivel medio de soledad (82,8%), es decir, entre los 11 y 20 puntos, y un 17,2% de los mayores tienen un nivel alto de soledad, entre los 21 y 30 puntos. Y ningún mayor se encuentra en un nivel bajo de soledad.

6. Análisis y discusión de los resultados

A partir de los resultados obtenidos, se pasará al análisis de los mismos. Se analizará los resultados de la escala ESTE II complementándola con los resultados obtenidos en el cuestionario. Es decir, que se escogerán los datos que parecen más

relevantes y a continuación se presentan unas tablas cruzadas, intentando confirmar o desmentir las hipótesis planteadas en el punto 6.2.

La hipótesis 1 dice que las personas mayores internas en residencias para mayores se sienten solas. Basándonos en los resultados de la escala ESTE II existe un nivel medio de soledad social en el 82,8% de las personas mayores participantes y un nivel alto en el 17,2% de las personas (ver tabla.17). Sin embargo, en las respuestas obtenidas en la pregunta del cuestionario (ver tabla.11) un 51,7% de los participantes dice no sentirse solo en general. Aquí detectamos cierta contradicción, aunque se piensa que los resultados de las escala pueden ser más fiables ya que parte de varias preguntas y no de una solo.

Tabla 18. Frecuencia del nivel de Soledad ESTE II según si realiza actividad satisfactoria.

Intervalos	BAJO 0-10		MEDIO 11-20		ALTO 21-30	
	FR	%	FR	%	FR	%
Nivel ESTE II – con actividad	-	-	21	91,3	2	8,7
Nivel ESTE II – sin actividad	-	-	3	60	2	40

En esta tabla, se puede observar que de los mayores que realizan una actividad satisfactoria regularmente se encuentran en un nivel de soledad medio un 91,3% y solo un 8,7% en un nivel alto. Y de los mayores que no realiza ninguna actividad satisfactoria un 60% se encuentra en el nivel medio de soledad y un 40% en un nivel alto. Debemos tener en cuenta que todos los resultados de los valores de la escala ESTE II se agrupan la mayoría en el intervalo “medio” y algunos en el nivel “alto” (ver tabla.17).

Además, la media del valor de la escala ESTE II de las personas que realizan actividad satisfactoria es de 15,48 y de los que no realizan de 17,18. Es decir, que aparentemente las personas que realizan actividad tienen una media más baja del sentimiento de soledad, aunque entraría dentro del nivel medio (como casi todos los datos).

Por lo tanto, la hipótesis 2 que dice que los mayores se sienten solos porque no hacen ninguna actividad satisfactoria, se podría confirmar basándonos en las media aunque la diferencia entre los resultados no es muy significativa.

Tabla 19. Nivel de soledad social ESTE II según la salud.

Intervalos	BAJO 0-10		MEDIO 11-20		ALTO 21-30	
	FR	%	FR	%	FR	%
Nivel ESTE II - con salud buena	-	-	9	100	-	-
Nivel ESTE II - con salud mala	-	-	5	62,5	3	37,5

En esta tabla se han agrupado los datos más extremos, incluyendo en el de salud buena también los datos de salud “muy buena” y en la salud mala también se incluyen los de “salud muy mala”, dejando fuera los datos de “salud regular” donde se agrupaban la mitad de los datos. (ver tabla.4).

Se puede observar en la tabla 19 que los mayores con buena salud el 100% se encuentra en el nivel medio de soledad y los que tienen mala salud se distribuye el 62,5% en el nivel medio y el 37,5% en el nivel alto de soledad de la escala ESTE II.

La media del valor de soledad de la escala de las personas con buena salud es de 14,11 y de los que tienen mala salud de 18,25, aunque ambos valores estarían dentro del nivel medio, vemos que los que gozan de buena salud tienen una media más baja de soledad. Por lo que la hipótesis 3 que nos dice que las personas mayores con peor salud son las que se sienten más solas podría confirmarse.

Tabla 20. Nivel de soledad social ESTE II según la frecuencia de visitas.

Intervalos	BAJO 0-10		MEDIO 11-20		ALTO 21-30	
	FR	%	FR	%	FR	%
Nivel ESTE II - con frecuencia alta de visitas	-	-	17	77,3	5	22,7
Nivel ESTE II - con frecuencia baja de visitas	-	-	7	100	-	-

En esta tabla se han agrupado las posibles respuestas de la pregunta de la frecuencia de las visitas correspondiente al cuestionario (ver ANEXO 2) en dos: alta frecuencia que incluye los datos de las opciones no reciben visitas, “una o 2 veces por semana” y “entre 3 y 5 veces por semana”; y baja frecuencia que incluye 2 o 3 veces al año y “cada mes o dos meses”, ya que se entiende esto como una baja frecuencia de las visitas.

En la tabla se observa que de las personas que tienen una alta frecuencia de visitas un 77,3% se encuentra en el nivel medio de soledad y un 22,7% en el nivel alto de la escala ESTE II. Los mayores con baja frecuencia de visitas se encuentra el 100% en el nivel medio de soledad social. Esto se da así, como se ha apuntado anteriormente, debido a que la mayoría de los datos obtenido se agrupan en este intervalo.

La media del nivel de soledad social en los que reciben visitas 2 o 3 veces al año es de 14,00 de los que reciben cada mes o dos meses es de 15,67, de los que reciben 1 o 2 veces por semana de 16,93 y de los que reciben entre 3 y 5 veces por semana 14,29. Parece que la media del sentimiento de soledad es similar al que le visitan entre 3 y 5 veces por semana que al que visitan 2 o 3 veces al año; y entre los que reciben visitas cada mes o dos meses que los que reciben 1 o 2 veces por semana. Por lo tanto, la hipótesis 4, que dice que los mayores que reciben menos visitas de familiares son los que más soledad sienten, podría decirse que no se puede confirmar.

Tabla.21 Nivel de soledad ESTE II según la frecuencia de las salidas.

Intervalos	BAJO 0-10		MEDIO 11-20		ALTO 21-30	
	FR	%	FR	%	FR	%
Nivel ESTE II – con frecuencia de salidas alta	-	-	9	100	-	-
Nivel ESTE II – con frecuencia de salidas baja	-	-	15	78,9	4	21,0

En este caso, también hemos agrupado en las “salidas de alta frecuencia”, las opciones “a menudo” y “casi siempre”; y en las de “frecuencia baja”, las opciones de “nunca” y “alguna vez”. En la tabla podemos observar que de los mayores con una alta frecuencia de salidas el 100% se encuentra en el nivel medio de soledad, y de los mayores con baja frecuencia un 78,9% se encuentra e un nivel medio y el 21% en un nivel alto.

En el grupo de “baja frecuencia”, es decir, los que “nunca salen” y los que “alguna vez” salen, tienen una media de soledad del 17,75 y 15,82, respectivamente. Vemos que los que no salen nunca tienen mayor soledad que los que salen alguna vez. Los que pertenecen al grupo de “alta frecuencia”, es decir, los que salen “a menudo” y “casi siempre”, tienen una media de soledad del 14,57 y 13,50, respectivamente. Existe menos sentimiento de soledad en los de alta frecuencia de salidas, sin embargo, no existe una diferencia significativa entre los datos. Por lo que la hipótesis 5, de que lo mayores que salen más del centro sienten menos soledad que los que no salen nunca, podría ser cierta.

Tabla 22. Nivel de soledad ESTE II según el tiempo de institucionalización

Intervalos	BAJO 0-10		MEDIO 11-20		ALTO 21-30	
	FR	%	FR	%	FR	%
Nivel ESTE II - con estancia corta	-	-	11	91,7	1	8,3
Nivel ESTE II - con estancia larga	-	-	13	86,7	2	13,3

En esta tabla también se han dividido en dos grupos las respuestas, en una estancia corta se han incluido los mayores que lleven “menos de un año” y en una estancia larga, se incluyen los datos de “entre 1 y 5 años” y “entre 5 y 10 años”. En la tabla se observa que de los mayores que tienen una estancia corta, un 91,7% está en el “nivel medio” de soledad y solo una persona en el “nivel alto”. De los mayores que tienen una estancia larga un 86,7% está en el “nivel medio” y un 13,3% en el “nivel alto”.

Las medias de soledad según las respuestas de los mayores con respecto al tiempo de institucionalización, son bastante similares. Los entrevistados que llevan “menos de un año” tienen una media de 15,92; los que llevan “entre 1 y 5 años” es de 15,29; y los que llevan “entre 5 y 10 años” es de 15,00. Entonces la hipótesis 6, que dice que el nivel de soledad social es más alto cuanto mayor es el tiempo de institucionalización, no se puede afirmar ni desmentir, debido a la similitud de los datos.

Tabla 23. Nivel de soledad ESTE II según viudedad

Intervalos	BAJO 0-10		MEDIO 11-20		ALTO 21-30	
	FR	%	FR	%	FR	%
Nivel ESTE II - no viudo/a	-	-	13	92,9	1	7,1
Nivel ESTE II - viudo/a	-	-	11	73,3	4	26,7

En esta tabla se ha separado los datos de las personas que son viudas contra el resto de estado civiles, ya que es el estado civil que más nos interesa estudiar. En este caso de las personas que no son viudas un 92,9% está en el nivel medio de soledad ESTE II y un 7,1% en el nivel alto. De los que no están viudos un 73,3% tiene un nivel medio de soledad y un 26,7% un nivel alto. Existen más personas viudas en el nivel medio de soledad que no viudos, sin embargo, en el nivel alto existen más personas no viudas que viudas.

La media de soledad ESTE II en las personas solteras es de 15,00; de casadas 17,40; de separadas 12,00; de divorciadas 14,67; y de viudas 16,60. Destaca la media más alta de soledad sea de las personas casadas. Por lo que la hipótesis 7, que dice que el estado de viudedad en los mayores afecta más al sentimiento de soledad no podría confirmarse según los resultados, pues los casados/as también tienen un alto valor de soledad. Sin embargo, si tenemos en cuenta que hay 5 datos en casados/as y 15 en viudos/as y son los datos más altos, hay que considerar que la viudedad puede afectar al sentimiento de soledad, y el hecho de estar casado/a en esta situación de institucionalización quizás también afecte directamente al sentimiento de soledad.

Tras los resultados expuestos se puede señalar, que los factores de la soledad en los mayores y como hace Bermejo (2003), es el fin de la vida laboral, donde se generan la mayoría de las relaciones sociales, la pérdida de roles, de participación social; la viudedad, que trae consigo muchos cambios, tanto emocionales como materiales; y el deterioro de la salud, íntimamente relacionado con sufrir la soledad, pues puede dar lugar a la pérdida de autonomía en el desarrollo de actividades de la vida diaria. Esto a nivel psicológico podría afectar gravemente, como con la aparición de la depresión, como a dejar de hacer actividades satisfactorias y agradables.

En cuanto a las actividades satisfactorias el IMSERSO (2000) indica que la soledad puede aparecer cuando no se realizan actividades placenteras que prevengan la aparición de pensamientos negativos. En esta misma línea Bermejo (2003) señala que la soledad en los mayores suele surgir cuando no se realizan actividades satisfactorias. Y además Iglesias (2001) indica que uno de los factores ligados al sentimiento de soledad es el hastío, aburrimiento si permanece mucho tiempo en la casa o residencia sin hacer nada. En este estudio se observa que la media de la soledad de la escala ESTE II en el grupo de personas que realizan actividades satisfactorias con regularidad es más baja (15,48) que la del grupo de personas que no realiza (17,18).

Con respecto a la salud, los autores nos dicen que esta muy relacionada con la soledad. Bermejo (2003) indica que las personas que se sienten más solas son las que se sienten más enfermas, que la enfermedad trae consigo la experiencia de la soledad porque te separa del mundo relacional. En este estudio se observa que los que tienen

peor salud tienen una media de soledad más alta que los que tienen mejor salud. Arranz y otros (2009) demuestran en su estudio la importancia del aislamiento y la soledad, en la etapa de la vejez, que conduce a un declive acelerado de la salud, exagera el deterioro mental e inmunitario.

En muchas ocasiones, el ingreso en una institución es interpretado como algo negativo, como explica Iglesias, pues los mayores lo ven como una señal de abandono por parte de la familia. Por lo que sufrir la soledad es un miedo latente en nuestros mayores. El apoyo social en esta etapa, como en todas, es importante, pues una de las características comunes de la soledad que señala Pepleu y Perlman (1981, s.r.f. Montero y Sánchez 2001) es el resultado de deficiencias en las relaciones interpersonales. En un estudio realizado por el IMSERSO (2000), un 78% de las personas mayores que se sienten solas, están satisfechas con sus relaciones sociales. En cambio un 98% de las personas que dicen no experimentar ese sentimiento no están satisfechas con sus relaciones. La satisfacción obtenida viene determinada por el parentesco y la cercanía geográfica, es decir que, las relaciones familiares son más gratas que las que se mantienen con amigos. En este sentido, a los mayores entrevistados en esta investigación hemos querido comparar el sentimiento de soledad con la frecuencia de las visitas de familiares, que en este caso no se relaciona un menor sentimiento de soledad a mayor frecuencia de visitas. Además, se analiza también el sentimiento de soledad con la frecuencia de las salidas del centro, por si en este aspecto ayuda a la relación social, y al parecer la media de sentimiento de soledad entre el grupo que más sale del centro es más baja que los que menos salen o nunca salen, aunque la diferencia entre los datos no sea muy significativa. Y también, en este aspecto de la importancia del apoyo social de las personas que ingresan en una residencia para mayores, se ha estudiado el sentimiento de soledad con el tiempo que lleva institucionalizado, para saber si este hecho afecta al sentimiento de soledad. Obteniendo una media de soledad casi igual entre el grupo que lleva más tiempo institucionalizado que el que lleva menos tiempo. Por lo que no, parece haber mucha relación la duración de la estancia con el sentimiento de soledad.

La situación de la viudedad también es un factor importante, como anteriormente señalaba Bermejo (2003), debido a los grandes cambios que supone la pérdida del cónyuge en el día a día. Iglesias (2001) entre los factores que liga al

sentimiento de soledad nombra “el llanto por la falta del ser querido”. Según el estudio del IMSERO (2000) anteriormente nombrado, las personas separadas (68%), las solteras y las viudas (39%) son más propensas a sentirse solas, que las casadas (17%). En el presente estudio se ha comprado el estado civil con el sentimiento de soledad, dándole más importancia a la viudedad frente al resto de situaciones. Y se observa en la tabla 23 que de las personas viudas se encuentran más en el nivel alto de soledad que de las personas no viudas. En este caso, la media de soledad de las personas casadas es más alta que la de las personas viudas (siendo esta la segunda más alta), se puede llegar a pensar que en el hecho de estar casado/a interno/a en una residencia puede afectar al sentimiento de soledad, ya que puede ser que las expectativas de una persona casada sea estar con el cónyuge en el domicilio.

7. Conclusiones y propuestas

Para finalizar este estudio, debe atenderse a los objetivos planteados en el mismo. En cuanto a los objetivos específicos, parece existir relación entre la soledad y el apoyo familiar externo al centro, pues como apunta Buendía y Riquelme (1994) la soledad es consecuencia del empobrecimiento de la calidad de sus relaciones sociales y de la reducción de la comunidad de experiencias vitales de los suyos. A pesar de que los datos obtenidos en este estudio, sobre la relación entre la frecuencia de las visitas de familiares y el sentimiento de soledad, no arrojan un dato claro, si podemos ver que las personas que más salen del centro y se relacionan así con otros, tienen una media de soledad en la escala ESTE II menor que los que menos salen del centro. Además, en el estudio de la relación entre el sentimiento de soledad con el tiempo de institucionalización, tampoco se obtienen datos claros, ya que la media de soledad es muy similar entre los mayores que llevan menos tiempo en el centro y los que llevan más tiempo. Por lo que el objetivo de averiguar si el tiempo de institucionalización influye en el sentimiento de soledad de los mayores no se ha podido conseguir. Relacionamos estas variables con el apoyo social, familiar externo. En este estudio, se observa una relación débil entre la soledad y el apoyo familiar, ya que solo la frecuencia de las visitas nos arroja un dato claro sobre la relación directa con el sentimiento de soledad. Quizás, en este aspecto, se debería estudiar más en profundidad como afecta el

apoyo social externo del centro en el que se esté institucionalizado, al sentimiento de soledad en el mayor.

Con respecto a la relación entre en estado de salud y el sentimiento de soledad, teóricamente podemos comprobar la gran importancia que le dan los autores, pues están íntimamente relacionadas como apunta Bermejo (2003), afectando la soledad gravemente a la salud, aunque este autor indica la relación bidireccional entre ambas, pues la enfermedad puede ser la solución para la soledad o que la situación de enfermedad empeore por no contar con suficientes apoyos. Iglesias (2001), apunta también, a que uno de los factores ligados a la soledad es la incertidumbre hacia el futuro, particularmente relacionada con la preocupación por la salud y la noche y los miedos que la acompañan, a sufrir una enfermedad repentina, a morir en soledad, etc.. En este estudio, se observa una relación entre la salud y el sentimiento de soledad, a pesar de que la gran mayoría de las personas entrevistadas tienen una salud regular, se ha comparado los datos mas extremos (buena y muy buena salud, con mala y muy mala salud) y existen más personas en el nivel alto de la escala de soledad social ESTE II con mala salud (ver tabla 19), los que gozan de buena salud se concentran todos en el nivel medio (como la mayoría de los datos de todo el estudio). Además, se puede comprobar que la media del sentimiento de soledad es menor en los que gozan de buena salud (14'11) que los que tienen mala salud (18'25). Es por ello, que vemos la relación entre mejor salud menos sentimiento de soledad y a peor salud mayor sentimiento de soledad. Lo que se puede relacionar la mala salud con que el mayor se ve más limitado para poder realizar actividades que le satisfaga.

Con respecto a la relación de la soledad y el desempeñar actividades satisfactorias, teóricamente los autores ven una clara relación entre ambas, pues, como apunta Palkeinen (2005) a partir de su estudio cualitativo, uno de los puntos de vista de la soledad de los mayores es la falta de actividad significativa, debido a la disminución de la capacidad funcional o mala salud; o ya sea por cualquier otra razón, el hecho de no realizar actividades agradables puede dar lugar a la aparición de la soledad como indica el IMSERSO (2000) en su estudio, que las personas que expresan no sentirse solas son las que se mantienen más activas y realizan actividades como: pasear por el parque, leer, ir a bares y cafeterías, o acuden a algún club de jubilados. En el presente estudio, se observa que una relación entre la actividad y la soledad, pues en la media entre las

personas que realizan actividad satisfactoria y el sentimiento de soledad es más baja (15,48), que la media de los que no realizan actividad (17,18). Aunque los valores de ambos grupos están en el nivel medio de la escala ESTE II de soledad social, se debe a que la gran mayoría de los datos obtenidos se encuentran en este intervalo.

En cuanto al objetivo de conocer si en el centro hacen uso de las nuevas tecnologías, se observa en la tabla 16 que en general los mayores no hacen uso de las nuevas tecnologías, aunque la que más usan sin duda es el móvil con un 27,6% que dicen usarlo siempre y un 10,3% a veces. Sin embargo no son muy elevadas las cifras. Respecto a conocer el índice de participación subjetiva, se observa que es muy bajo, ya que apenas participan en actividades en su barrio, ni salen al parque, se puede pensar que es debido a estar interno en el centro y a limitaciones de salud. Sin embargo, parece ser que les resulta fácil hacer amigos. Y por último, en lo que se refiere a la percepción del apoyo social que tienen los mayores, la escala de soledad en la tabla 16 arroja que por lo general tienen una percepción positiva del apoyo social.

Se puede concluir que las causas de la soledad, como señala el IMSERSO (2000), dependen de las personas, de tres circunstancias personales: el deterioro de las relaciones familiares, el aislamiento social y la participación en actividades agradables.

A partir de esta investigación, se propone para posteriores investigaciones sobre el tema, realizar el estudio con una muestra mayor a la presente, pues debido a tener una muestra no muy amplia y los grandes intervalos de la escala ESTE II de soledad social, la gran mayoría de los mayores se sitúan en el nivel medio (11 a 20 puntos). Por esto, se hace más difícil estudiar los resultados, y por ello nos hemos guiado más por las medias del nivel de puntuación de la escala.

Además, se ha de tener en cuenta la forma en la que se realizarán posteriores investigaciones sobre este tema, ya que se piensa que la entrevista con cada uno de los mayores puede cohibirlos y mentir en cuanto a las respuestas. Por lo que se propone que participen los técnicos que trabajen en el centro, puesto que los conocen más y pueden sentirse más cómodos.

Por tanto, no se ha podido observar que existe sentimiento de soledad entre los mayores entrevistados en un nivel medio según la escala ESTE II de soledad social. Sin

embargo, debido a la similitud de los datos, no se han obtenido datos muy esclarecedores.

Referencias bibliográficas

- Abellán, A.; Ayala, A. y Pujol, R. (2017). Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos. Informes envejecimiento en red. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).
- Arranz, L.; Giménez-Llort, L.; De Castro, N.; Baeza, I. y De La Fuente, M. (2009). El aislamiento social durante la vejez empeora el deterioro cognitivo, conductual e inmunitario. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44(3), 137-142
- Bermejo, J. (2003). La soledad en los mayores. *ARS MÉDICA, Revista de Estudios Médico Humanísticos*, 32(2), 126-144
- Buendía, J. y Riquelme, A. (1994). *Jubilación, salud y envejecimiento*. En Buendía, J. (comp.), *Envejecimiento y psicología de la salud* (pp. 69-87). Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Centty, D. (2010). *Manual metodológico para el investigador científico*. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa-Facultad de Economía.
- Cívicos, A. (2012). *La política social gerontológica y su reflejo en prensa de Tenerife*. (Tesis Doctoral). Universidad de La Laguna, Tenerife.
- Constitución Española de 1978. Boletín Oficial del Estado, de 29 de diciembre de 1978, núm. 311, 29316-29424
- Del Barrio, E.; Castejón, P.; Sancho, M. y Tortosa, M. (2010). La Soledad de las personas mayores en España y Suecia: contexto y cultura. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 45(4), 189-195
- Giró, J. (2006). *El Envejecimiento Activo en la Sociedad Española*. La Rioja: Universidad de la Rioja.

Iglesias J., López J., Díaz, M. Alemán, C., Trinidad, A., Castón, P. (2001). La soledad en las personas mayores: Influencias personales, familiares y sociales: Análisis cualitativo. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2000). Boletín sobre el envejecimiento: la soledad de las personas mayores. Madrid: Autor.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2011). Libro Blanco del Envejecimiento Activo. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Instituto Nacional de Estadística (2013). Censo de Población y viviendas 2011. Población residente en establecimientos colectivos. Recuperado el 3 de junio de 2017 de: <http://www.ine.es/prensa/np777.pdf>

Instituto Nacional de Estadística (2016). Esperanza de vida. Recuperado el 4 de junio de 2017 de: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout

Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. *Boletín Oficial del Estado*, de 8 de enero de 2000, núm. 7, 575-728

Louise, C.; Hawkey, Ph.; John, T.; Cacioppo, J. (2010). Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 218-227

Martín, M. (2003). *Trabajo Social en Gerontología*. Madrid: Síntesis.

Miñano, L. (2001). Necesidades y Acción Socioeducativa con las Personas Mayores, III Congreso Estatal del Educador Social y XV Congreso Mundial AIEJI, Barcelona.

- Montero, M. y Sánchez, J. (2001). La soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual. *Salud Mental*, 24(1), 19-27
- Navarro, C.; Sánchez, M.; Menéndez, B.; Sánchez, B.; Gamo, M.; Soler, I. (2011). Atención y apoyo psicosocial domiciliario. Atención sociosanitaria a personas en domicilio. Sevilla: MAD.
- Organización de Naciones Unidas (1982). Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento. Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Viena: autor.
- Palacios, D. y Salvadores, P. (2013). Cuidados en Personas Mayores con Alteraciones Cognitivas y Emocionales en Residencias. Intervención multidisciplinar. Madrid: Dykson.
- Palkeinen, H. (2005). Experiences of loneliness. Families, Networks and Intergenerational Relations. Poland: ESA Conference.
- Pinel, M. y Rubio, R. (s.f.). Un instrumento de medición de soledad social: escala ESTE II. Universidad de Granada. Recuperado el 14 de junio de 2017 de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-este2.pdf>
- Real Academia Española (2017). Soledad. Recuperado el 10 de mayo de 2017 de: <http://dle.rae.es/?id=YGkk3NL>
- Riera, J. (2005). *Contra la tercera edad. Por una sociedad para todas las edades*. Barcelona: Icaria.
- Rodríguez, M., (1999). *Sociología de los mayores*. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca.
- Rodríguez, P. (coord.). (1999). *Residencias para personas mayores*. Manual de Orientación 2º Edición. Madrid: Médica Panamericana.

ANEXOS

ANEXO 1. Tabla ESTE II de soledad social

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

Niveles de puntuación de la escala ESTE II

Soledad Social	
NIVELES	PUNTUACIÓN
Bajo	0 a 10 puntos
Medio	11 a 20 puntos
Alto	21 a 30 puntos

ANEXO 2. Cuestionario

La soledad en las personas mayores

Este estudio se centrará en investigar el sentimiento de soledad en las personas mayores internos en una residencia para mayores. Los datos recogidos con este cuestionario solo tendrá una finalidad académica y serán totalmente anónimos.

*Obligatorio

1. Edad (a 31/12/2016) *

2. Sexo *

Marca solo un óvalo.

- Mujer
 Hombre

3. Nivel de estudios *

Marca solo un óvalo.

- Sin estudios o estudios primarios incompletos
 Estudios primarios completos
 Estudios secundarios primera etapa
 Estudios secundarios segunda etapa
 Estudios universitarios medios
 Estudios universitarios superiores
 No sabe, no responde
 Otro. Especificar _____

4. Estado de salud *

Marca solo un óvalo.

- Muy buena
 Buena
 Regular
 Mala
 Muy mala
 No sabe, no responde
 Otro. Especificar _____

5. Tiempo que lleva usted institucionalizado, ya sea en este centro o en otro **Marca solo un óvalo.*

- Menos de un año
- Entre 1 y 5 años
- Entre 5 y 10 años
- Más de 10 años
- No sabe, no responde
- Otro. Especificar _____

6. Estado civil **Marca solo un óvalo.*

- Soltero o soltera
- Casado o casada
- Separado o separada
- Divorciado o divorciada
- Viudo o viuda
- Unión libre/ pareja
- No sabe, no responde
- Otro. Especificar _____

7. ¿Sale fuera del centro? **Marca solo un óvalo.*

- No, nunca
- Sí, alguna vez.
- sí, a menudo.
- Sí, casi siempre.
- No sabe, no responde.
- Otro. Especificar _____

8. ¿Viene familia a visitarle al centro? **Marca solo un óvalo.*

- Sí
- No *Pasa a la pregunta 11.*
- No sabe, no responde *Pasa a la pregunta 11.*
- Otro. Especificar _____ *Pasa a la pregunta 11.*

9. ¿Con cuánta frecuencia se producen las visitas? **Marca solo un óvalo.*

- Entre 2 o 3 veces al año
- Cada mes o cada dos meses
- Entre 1 o 2 veces por semana
- Entre 3 y 5 veces por semana
- Todos los días
- No sabe, no responde
- Otro. Especificar _____

10. ¿Se siente solo en presencia de familiares? **Marca solo un óvalo.*

- Sí
- No
- Alguna vez
- Bastantes veces
- Muchas veces
- No sabe, no contesta
- Otro. Especificar _____

11. ¿Se siente solo en general?*Marca solo un óvalo.*

- No
- A veces
- Bastantes veces
- Casi siempre
- Siempre
- No sabe, no contesta
- Otro. Especificar _____

12. ¿Se siente escuchado?*Marca solo un óvalo.*

- Sí
- No
- Alguna vez
- No sabe, no responde
- Otro. Especificar _____

13. Tengo gente que me aprecia cerca de mí*Marca solo un óvalo.*

- Sí
- No
- No sabe, no responde
- Otro. Especificar _____

14. Tengo amigos y amigas cerca de mi

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No sabe, no responde
- Otro. Especificar _____

15. ¿Desempeña en el centro alguna actividad que le guste con regularidad?

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No sabe, no responde
- Otro. Especificar _____