



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Análisis de la soledad en los usuarios de la
Residencia Santa Teresa de Cáritas en relación con
su apoyo social y otros factores

Autor/es

Laura Arizcuren Maya

Paula Gaspar Marrodán

Director/es

Luis Manuel Vilas Buendía

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo

2014/2015

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN-JUSTIFICACIÓN	7
MARCO TEÓRICO	9
EL TRABAJO SOCIAL ENFOCADO HACIA EL ESTUDIO.....	9
MODELO SISTÉMICO	10
MODELO PSICOSOCIAL	11
TRABAJO SOCIAL COMUNITARIO	12
CAUSAS O MOTIVOS QUE LLEVAN A INGRESAR EN UNA RESIDENCIA.....	13
TIPOS DE APOYO Y RELACIONES	14
RELACIONES SOCIALES	16
RELACIONES FAMILIARES	16
RECURSOS QUE PERMITEN RELACIONES	17
LA SOLEDAD	18
DIFERENCIA ENTRE ESTAR SOLO Y SENTIRSE SOLO.....	19
ALGUNOS FACTORES CAUSANTES DE LA SOLEDAD	22
DUELO	22
ESTRUCTURA FAMILIAR.....	26
ALGUNOS MITOS SOBRE LA VEJEZ.....	27
RECURSOS DE TIEMPO LIBRE PARA MAYORES.....	28
AMISTADES	28
PERSONAS MAYORES COMO COLABORADORAS	29
PROGRAMA DE ANIMACIÓN SOCIOCULTURAL.....	30
VOLUNTARIADO	32
ALGUNOS RECURSOS DE LA RESIDENCIA SANTA TERESA.....	34
VOLUNTARIADO EN LA RESIDENCIA STA. TERESA	34
FIGURA DEL COORDINADOR DE VOLUNTARIOS EN CENTROS Y SERVICIOS	34
FILOSOFÍA DE LA FIGURA DEL COORDINADOR DE VOLUNTARIOS	34
FUNCIONES DEL VOLUNTARIADO EN LA RESIDENCIA.....	36
ACTIVIDADES REALIZADAS	37
OBJETIVOS.....	41
OBJETIVO GENERAL	41
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	41
HIPÓTESIS	42

CUESTIONES E INTERROGRANTES PLANTEADOS	43
METODOLOGÍA.....	44
UNIVERSO DEL ESTUDIO	47
POBLACIÓN DIANA	48
INVESTIGACIÓN.....	51
DATOS GENERALES	51
RELACIÓN ENTRE SOLEDAD OBJETIVA Y SUBJETIVA	52
TIENEN APOYO FAMILIAR /NO SE SIENTEN SOLOS.....	53
TIENEN APOYO FAMILIAR /SE SIENTEN SOLOS.....	53
NO TIENEN APOYO FAMILIAR /SE SIENTEN SOLOS.....	54
NO TIENEN APOYO FAMILIAR/NO SE SIENTEN SOLOS	55
ANÁLISIS.....	66
CONCLUSIONES.....	69
VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS	69
PROPUESTAS PARA LA TRABAJADORA SOCIAL	79
NUESTRA INTERVENCIÓN COMO FUTURAS TRABAJADORAS SOCIALES	80
ACLARACIONES SOBRE LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO	80
BIBLIOGRAFÍA.....	81
ANEXOS.....	85
MARCO LEGISLATIVO	85
ALGUNOS GRÁFICOS UTILIZADOS EN LA INVESTIGACIÓN.....	86
GLOSARIO.....	94
MODELO DE CUESTIONARIO A LOS USUARIOS DE LA RESIDENCIA STA. TERESA.....	99
MODELO DE ENTREVISTA RESIDENTE RESIDENCIA STA. TERESA	109
MODELO DE ENTREVISTA TRABAJADORA SOCIAL RESIDENCIA STA. TERESA	110
MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	112
FICHA DE INFORMANTES CLAVE	113

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. VARIABLES DEL ESTUDIO.....	42
TABLA 2. POBLACIÓN DIANA.....	48
TABLA 3. LA SOLEDAD SUBJETIVA EN RELACIÓN CON LAS VISITAS DE LA FAMILIA.....	53
TABLA 4. LA SOLEDAD SUBJETIVA EN RELACIÓN CON LA RED FAMILIAR.....	54
TABLA 5. LA SOLEDAD SUBJETIVA EN RELACIÓN CON EL APOYO FAMILIAR.....	54
TABLA 6. FAMILIARES.....	55
TABLA 7. TIPO DE RELACIÓN FAMILIAR.....	56
TABLA 8. VERIFICACIÓN DE VARIABLES DE LA HIPÓTESIS.....	71
TABLA 9. INFORMANTES.....	113

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. SEXO.....	49
GRÁFICO 2. EDAD.....	49
GRÁFICO 3. ESTADO CIVIL.....	50
GRÁFICO 4. SOLEDAD.....	52
GRÁFICO 5. SENTIMIENTOS DE SOLEDAD.....	86
GRÁFICO 6. SOLEDAD SUBJETIVA EN FUNCIÓN DE LA ACEPTACIÓN DEL INGRESO.....	86
GRÁFICO 7. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES.....	87
GRÁFICO 8. RELACIÓN ENTRE LA SOLEDAD Y LA PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES ...	87
GRÁFICO 9. RELACIONES CON COMPAÑEROS.....	88
GRÁFICO 10. RELACIÓN ENTRE LA SOLEDAD Y LA SATISFACCIÓN CON LAS VISITAS.....	88
GRÁFICO 11. RELACIÓN ENTRE LA SOLEDAD Y LA RED FAMILIAR.....	89
GRÁFICO 12. RELACIÓN DE LAS VISITAS CON LA SOLEDAD.....	89
GRÁFICO 13. RELACIÓN DE LA SOLEDAD SUBJETIVA CON LA EDAD.....	90
GRÁFICO 14. RELACIÓN ENTRE LA SOLEDAD SUBJETIVA CON EL ESTADO CIVIL.....	90
GRÁFICO 15. RELACIÓN ENTRE SOLEDAD SUBJETIVA Y TIEMPO EN LA RESIDENCIA.....	91
GRÁFICO 16. RELACIÓN ENTRE SOLEDAD SUBJETIVA Y DIFICULTADES PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ABVD.....	91
GRÁFICO 17. RELACIÓN ENTRE LA RED FAMILIAR Y DIFICULTADES PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ABVD.....	92
GRÁFICO 18. RELACIÓN DE SOLEDAD SUBJETIVA CON AMISTADES EXTERNAS.....	92
GRÁFICO 19. SOLEDAD OBJETIVA/SUBJETIVA.....	93
GRÁFICO 20. FRECUENCIA DE VISITAS.....	93

“El secreto de una buena vejez no es otra cosa que un pacto honrado con la soledad”.

Gabriel García Márquez

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, queremos agradecer la colaboración de las Trabajadoras Sociales y la Directora de la Residencia Santa Teresa (Cáritas Diocesana de Zaragoza), así como a los residentes que se han prestado voluntarios para la realización del trabajo de campo y su amabilidad. En todo momento, se han mostrado dispuestos a colaborar y en muy pocas ocasiones nos han surgido complicaciones.

En cuanto a las Trabajadoras Sociales y Directora del centro, decir que nos han facilitado el acceso a la base de datos así como a documentación donde se explican los diferentes programas realizados en él, previa firma de la Ley de Protección de Datos. Añadir que las profesionales nos han permitido trabajar en las diferentes instalaciones del centro y de manera flexible en cuanto a horarios, para hacernos más fácil la recopilación de datos de los documentos mencionados anteriormente. El hecho de que estas nos hayan dejado interaccionar con los usuarios libremente ha sido importante para nosotras, ya que sin los datos de trabajo de campo no hubiese sido posible realizar esta investigación, siendo primordial conocer datos de fuentes primarias.

En segundo lugar, queremos agradecer la implicación de nuestro director de Trabajo Final de Grado, D. Luis Manuel Vilas Buendía, puesto que nos ha orientado y dado unas pautas para haber sabido encaminar el estudio realizado, así como los apartados fundamentales que debían incluirse. Nos ha aclarado dudas y realizado un seguimiento del trabajo en las tutorías solicitadas, estando siempre dispuesto a pesar de no encontrarse en la facultad.

En definitiva, agradecer a todas aquellas personas que han hecho posible la realización de este estudio, puesto que sin su colaboración, hubiese sido un trabajo complejo.

INTRODUCCIÓN-JUSTIFICACIÓN

Existen numerosos estudios acerca de las relaciones sociales de las personas mayores, y su soledad, generalmente de aquellas que viven solas, sin embargo, aunque se ha abordado el tema en cuanto a su convivencia en diferentes residencias, creemos interesante su investigación en una institución sin ánimo de lucro, como es la Residencia Santa Teresa, de Cáritas, puesto que la mayoría de casos que allí se encuentran, son de personas con recursos, bien débiles o inexistentes, en términos de relaciones familiares, y económicos, para pagar otra residencia, vivienda u otro tipo de recurso.

El objetivo final de este estudio, es el conocer el soporte social con el que cuentan algunas de las personas de esta residencia, y de esta manera, determinar si ello, junto con una participación social y la presencia del apoyo de una asociación que provee al centro de un importante voluntariado, influyen en el estado de ánimo de estas personas. También es interesante, observar cómo son aquellas relaciones que tienen lugar entre los diferentes residentes y voluntarios, y si existe algún tipo de relación entre su interacción y los posibles sentimientos de soledad que tengan lugar. En cualquier caso, pretendemos comprender, sin profundizar excesivamente, las diferentes causas por las que esta se manifiesta, ya que no solo se puede presentar por la carencia de este soporte social, sino como consecuencia del ingreso en la institución, situación que en ocasiones no se termina de asumir por parte del sujeto. En definitiva, procuraremos verificar si la soledad real y la sentida guardan algún tipo de relación, con el fin de contrastar la información consultada acerca del tema en la bibliografía, puesto que aparecen como términos independientes.

Creemos que es la vejez una etapa más susceptible en cuanto a experimentar la soledad, puesto que se trata de un momento de la vida que por lo general va acompañada de diversas pérdidas (familiares, sociales, capacidades físicas, etc.). Se trata de un colectivo vulnerable en este sentido, ya que estas pérdidas pueden aumentar las posibilidades de experimentar sentimientos negativos frente a los cuales es importante saber intervenir como profesionales.

En nuestra sociedad, existe el estereotipo de que todas las personas mayores están solas, se sienten solas o se encuentran abandonadas. No debemos caer en esta creencia, lo cual no quiere decir que no podamos indagar en el porcentaje y posibles causas de la soledad subjetiva en sectores determinados de la sociedad. Aunque no constituya una problemática generalizada, ello no quita para que en una institución determinada no se agraven los casos. Y por mínimos que fueran dichos casos, creemos conveniente el conocer las cifras, ya que cada uno de los usuarios es esencial,

porque se trabaja con personas y se debe intervenir en todos aquellos aspectos sociales que afecten a estos.

Ampliar la información sobre esta temática, nos resulta interesante como Trabajadoras Sociales, ya que en la mayoría de los casos, se trata de personas, que debido a una gran esperanza de vida, a la aparición de enfermedades, así como a la vivencia de diversas pérdidas (seres queridos, autonomía, etc.), se encuentran en una situación de vulnerabilidad. Además, el hecho de que en las residencias aparezca la figura del Trabajador Social, significa que deba tratar de prevenir que las personas mayores lleguen a encontrarse ante situaciones similares, por lo que creemos conveniente conocer posibles problemas.

También es cierto, que a pesar de indagar sobre este tema, debemos aclarar que en ningún caso, cabe representar generalizaciones, al realizar el trabajo de campo en un centro determinado, no debemos extrapolar los resultados obtenidos hacia otras diferentes, por lo que los datos, podrían no ser significativos para toda la sociedad, sino orientativos para los/as trabajadores/as de dicha institución, como medio para conocer la actual situación y poder establecer un proyecto de intervención específico eficaz, en caso de que se creyera conveniente. Además, con este trabajo, pretendemos dar a conocer al voluntariado como importante recurso en este sector.

Para introducir este estudio, nos centramos concretamente en la Residencia Santa Teresa como institución facilitadora de una interacción social entre los diferentes miembros que la componen. Desde estas relaciones, además de tener lugar una fuente de apoyo para los residentes, y obtener unos recursos y ayuda, pretende establecer un sentimiento de pertenencia e integración en la comunidad, con el fin de alcanzar un bienestar individual y social de los mismos.

MARCO TEÓRICO

EL TRABAJO SOCIAL ENFOCADO HACIA EL ESTUDIO

El hecho de que exista la figura del trabajador social en el ámbito residencial, es imprescindible, con la finalidad de la integración y adaptación de los usuarios de la Residencia Santa Teresa en la ciudad de Zaragoza, tratando de prevenir su soledad y aislamiento. Cuenta con una función importante en cuanto a la coordinación con los familiares y su supervisión, en base a garantizar unos vínculos entre el usuario y su red familiar o de amigos, para favorecer su bienestar. Además, realiza un seguimiento de sus relaciones y convivencia dentro de la institución. El Trabajador Social, tendrá en cuenta una visión global del usuario en un momento determinado, y de manera progresiva observará como esta persona va evolucionando, con el fin de prevenir cualquier dificultad que pueda afectar en su vida.

Relacionando el tema de estudio con los modelos de Trabajo Social, cabe destacar el modelo sistémico y psicosocial que explicamos a continuación. En cuanto al ámbito de Trabajo Social con el que se interviene en estos casos, consideramos tener en cuenta el Comunitario.

Pensamos que estos diferentes modelos y métodos de intervención están conectados, puesto que pretenden observar al usuario, no como algo independiente, si no como un elemento influido por otros individuos, que deben verse como un conjunto de interrelaciones. Por ello, nos interesa estudiar el tema de la soledad en personas mayores, no solo por tratarse de un colectivo vulnerable sino que además se necesita buscar un porqué de este “problema” tan generalizado, ya que creemos que su origen no yace únicamente del propio usuario, sino que se puede considerar una “responsabilidad social”, en el cual el entorno del usuario puede generar una influencia sobre su situación. Por tanto, el Trabajador Social debe prestar atención a este sistema de relaciones y el usuario en todos sus aspectos, para tratar de vincularlo a la comunidad y la sociedad en general, realizando una función de conector. Para ello, la intervención del Trabajador Social se debe apoyar en los siguientes modelos.

MODELO SISTÉMICO

El objeto de intervención en que se basa este modelo, es el grupo familiar, estudiando al individuo, con sus dificultades e influencias en el resto de los miembros. Se considera a la familia como una unidad de interrelaciones e interacciones.

La perspectiva sistémica, estudia los fenómenos en el contexto en que se presentan y se desarrollan. También estudia a los individuos, como parte de sistemas interpersonales, desde una visión circular y/o relacional.

Las diferentes razones, por las cuales se puede relacionar el modelo con esta investigación, son el estudio de los diversos entornos sociales, así como su impacto social, para planear programas que favorezcan el cambio, además del análisis de sistemas, que es operativo en diferentes ámbitos sociales y culturales.

Según Pincus y Minahan¹, el que los individuos tengan una vida satisfactoria, depende de los sistemas que construyen su entorno social, por lo que el Trabajo Social, debe incluir diferentes sistemas, así como informales, formales y socializados. Con ello, se pretende facilitar o mejorar las relaciones entre las personas y los sistemas de recursos (Trabajador social, familias, grupos y comunidades).

Es imprescindible, para una intervención eficaz con los usuarios del centro, que el Trabajador Social, conozca todos los miembros que componen la red familiar de estos (al menos tres generaciones), así como las relaciones que se establecen entre ellos.

En cuanto al Trabajo Social con familias, relacionándolo con el ámbito residencial, se puede considerar que “la familia es la principal institución prestadora de servicios sociales ya que responde a las necesidades sociales, educacionales, de salud y de protección hacia sus miembros” (Hartmman &J. Laird 1995, citado por Escartin, MJ.; 1997: 170).

¹ Información obtenida de apuntes de la asignatura “Trabajo Social con Individuos y Familias” de 2º curso de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo, de la Universidad de Zaragoza, procedente de la Doctora y profesora Dolores de Pedro.

El TS con familias implica trabajar a nivel familiar propiamente así como en los diferentes contextos en los que la familia interacciona: educativo, sanitario, económico, convivencial, ocio, legislativo, etc.²

MODELO PSICOSOCIAL

Siguiendo el Trabajo Social de Casos que expone Gordon Hamilton (1937), (citado en Contreras Hermosilla (2006)), todos los problemas de los seres humanos son “psicosociales”, el diagnóstico e intervención deberán basarse en la situación social, emocional, física, mental y económica de los usuarios. Las situaciones en las que se encuentran estos, dependen de sus experiencias, factores genéticos y de su ambiente social. Todos estos aspectos de la vida, deben ser conocidos por el Trabajador Social, en base a realizar una intervención más eficaz.

Siguiendo este modelo

Florence Hollis y Mary Woods, postulan que para entender y ayudar eficazmente a las personas, hay que visualizarlas en el contexto de sus interrelaciones o transacciones con el medio. Fundamentalmente, todos los casos sociales tienen características internas y externas, e incluyen a una persona o una familia y su situación. También, incluyen una realidad objetiva y el significado de esa realidad tiene para quien la experimenta. Por lo tanto, el Trabajador Social debe reconocer y entender ese medio, ese “mundo externo”, que puede ser la familia, el grupo social, el medio laboral o de estudios, o de cualquier otro del cual el cliente forme parte.

También Hollis y Woods señalan la necesidad de que los clientes reciban tratamientos diferenciados de acuerdo a sus características personales, las de su medio ambiente y las del problema o dificultad que motiva la intervención. Para ellas, el problema o dificultad podría

² Información obtenida de apuntes de la asignatura “Trabajo Social con Individuos y Familias” de 2º curso de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo, de la Universidad de Zaragoza, procedente de la Doctora y profesora Dolores de Pedro.

originarse en inadecuaciones del funcionamiento personal de la persona, en su contexto social, o en una combinación de ambos factores. Por ello, la investigación y el diagnóstico social debe identificar y analizar estos posibles factores causales o asociados al problema. En cuanto al diagnóstico, debe – de manera concreta- proporcionar las bases para el tratamiento, el cual concibe como un cambio planificado de la conducta y del medio. (Contreras Hermosilla, 2006, págs. 18-19)

TRABAJO SOCIAL COMUNITARIO

“El apoyo social en el nivel comunitario es, por tanto, un constructo que exige un nivel de análisis distinto al del apoyo en el nivel de las relaciones íntimas y de confianza” (Lin, 1986), citado en (Gracia & Herrero, 2006, pág. 328)

El Trabajo Social Comunitario se caracteriza, entre otros aspectos, en su intermediación en las redes sociales, en el complejo tejido interaccional de una comunidad, en las capacidades y habilidades que facilitan la conexión e interacción positiva entre personas y personas, personas y familias, personas y grupos, grupos y grupos, entidades y comunidad, etc. Son, por tanto, las relaciones y sus efectos el aspecto a enfatizar en la aproximación, análisis e intervención en el ámbito comunitario. (Pastor Seller, 2001, pág. 184)

CAUSAS O MOTIVOS QUE LLEVAN A INGRESAR EN UNA RESIDENCIA

“Siempre han existido personas necesitadas de la protección social, bien por la falta de una familia, bien porque ésta no se encuentra en condiciones de ofrecer a esas personas la atención especial que requieren”. (Bazo Royo, María Teresa, 1991, pág. 150)

Existen diversos motivos que llevan a las personas mayores a ingresar en una residencia. Estos pueden ser de carácter personal o psicológico, y en ocasiones se puede deber al hecho de ser una persona dependiente, a la falta de cuidado por parte de una tercera persona o derivado de algún tipo de pérdida económica, física o social. No obstante, Tobin y Lieberman (1976), demuestran que la decisión del ingreso es motivada por la unión de tres factores: deterioro físico, imposibilidad del cuidado por parte de la familia (a causa de no poder o no querer) y por último, la carencia de unos servicios comunitarios que favorezcan a la persona a llevar una vida independiente.

“No es la falta de salud la variable determinante para el ingreso de las personas en una residencia, sino la falta de apoyo social” (Grandall, 1980:310)

Según Williamson (1980), Grandall (1980) y Diputación Foral de Bizkaia (1990), citado en (Bazo Royo, María Teresa, 1991), las personas mayores, en ocasiones, optan por mantener una independencia frente a su familia por lo que la residencia aparece como una alternativa favorable. Por lo general, la residencia, surge como un último recurso ante situaciones complicadas en el núcleo familiar, a pesar de ser este el principal recurso utilizado.

TIPOS DE APOYO Y RELACIONES

Según Calvete Zumalde (1994), el sistema total de apoyo social consiste en tres subsistemas: informal (familia, amigos y vecinos), formal (organismos públicos y asociaciones privadas que suministran servicios) y semiformal (organizaciones que vinculan a la persona a su comunidad). Teóricamente, estos subsistemas contribuyen conjuntamente a satisfacer las necesidades de los ancianos.

Cuando la salud se deteriora, la familia y los amigos son quienes tienden a cuidar de los mayores. La “red informal” se convierte así en el primer recurso y fuente primaria de asistencia a los ancianos en la sociedad contemporánea.

Estas redes pueden suministrar diversos tipos de apoyo tales como ayuda instrumental, apoyo emocional, apoyo en resolución de problemas y orientación. La mayoría de los ancianos tienen familia o amigos que les ayudan en actividades instrumentales de la vida diaria tales como las tareas del hogar, compras, transporte, etc. El apoyo emocional es otra dimensión del apoyo social. Toda persona necesita alguien en quien confiar asuntos personales y con quien establecer una corriente afectiva intensa.

Calvete Zumalde (1994), describe a las personas que integran este tipo de red de apoyo, haciendo una diferenciación según grado de parentesco y/o relación:

Por una parte, cabe destacar a los cónyuges de las personas de las residencias, como principal fuente de apoyo para aquellos que aún los conservan, ya que son estos quienes están presentes, en la mayoría de los casos, durante la mayor parte de la vida de las otras personas. En el caso de los hombres que permanecen en residencia, se puede decir que es probable que cuenten con el apoyo de sus esposas, ya que en muchos casos, estas mujeres se casan con hombres mayores que ellas, o tienden a tener una mayor esperanza de vida, por lo que terminan asumiendo este rol de “cuidadoras”, debido a que la edad de ellos, es probable que vaya relacionada con la aparición de alguna enfermedad. Cuando el caso se da a la inversa, es decir, es la mujer quien se encuentra en la residencia, se puede dar el caso de que no cuente con el apoyo de su esposo, ya que en muchos casos se trata de viudas, pues la esperanza de vida de ellas tiende a ser superior a la de ellos, por lo que al ingresar en la residencia a una edad elevada, se puede carecer de esta relación de parentesco.

En segundo lugar, Calvete Zumalde (1994), cita a Hanson & Sauer (1985), para referirse a que aparece la figura de los hijos como portadores de apoyo, destacando en aquellos casos en los

que el cónyuge no está presente, y que por lo general estas personas que viven en una residencia, cuentan con al menos un hijo que vive cerca. También hace referencia a Chappell (1991), para explicar que en la mayoría de casos, son las hijas quienes asumen las ayudas de carácter instrumental y/o emocional, mientras que los hijos se encargan de supervisar tareas y facilitar los recursos económicos necesarios.

Por otra parte, también cita a Connidis (1989), para explicar la existencia del apoyo por parte de hermanos, destacando la figura femenina.

En último lugar, aparece una importante fuente de apoyo informal, los amigos, que se implican de manera voluntaria y por lazos afectivos.

Es probable que familiares y amigos cubran aspectos diferentes relacionados con el apoyo, pero a su vez se complementen.

Ehrlich et al (1982); Stephens & Bernstein (1984), sostienen que “en general, los pocos trabajos realizados han tendido a encontrar niveles bajos de apoyo social y de interacción entre los ancianos que viven en residencias”. Stephens & Bernstein (1984); Poulin (1984), también hablan de que “incluso se ha observado que los residentes consideran las relaciones mantenidas con otros residentes como menos significativas y más superficiales que las relaciones con personas externas a la Residencia”, (citado en Calvete Zumalde, 1994, pág. 72)

Dentro de estas redes informales, Calvete Zumalde (1994) expone que se pueden formar tres amplios apartados, en función del tipo de personas que las forman:

- La red exterior, está compuesta por los familiares y amigos con los que los residentes suelen mantener contacto dentro de las residencias, a través de diversas visitas.
- La red de residentes, está constituida por aquellos residentes con los que estos mantienen relaciones habitualmente.
- La red de personal, está formada por los profesionales de los centros que ofrecen una fuente de apoyo social esencial a los residentes. Por lo general, “se trata de un círculo muy reducido”.

RELACIONES SOCIALES

Según Iglesias de Ussel (2001), las situaciones de soledad suelen perjudicar más a los hombres, en cuanto a número de momentos sufridos e intensidad. Estos, cuentan con una menor capacidad para soportar este sentimiento que las mujeres, quienes presentan una mayor facilidad para obtener relaciones de apoyo social y emocional, además de ser más autónoma. Por norma general, son los hombres quienes necesitan de una mayor compañía. En el momento de la pérdida de la pareja, es el hombre quien sufre unas consecuencias mayores al no tener esta fuerte figura a su lado, mientras que la mujer se apoya en unos recursos sociales y personales para superar la situación.

RELACIONES FAMILIARES

Siguiendo a Iglesias de Ussel (2001), muchas personas mayores cuentan con hijos, que a pesar de vivir en la misma localidad, no mantienen el contacto deseado para estas. El debilitamiento de los lazos familiares representa una insatisfacción de las relaciones, pudiendo generar sentimientos de soledad.

También cabe destacar, como causa de este malestar, la escasez de visitas por parte de la familia, lo que puede originar una desilusión por la vida en los mayores.

Por otra parte, aunque el presente estudio, trate de personas ya institucionalizadas, como situación pasada al ingreso y posible desencadenante de este, nos basamos en lo que afirma Iglesias de Ussel (2001), refiriéndose a que cuando la persona convive con los familiares se generan una serie de roces y una insatisfacción por parte los mayores. Por ejemplo, el hablar con la familia de asuntos externos que los mayores no conocen, puede llegar a provocar una falta de comunicación, afectando a sus relaciones y generando un distanciamiento familiar causando soledad y aislamiento en los ancianos.

En aquellos casos, en los que el apoyo familiar hacia los mayores es escaso, puede provocar un sentimiento de abandono en estos. Su estado de ánimo puede verse afectado, en los momentos de tristeza y desatención, aumentando el sentimiento de soledad. Por ejemplo, cuando surgen conflictos entre hijos, sobrinos, etc., ello repercute negativamente en las relaciones de estos con los

mayores, que en muchos casos sienten miedo a ser reprochados por asuntos ajenos a los mismos. Ello, tiende a producir un debilitamiento en las relaciones familiares.

Cuando se cuenta con hijos la situación cambia, aunque los hijos se encuentren lejos de los padres, estos saben que pueden contar con ellos aunque tengan una vida solitaria. Esto no quiere decir que todas las personas mayores tengan hijos o no, es decir, se apoyan en diferentes figuras ya sean hermanos/as, cuñados/as, personas próximas al parentesco.

RECURSOS QUE PERMITEN RELACIONES

VISITAS

Las visitas de los familiares a la persona mayor en la residencia, proporcionan una relación de apoyo mutuo e intercambio de información entre estos. Cuando es el mayor quien sale a visitar a la familia, puede deberse a la búsqueda de un apoyo emocional, para tratar de escapar de un momento determinado de soledad. Sin embargo, cuando estas visitas, vienen por iniciativa familiar, suponen un gran apoyo emocional para el mayor, ya que se le demuestra una preocupación continuada hacia este. Por ello, es importante, que se lleven a cabo de manera habitual, para luchar contra la soledad. La lejanía residencial de los familiares, así como la escasez de tiempo por motivos familiares, laborales, etc., puede afectar en el número de las visitas, no significando una insatisfacción o debilitamiento de las relaciones con ellos. Lo que en estos casos cuenta es el tipo de relación mantenida entre ambas partes, y no estos factores venidos por las circunstancias.

LLAMADAS TELEFÓNICAS

Las llamadas de teléfono, suponen otro recurso que se complementa con el anterior, de manera que en aquellos casos en los que no sea posible la realización de las visitas por parte de familiares o amigos, se intercambia información entre ambas partes, recibiendo a su vez un apoyo afectivo. En el caso de la iniciativa de los familiares o amigos, a realizar las llamadas, se provoca en la persona mayor, un sentimiento de satisfacción, ya que se muestra una preocupación, viendo que no se les ha olvidado ni se encuentran solos, ocupando un lugar importante dentro de la familia. En

general, se puede decir que con ello se evita que se produzca una sensación de soledad y aislamiento. De no ser por este recurso, muchas personas perderían el contacto.

LA SOLEDAD

Como afirma Bermejo Higuera (2003), se puede decir que la soledad se origina a partir de la necesidad de los seres humanos de compartir nuestra existencia con otros; sin ello, aparece un sentimiento de estar incompleto. En la soledad, añoramos la fusión y comunicación con otros individuos, surgiendo, con ella, la sensación de que falta algo que necesitamos. Todos tendemos a relacionarnos con los demás. Es por ello, que cuando no encontramos a alguien que nos satisfaga estas necesidades, aparecen sentimientos negativos. El hecho de que las personas mayores experimenten la soledad, constituye una situación de vulnerabilidad y posible exclusión, ya que en el caso de personas frágiles que conviven con otras, resulta complicado expresar su demanda, ya que por lo general carecen de fuerzas para exigir unos derechos.

Cuando la persona comprueba que no puede, que no tiene opción para establecer ese contacto humano que le permite ser quien es y que cualquier persona necesita, entonces aparece la soledad.

Soledad es, por consiguiente, el convencimiento apesadumbrado de estar excluido, de no tener acceso, quién sabe por qué, a ese mundo de interacciones tiernas y profundas del que todos creemos idealmente que los convivientes disfrutan. Soledad es, pues, la constatación de que no se tienen las oportunidades y las satisfacciones de las que los demás participan. Se produce un “déficit relacional” o de valor en las relaciones interpersonales que hace que la experiencia sea desagradable (...) Aunque la soledad no produce síntomas externos graves, quienes la padecen afirman que se trata de una experiencia desagradable y estresante, asociada con un importante impacto emocional, sensaciones de nerviosismo y angustia, sentimientos de tristeza, irritabilidad, mal humor, marginación social, creencias de ser rechazado, etc. (...) En principio, la soledad es una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente

incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional. (Bermejo Higuera, 2003, pág. 2)

En España, según estudios, aproximadamente el 8% de las personas mayores expresan encontrarse en una situación de soledad. Según Bermejo, citado en (Cardona J, Villamil G, Henao V, & Quintero E, 2009, pág. 154), teniendo en cuenta este porcentaje,

tampoco puede mantenerse el estereotipo de que todas las personas mayores están solas, se sienten solas y menos aún que estén abandonadas, la soledad aparece cuando la persona no puede o no tiene opción para establecer el contacto humano que le permite ser quien es y que cualquier persona necesita.

Según Bermejo (2003), la soledad, puede originar graves consecuencias en la salud, agravándose el riesgo a padecer algunas enfermedades (corazón, digestivo, depresión, dificultad para conciliar el sueño, etc.), además de una influencia negativa en el autoestima, así como pensamientos de suicidio.

Los sentimientos de soledad, suelen aparecer en parte, debido a la falta de realización de actividades satisfactorias, para evitar que surjan pensamientos negativos. Las personas que poseen este sentimiento, insisten en una carencia en la compañía debido a la pérdida de seres queridos.

Además, su aparición no se da de manera igualitaria en todos los momentos de la vida. Suele aparecer en una mayor frecuencia durante la noche o periodos de enfermedad.

DIFERENCIA ENTRE ESTAR SOLO Y SENTIRSE SOLO

Siguiendo a Bermejo Higuera, (2003), experimentar la soledad es contar con una sensación de no estar recibiendo todo el afecto necesario, lo cual tiende a ir acompañado de sentimientos negativos así como angustia, sufrimiento, desolación, insatisfacción, etc. Existe una gran diferencia entre cuando el individuo es consciente o no de que se encuentra sin compañía, en otras palabras, no es lo mismo estar solo que sentirse solo. La primera opción no siempre va acompañada de una conotación negativa, puesto que todos los individuos pasamos tiempo solos en algún momento de nuestra vida, bien sea para cumplir algún objetivo o porque lo necesitemos.

La soledad deseada y conseguida no constituye un problema para las personas, incluidas las personas mayores (...) no siempre implica una vivencia desagradable sino que puede ser una experiencia buscada y enriquecedora, aunque la mayoría de estas personas se han visto obligadas a ello. (Bermejo Higuera, 2003, pág. 3)

Sin embargo, el hecho de sentirse solo, resulta una cuestión más compleja, ya que sucede de manera no deseada, incluso a pesar de contar con compañía, es decir, de no estar solos; aunque pueda resultar paradójico, ambos conceptos no siempre han de ir relacionados. En este sentido, se trata de una soledad de carácter subjetivo derivado de una posible insatisfacción con las relaciones sociales (no solo por cantidad, también por calidad e intensidad).

Como afirma Tunstall (1966), citado en (Rubio Herrera, Portal Mayores, 2004), diferencia entre el término “aislamiento” como concepto objetivo, generado por la inexistencia de contactos sociales, y “soledad”, referida a una experiencia subjetiva, no determinada por estos contactos.

Siguiendo a Peplau y Caldwell (1978), citado en (Rubio Herrera, Portal Mayores, 2004) los sentimientos de soledad se originan cuando las relaciones sociales con las que cuentan los individuos son insatisfactorias o escasas. Según Klein (1982), la ruptura de estas relaciones puede conllevar a un sentido de abandono lo que provoca esta soledad.

Teniendo en cuenta a Comachione, citado en (Cardona J, Villamil G, Henao V, & Quintero E, 2009, pág. 154), la soledad es una experiencia subjetiva que se percibe como negativa y que va acompañada a su vez por tristeza, malhumor y ansiedad (...) La experiencia de la soledad, a veces, puede ser vivida como una verdadera muerte social”.

Como afirman Cardona J, Villamil G, Henao V, & Quintero E. (2009), la soledad es considerada como un estado síquico susceptible de poderse experimentar por cualquier persona en cualquier momento de la vida. Además, es considerado un constructo complejo de definir. Ellos hacen una distinción de los conceptos “estar solo” y “sentirse solo”, citando a los autores Rubio y Aleixandre.

Por “estar solo”, se puede considerar la carencia de unas redes sociales, sinónimo de aislamiento social, marginación, desarraigo o falta de compañía. Sin embargo, “sentirse solo”, adquiere una mayor importancia en lo que a soledad se refiere; es un “sentimiento que genera nostalgia, tristeza, añoranza, aunque se esté acompañado de personas”. (Cardona J, Villamil G, Henao V, & Quintero E, 2009, págs. 154-155). Para Tunstall, citado en (Cardona J, Villamil G,

Henao V, & Quintero E, 2009, pág. 155), “mientras el primer concepto hace referencia a la objetividad, a la carencia de contactos sociales, el segundo alude a las vivencias subjetivas de la estructura de las interacciones sociales. El sentimiento subjetivo de soledad no está determinado de ninguna manera por el número de contactos sociales”. En cualquier caso, se debe aclarar que ambos no están relacionados, puesto que una persona puede estar sola o aislada y no experimentar este sentimiento de soledad, y viceversa.

Siguiendo a Cardona J, Villamil G, Henao V, & Quintero E. (2009), la soledad en las personas mayores puede experimentarse a causa de diversos factores, entre las cuales destacan: el aislamiento social, el deterioro de las relaciones familiares, un descenso en la participación en actividades de ocio, resultando significativa en aquellas situaciones en las cuales aparece una ausencia de parientes o un fallecimiento de los mismos, dificultades en su desplazamiento, limitaciones perceptivas (ceguera, sordera, etc.), marcando en ocasiones una gran distancia con otros individuos. También destacan como posible factor desencadenante, la carencia de recursos económicos que algunos mayores presentan, impidiendo satisfacer aquellas necesidades básicas. Más adelante profundizaremos en algunos de estos factores mencionados.

Cuando el mayor pierde el lugar social que anteriormente ocupaba, puede llevar a su aislamiento, y por tanto, a un estado anímico negativo. Cabe destacar que no siempre que aparece un aislamiento, se produce un sentimiento de soledad, ya que en ocasiones suele tratarse de un aislamiento voluntario, es decir, por decisión personal del individuo, pudiendo provocarle situaciones beneficiosas. Según Bermejo Higuera (2003), “la soledad subjetiva es un sentimiento doloroso y temido por el 22% de las personas mayores”, además, es incompatible con las situaciones en las cuales aparece una soledad (objetiva), o aislamiento buscado.

ALGUNOS FACTORES CAUSANTES DE LA SOLEDAD

SALIDA DE LOS HIJOS DEL HOGAR

En la etapa de la vejez, se da lugar a unas experiencias dolorosas que pueden generar consecuencias negativas en la persona y puede suponer una ruptura con la vida anterior. Un hecho al que suelen enfrentarse las personas mayores es el abandono del hogar por parte de los hijos, puesto que estos deciden llevar a cabo una vida independiente denominada como “Síndrome del Nido Vacío”. Este acontecimiento puede generar en la persona consecuencias emocionales como pueden ser la soledad, depresión, así como pérdida de autoestima. En muchas ocasiones, se tienden a debilitar las relaciones con los hijos, puesto que esperan, por su parte, una ayuda en aquellos momentos de enfermedad o dependencia, por lo que se ven afectadas, a partir de un distanciamiento, las relaciones entre ellos.

En aquellos casos en los cuales el mayor cuenta con hijos, aunque los hijos se encuentren lejos de los padres, estos saben que pueden contar con ellos aunque tengan una vida solitaria. Esto no quiere decir que todas las personas mayores tengan hijos o no, es decir, se apoyan en diferentes figuras ya sean hermanos/as, cuñados/as, personas próximas al parentesco.

Estos sentimientos pueden llegar a superarse, puesto que la pareja es una fuente vital de acompañamiento con la que se comparte una multitud de sentimientos. Esto hace que las personas sientan un profundo dolor con la muerte del cónyuge, punto que explicaremos en el siguiente apartado.

DUELO

Una de las definiciones de duelo, según Carevic Johnson³, podría ser un sentimiento de dolor producido por causa de la pérdida de un ser querido. Para superar este, se necesita de un tiempo para poder volver a la vida normal. El duelo aparece tras la pérdida de la persona amada, de inmediato o en los meses posteriores a esta, este transcurso varía en función de la persona, es decir, depende de múltiples factores, como por ejemplo, la personalidad de cada uno, el impacto que se produce tras la dura pérdida, los recuerdos vividos junto a esa persona y por múltiples

³ No ha sido posible localizar el año de publicación de la página web.

circunstancias tanto psicológicas como sociales que afligen en la persona inmersa en un profundo dolor.

El duelo en las personas mayores, también tiene un fuerte impacto, puesto que el anciano posee más dificultades para acostumbrarse a nuevos cambios. La pérdida de ese ser tan querido para la persona mayor afecta en su vida emocional. Se encuentra en una nueva etapa de dependencia lo que genera una mayor adaptación a una nueva vida.

La viudedad es una causa de duelo y puede generar en el cónyuge depresión, angustia, tristeza, etc. El periodo de ciclo de vida de los hombres es más corto que el de las mujeres, por lo que la viudedad es mayor en las mujeres y estas son más fuertes ante la situación de duelo.

La fase de duelo en las personas mayores, ha cambiado en los últimos años, puesto que éste se vivía en el propio hogar junto con la familia. Hoy en día, sienten el duelo en diferentes instituciones lejos de su hogar como por ejemplo, en las residencias y/o tanatorios.

A continuación profundizamos en las pérdidas que pueden sufrir las personas mayores y pueden repercutir en una situación de soledad.

VIUEDAD

Este es un hecho que cobra una gran importancia, en cuanto al impacto emocional, hecho que se agrava cuando existe un fuerte lazo con la pareja. Ello, se ve gravemente afectado en aquellos casos en los cuales la familia carece de descendencia, desencadenando una situación complicada, debido a que el individuo posee la certeza de que no podrá contar con ningún tipo de apoyo emocional y material, aumentando sensaciones de vulnerabilidad social e incertidumbre con respecto a su futuro. Hay casos en los cuales la red familiar de la persona mayor no se encuentra en el mismo territorio, lo que no significa que deje de tener importancia, ya que aunque se desarrolle una vida en solitario, el pensar en esta cuestión, le proporciona un consuelo y un apoyo moral desde la distancia. Aunque en la mayoría de los casos, la figura de los hijos sea esencial, aumentando el riesgo de aislamiento social, no quiere decir que en algunos otros, la figura de otros familiares, así como hermanos/as o sobrinos/as, suplan esta carencia. A pesar de existir estos parientes, se puede observar, como afirma Iglesias de Ussel (2001), los recursos familiares se ven más limitados,

buscando apoyo en el familiar más próximo con el que se cuente, aunque no se llegue a producir una confianza plena como con el caso de la familia nuclear, sintiéndose solos.

PÉRDIDA DE AMISTADES

Según Iglesias de Ussel (2001), cabe destacar que con el paso del tiempo se agrava la pérdida de amistades a causa de cambios de domicilio por motivo de salud o viudedad, o a defunciones. También se puede reflejar como tras la salida del mercado laboral, con la jubilación, las personas mayores pueden perder el contacto con algunos de los amigos o compañeros de trabajo con los que contaban, ya que tienden a orientar su vida por diferentes caminos.

Este fenómeno de desconexión radical de algunas de las amistades del trabajo ocurre en mayor medida en las grandes ciudades que en las poblaciones pequeñas, en las que la frecuencia del encuentro casual y de los contactos inesperados suelen ser mucho más abundantes. (Iglesias de Ussel, 2001, pág. 46)

EXCLUSIÓN SOCIAL EN LAS PERSONAS MAYORES

Siguiendo a Anaut Bravo, Caparrós, & Calvo Miranda (2008), las personas mayores con el trascurso del tiempo, van disminuyendo su integración en la sociedad en diferentes ámbitos. Adaptarse a una serie de cambios es difícil para ellos puesto que depende de una serie de recursos como pueden ser sociales, personales y familiares. Aunque no hayamos encontrado documentación específica relacionando la exclusión social con la soledad, creemos que podría ser un factor determinante además de los mencionados, puesto que en el centro donde se ha desarrollado la investigación, existen personas cuyo motivo de ingreso fue causado por una situación de exclusión social determinado por una carencia de recursos de vivienda, familiares y/o sociales, no aceptando en muchos de los casos permanecer en la residencia.

Las redes comunitarias familiares y sociales representan algunos recursos que favorecen la integración social de las personas. El grado de inclusión/exclusión de los mayores, dependerá en una gran medida de una carencia de la existencia o número de estos recursos.

CARENCIA DE DESCENDENCIA

Según López Doblas (2005), si a la pérdida de familiares, se le añade la falta de descendencia, se puede generar un aislamiento social y familiar y soledad. Ello, puede provocar momentos difíciles en la persona, al no contar con un apoyo tanto emocional como material. En aquellos casos en los que la persona carece de familia, ya sea debido a un fallecimiento o por no tener descendencia, los recursos familiares se encuentran más limitados. Para estos casos, o en aquellos en los que los hijos viven en otra localidad, para paliar los sentimientos de soledad, los mayores se apoyan en los familiares más cercanos, en muchos casos los hermanos/as. Si estos también fallan, buscarán al más próximo, para cubrir la falta de compañía o apoyo social. En cuanto al sexo de estos familiares, se destaca que no se hace ninguna distinción, ya que lo que importa es si viven cerca donde el mayor vive, así como la calidad de las relaciones establecidas.

SALUD Y/O LIMITACIONES FÍSICAS PARA LA REALIZACIÓN DE ABVD

De acuerdo con lo explicado por Bermejo (2003), la soledad y la salud se encuentran relacionadas en la vida de las personas mayores, debido a que existe un aumento en los problemas de salud, que provocan sentimientos de indefensión y soledad. Además, incrementa la necesidad de atención de otras personas, ya sea por parte de familiares o de cuidadores profesionales.

También, el autor afirma que conforme se eleva la edad de las personas, estas tienden a sentirse más solas. Este envejecimiento suele generar un mayor deterioro en las capacidades de las personas.

Estos individuos que padecen algunas enfermedades, tienden a generar una preocupación sobre el entorno que les rodea, creándose una mayor solidaridad y apoyo por parte de la familia.

Además, siguiendo a M^a Teresa Bazo (citado en Bermejo Higuera (2003)), es probable que los usuarios que padecen problemas de salud, tiendan a percibir los problemas de una manera más negativa y excesiva que la realidad. Por lo general, según estudios, son las mujeres mayores quienes se sienten peor en cuanto a su salud.

TIPO DE RELACIÓN CON LA FAMILIA

Un debilitamiento en las relaciones familiares, especialmente con los hijos, puede generar la aparición de una soledad sentida.

La escasez de relación percibida por los ancianos con los hijos, tanto en cantidad como sobre todo en intensidad y calidad de afecto representa un importante motivo de frustración. Cuando esto se produce, el sentimiento de soledad se eleva en gran medida, ya que probablemente no exista aspecto más negativo para el bienestar emocional de las personas que unas malas relaciones con la familia, no sintiendo la correspondencia de lo que años atrás ellos hicieron por sus hijos.

La supervivencia de la persona mayor pasa la factura de la soledad, del empobrecimiento de la calidad de las relaciones sociales. Incluso la compañía dada por las visitas o muestras de interés hace experimentar la impotencia de llenar el intenso vacío existencial que se percibe en la vida del mayor. En el fondo, en el mayor percibimos esa soledad que a todos nos pertenece pero que más fácilmente ocultamos o rellenamos, la soledad existencial. (Bermejo Higuera, 2003, pág. 9)

ESTRUCTURA FAMILIAR

A lo largo del tiempo, la familia se ha encargado de asumir el rol de cuidador de aquellos miembros en situación de dependencia. En la mayoría de los casos, es la mujer quien se encarga de realizar estos cuidados. En los últimos años, ha tenido lugar un cambio dentro de la estructura familiar, en cuanto al envejecimiento de la población y la incorporación de la mujer al mundo laboral. Todo ello, ha repercutido sobre el modelo de “apoyo informal”, pudiendo, en muchos casos, llegar a deteriorarse. El papel ejercido por la mujer en el cuidado, se ha transformado, en los últimos años, de manera que es la mujer quien necesita ser cuidada. Esta crisis del “apoyo familiar”, se da por la dispersión de la familia extensa y el aumento de la movilidad geográfica de los

miembros de la unidad familiar, aparición de nuevos modelos de familia, incorporación de la mujer al trabajo. Todo ello, influye considerablemente en el modelo familiar tradicional.

ALGUNOS MITOS SOBRE LA VEJEZ

Según Orantes Fernández (2007), entre la población circulan algunos mitos acerca del envejecimiento, hablando de este en términos de desidia, inactividad, pobreza y enfermedad. A continuación, mostramos algunos de ellos, relacionados con la participación social de las personas mayores, así como otros conceptos relacionados.

Existe la creencia de que los mayores, se sienten miserables y la mejor forma de adaptación es el aislamiento social. Muchos teóricos, han estudiado la teoría del “retraimiento”, proceso que consiste en la retirada gradual de la vida social de los individuos, de lo cual se ha sacado la conclusión de que se trata más de un proceso individual, que no se debe generalizar entre la población anciana. Algunos, toman la propia decisión de desarraigarse de la sociedad, mientras que otros se ven forzados a llevarlo a cabo por las actitudes de la sociedad. Tanto la sociedad como el individuo, son partícipes de este proceso; en ocasiones, es la sociedad la cual, a través de unos valores, dota a los mayores de escasas oportunidades para una participación de los mismos. Se dice pues, que estas personas con una avanzada edad, son de la misma manera de la que fueron de jóvenes, y responden a las situaciones en base a los recursos personales con los que cuentan.

Aunque muchos mayores se lamentan de la soledad, hay quienes la ven como una situación normalizada, debido al paso por etapas similares a lo largo de su vida. Hay quienes disfrutan de la soledad, lo que no significa que se encuentren socialmente aislados. También existe la errónea creencia, de que los mayores, al cumplir 65 años, no deben pensar en otra cosa que en la llegada de la muerte; sin embargo, se ha demostrado como los ancianos ansían hacer amigos, como parte de su capacidad adaptativa. Se puede decir que aunque para algunas personas, el hecho de deber adaptarse a algunos cambios y pérdidas propios de la vejez resulte complicado, ello no va en ninguna medida relacionado con el aislamiento, pues se cree conveniente la utilización de recursos personales con la finalidad de disminuir estas posibles situaciones difíciles propias de esta etapa de la vida.

La sociedad, también llega a pensar, que los ancianos carecen de productividad, pensamiento propio de una sociedad capitalista, donde se interesa una máxima producción de carácter material. En esta etapa, la fortaleza física va disminuyendo, y no se pueden realizar

actividades que requieran un esfuerzo físico, así como se solían realizar años atrás. En muchas ocasiones, es la propia sociedad, quien obliga de alguna manera a las personas mayores, a jubilarse o retirarse de las corrientes de producción, siendo marginadas. No obstante, existen algunas contribuciones, escasamente valoradas; se trata de las aportaciones que realizan algunas mujeres mayores, en cuanto al cuidado de miembros necesitados de su familia. Son muchas las personas de edad avanzada, que continúan manteniéndose activas en la fuerza trabajadora, así como en sus propios negocios. Se piensa, que en caso de asumir, por parte de la sociedad, una conducta diferente en cuanto al potencial productivo de estas personas, se agravaría su participación en la vida.

En cuanto a la creatividad, pese al mito de su carencia en estas edades, también cabe destacar como la edad, en ningún caso debe determinar la creatividad de los individuos, ni limitar su capacidad de aprendizaje. En la mayoría de los casos, también se trata de personas que cuentan con unas inquietudes, en cuanto a deporte, cultura, diversos talleres, etc.

Por último, se debe eliminar por completo la falsa creencia de que las personas mayores son tercas y cascarrabias, puesto que el carácter rígido de algunas, no es fruto de la avanzada edad, sino de la personalidad con la que cada una de ellas cuenta, que tiende a ser moldeada a partir de una serie de experiencias vividas. Por norma general, se dice que quien de joven fue de una manera determinada, va a continuar en esta línea, pudiendo agudizarse o desaparecer algunas características concretas propias de cada personalidad, como producto de los cambios o pérdidas de la persona.

Como profesionales, es importante romper con estos estereotipos, promocionando nuestra participación con este grupo de la población, así como el favorecimiento de la participación social del mismo.

RECURSOS DE TIEMPO LIBRE PARA MAYORES

AMISTADES

Siguiendo a Bermejo (2003), uno de los factores favorecedores de la soledad son las amistades, muchas personas requieren o prefieren de estas en vez de su familia para intentar evitar este sentimiento. Cabe destacar que la desconfianza, sospecha y/o inseguridad son factores negativos que se producen y debido a ellos, nunca llega a establecerse una nueva amistad quizá por el temor de que se puedan desvelar aspectos familiares degradantes para la persona. En algunas

ocasiones, muchas personas mayores prefieren vivir y sentir ese sufrimiento en soledad en vez de establecer nuevas relaciones.

PERSONAS MAYORES COMO COLABORADORAS

Vivimos en una sociedad en constante envejecimiento. Además de ello, hay que tener en cuenta que se han producido cambios cualitativos significativos; los grandes avances tecnológicos, han hecho que los mayores hayan perdido su papel. Además de darse importancia a un modelo juvenil, aquello relacionado con la tercera edad es rechazado. Cuando se produce la jubilación, aparece una situación complicada, puesto que con el abandono de la actividad laboral, tiende a producirse en la persona un vacío que se debe llenar, ya que de lo contrario, pueden aparecer problemas psicológicos que puedan perjudicar en la salud y calidad de vida de esta. Se trata de un colectivo que se encuentra socialmente marginado y desplazado, además de contar con un gran tiempo libre que se debe tratar de ocupar de alguna manera. Se trata de un colectivo idóneo para participar realizando actividades dentro de la comunidad, ya que cuenta con un gran conocimiento y experiencia. El hecho de que existan asociaciones con programas específicos de voluntariado por parte de este colectivo, desmonta los mitos de que los mayores carecen de interés en labores de estas características.

Esta manera de participar activamente, conduce a una mejor integración y realización de estas personas.

Facilitando información positiva a la sociedad sobre las personas mayores, favoreciendo su protagonismo en actividades sociales y fomentando la interrelación intergeneracional, se puede conseguir mejorar la autoimagen de la gente mayor, aumentar el número de relaciones sociales y la calidad de estar, mejorar su imagen en la sociedad, ayudar a pensar a los más jóvenes sobre su futura vejez (Arajol, 1987), adaptarse ante la pérdida de trabajo y los roles familiares, lograr gratificación emocional, etc. (Action, 1975), citados en (Orantes Fernández, 2007, pág. 164).

La incorporación de este colectivo como voluntario, conlleva unos beneficios en todos los sectores (la propia persona, sociedad y organizaciones, según Cruz Roja Española (1989):

Las ventajas sociales se producen en la manera que se trata de concienciar a la población de la importancia que tienen las personas mayores, mejorando su imagen y papel en la sociedad, y trabajando valores de solidaridad.

También existen ventajas para las organizaciones, ya que a medida que aumenta el número de voluntarios con una dedicación y experiencia, podrán realizar unos programas de intervención más eficientes.

Por último, se producen beneficios para las propias personas, ya que mediante su participación en tareas de carácter voluntario e interés social, se consigue romper con las percepciones de inactividad e inutilidad del colectivo, consiguiendo que se sientan personas útiles e integradas en el medio donde viven, y previniendo así, situaciones de marginación social así como el deterioro fisiológico.

En la Residencia Santa Teresa, aunque no se cuente con un programa específico en esta materia, se puede observar cómo se anima a los diferentes residentes, a participar en pequeñas actividades, en base a gustos e intereses personales, de manera que mantienen una ocupación del tiempo, además de realizar un importante trabajo para el resto de sus compañeros, trabajadores, etc. Se trata de actividades como recibir llamadas (persona más autónoma), permanecer para abrir la puerta, mantenimiento del jardín, ayuda en la lavandería, ayuda a recoger el comedor tras las comidas, etc.

PROGRAMA DE ANIMACIÓN SOCIOCULTURAL

Según Orantes Fernández (2007), en el Plan Gerontológico, se habla de ocio, tiempo libre, participación, cultura, etc., por lo que también es importante destacar la importancia de la animación sociocultural en residencias de personas mayores. También explica cómo hay personas con alguna discapacidad, que les dificulta el acceso a este tipo de recursos, por lo que se les debe acercar estos.

Se puede entender la animación sociocultural como el proceso de un grupo que parte de una situación concreta y que va a generar convivencia y participación. Hablar de animación sociocultural es referirse a una metodología de trabajo y de intervención social con el

objetivo de intervenir en las relaciones humanas, generando redes de relación, consolidando un tejido grupal de diálogo y potenciando la solidaridad y participación comunitaria. La animación sociocultural en la residencia como un programa más de intervención psicosocial no tiene sentido si no forma parte de la cultura de la organización de la propia residencia como una empresa que genera calidad de vida. (Orantes Fernández, 2007, pág. 172).

Este recurso, pretende, como fin último, el ocio como fuente de realización y satisfacción personal. Trata de aportar a las personas cierta autonomía e independencia, en el sentido de que el ingreso en la residencia supone cierta privación de realización de actividades de la vida diaria, como cuando vivían en su domicilio. Es importante enmarcar el hecho de que con este recurso, las personas deban participar en la vida social, independientemente de la edad, deben conservar la mayor autonomía posible, siendo interesante la idea de favorecer que puedan realizar a su vez vida en el exterior del centro. El bienestar (tanto físico como moral) de los residentes, no se debe limitar a la cobertura de sus necesidades básicas (alojamiento y alimentación). En caso de que sea posible, también es conveniente que los mayores puedan salir del centro para poder encontrarse y relacionarse con el exterior.

- También se pretende que los mayores tengan la posibilidad de cumplir algún rol social, para sentirse útiles, garantizando a estas personas gozar de una autoestima y bienestar psíquico.
- Otra cuestión que se debe tratar es el sentimiento de pertenencia a un grupo social y cultura; organizando actividades que favorezcan la creación de lazos comunes entre personas, se potenciarán unos sentimientos de pertenencia e identidad con los otros.
- Es fundamental proporcionar un bienestar físico y psicológico mediante la realización de actividades, excursiones, etc.
- Es importante el hecho de recopilar información acerca de la historia, situación familiar, modo de vida, intereses, etc. de los usuarios, para que los profesionales puedan comunicarse con estos y reforzar su identidad.
- Se debe concienciar a los mayores sobre la importancia de continuar adquiriendo conocimientos y desarrollar su cultura; a pesar de que no haya interés a edades avanzadas, es necesario a cualquier edad para mejorar su propia imagen y autoestima.

- Se debe luchar contra el aislamiento y encierro de uno mismo, fomentando el encuentro personal y grupal, el establecimiento de una comunicación y una escucha atenta de los mayores.
- Se debe potenciar, a través de la realización de juegos, las relaciones entre residentes, logrando la diversión de estos.
- Se debe favorecer la creación de una imagen positiva de sí mismos.
- Es importante reforzar en las conductas positivas a los mayores, para que observen que se confía en sus posibilidades.
- En los casos en los cuales los mayores sufren por el cambio que supone en sus vidas la institucionalización, creando situaciones conflictivas, la animación, previo conocimiento de los gustos y preferencias de la persona, tratará de hacer desplazar este malestar.

VOLUNTARIADO

Según los datos ofrecidos desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, actualmente en España hay seis millones de voluntarios representando el 15% de la población total. El 8% de los voluntarios son mayores de 65 años y el 42% son menores de 35 años. (Ministerio de Sanidad, 2015).

Entendemos por voluntariado todas aquellas personas que colaboran de manera no lucrativa en beneficio de los individuos y de la comunidad. Es una persona sensibilizada ante las necesidades de estos, integrada en una organización voluntaria o participando en programas o servicios concretos de acción social. Esta persona debe tener unas condiciones adecuadas y unas características conformes a la acción que va a desarrollar y que dispone de un tiempo que le permita una dedicación para que su actitud de compromiso se convierta en un compromiso concreto. Por otra parte, es una aportación cualificada a la acción social, busca promover la participación, animar a la cooperación y a la solidaridad de la sociedad y de las comunidades en las que se desarrolla.

Para Cáritas, el voluntariado es aquel grupo de personas, creyentes o no, pero identificadas con los objetivos de la institución, que se comprometen en la acción social, porque creen

sinceramente que el trabajar por la justicia y el desarrollo es una dimensión importante del Evangelio.

ALGUNOS RECURSOS DE LA RESIDENCIA SANTA TERESA

VOLUNTARIADO EN LA RESIDENCIA STA. TERESA

La Residencia Santa Teresa de Cáritas, cuenta con un total de sesenta y cuatro voluntarios que realizan diferentes funciones.

FIGURA DEL COORDINADOR DE VOLUNTARIOS EN CENTROS Y SERVICIOS

Dentro de los centros y servicios de Cáritas, la acción voluntaria se dibuja como un ámbito importante a desarrollar, buscando una complementariedad que enriquezca las labores profesionales que desde dichos centros se realiza. Junto a ello, es importante, además, destacar la dimensión comunitaria que dicha acción voluntaria presenta, como expresión del compromiso de la comunidad con los colectivos excluidos de nuestra sociedad.

Ante esta constatación, descubrimos la necesidad de que la acción voluntaria en estos centros se planifique conscientemente, dentro de la programación que dichos centros desarrollan.

Los dos elementos claves, a la hora de diseñar la planificación de la acción voluntaria, serían, por un lado, el programa del que depende el centro y, por otro, la dirección del propio centro. Esta planificación debería tener en cuenta dos aspectos fundamentales, ya mencionados anteriormente, la complementariedad con los profesionales y la dimensión comunitaria de la labor que se realiza desde el centro.

Pero, junto a estos dos elementos fundamentales, sería interesante ir dando “cuerpo” y “cancha” a una nueva figura, la del coordinador de voluntarios, como elemento de enlace entre los voluntarios y la dirección del centro.

FILOSOFÍA DE LA FIGURA DEL COORDINADOR DE VOLUNTARIOS

La creación de esta figura busca facilitar el desarrollo de la acción voluntaria en los centros y servicios de Cáritas, de forma integrada con la labor que se desarrolla en dichos centros. Por ello, debemos estar atentos a evitar cualquier posible burocratización, buscando, en todo momento, las posibilidades que esta figura ofrece para desarrollar la dimensión humana del voluntario.

Con ella se pretende descargar de tareas de atención a los voluntarios a la dirección del centro. El coordinador de voluntarios es un elemento que, a modo de enlace, acerca al voluntario a la dirección del centro y a Cáritas, a través del Programa de Voluntariado y el de dirección de Formación. En ningún momento se pretende sustituir la función de la dirección del centro de planificar la acción voluntaria, de forma acorde con la filosofía y orientación del centro. En cualquier caso, es una figura que apoya y complementa dicha función y posibilita, por otra parte, una atención directa a los voluntarios, con el fin de mejorar la acción voluntaria que estos desempeñan.

Perfil del coordinador de voluntarios

- Persona dinámica, creativa y con capacidad de análisis crítico. Responsable y con cierta madurez personal.
- Que responda al modelo de animador democrático.
- Con capacidad de programar un equipo.
- Capaz de desarrollar visión de globalidad.
- Disponibilidad y compromiso regular que le permita desarrollar las funciones señaladas.
- Con capacidad de coordinación.
- Talante dialogante y capacidad de comunicación, tanto con la dirección del centro como con los voluntarios.
- Sensibilizado ante el colectivo usuario del centro.
- Preocupado por su propia formación.

Funciones del coordinador de voluntarios en la Residencia Santa Teresa

Teniendo en cuenta que la Trabajadora Social del centro es la que coordina y de la que dependen directamente los voluntarios, las funciones del coordinador son:

- Participar, junto con el director y el programa del centro en el diseño de la programación de la acción voluntaria y de la coordinación de las actividades.

- Conocer la realidad de los voluntarios que participan en el centro o servicio, sus actitudes o aptitudes.
- Hacer llegar a la dirección del centro las necesidades e inquietudes de los voluntarios.
- Detectar nuevas necesidades y reorientación de las actividades según esas necesidades, en coordinación con el equipo del centro.
- Servir de enlace con el Programa de Voluntariado y de Formación.
- Realizar tareas de apoyo y coordinación de la formación de los voluntarios.
- Acompañar a los voluntarios que van a participar en el centro.

Formación del coordinador de voluntarios

- Curso Básico de formación de voluntarios.
- Formación específica sobre el colectivo usuario del centro.
- Formación como animador de grupos.

FUNCIONES DEL VOLUNTARIADO EN LA RESIDENCIA

Actualmente, en la Residencia Santa Teresa, se cuenta con un total de 64 personas que desempeñan una labor de voluntariado dentro de la institución. Proviene del Programa de Voluntariado de Cáritas Diocesana de Zaragoza, habiendo seleccionado este centro para ofrecer su ayuda a los 68 residentes que en este se encuentran.

Entre sus funciones están: tareas de acompañamiento en el día a día, desplazamiento de los residentes por el centro, pasar el rato con los mayores en el jardín llevando una conversación, presencia y animación en las diferentes fiestas organizadas, acompañamiento a médicos y demás gestiones personales, tareas de mantenimiento (arreglo de aparatos, cambio de bombillas, etc.), peluquería, impartición de actividades de ocio (con organización de T.S.), compra de enseres que demanden los residentes, realización de pequeños zurdidos o tareas de costura para ropa de los residentes, etc.

A pesar de que estos voluntarios están presentes diariamente (bajo disponibilidad de horarios), cabe destacar que las labores generales demandadas en momentos puntuales son cubiertas, sobre todo cuando el residente carece de familia, o a esta no le es posible acudir al centro en ese momento determinado. No obstante, aquellos residentes que precisan de un mayor apoyo social, en el mayor de los casos, debido a una carencia o escasez de relaciones familiares o de amistades externas, la Trabajadora Social, organiza el establecimiento, para cada una de estas personas, de la asignación de un/a, voluntario/a de referencia, con el que el residente congenie de manera satisfactoria. Como nos contó la Trabajadora Social, se trata de un apoyo más personalizado, ya que estos voluntarios en el momento determinado, no acuden a la residencia de manera general para todos, sino que, por lo general, de manera semanal, acuden con la finalidad de visitar a ese residente concreto, de manera que se le haga sentir importante, lo cual le producirá sentimientos positivos. Además, la profesional, en la entrevista que le fue realizada, afirmó que la labor de estos voluntarios, puede suplir las carencias sociales de aquellos residentes que se sienten solos, evitando sentimientos de soledad y promoviendo una motivación. Para estos residentes, es muy importante el saber que les visitan porque quieren, porque sale de ellos, a diferencia de los cuidadores profesionales, que cuando visitan es porque hay de por medio un contrato del servicio. Además, el saber que les vienen a visitar de manera individual, hacen que se sientan más acompañados. Todo ello, es sobre todo importante, para aquellas personas que debido a la avanzada edad, han perdido su red social, o que por el contrario, ya carecían de descendientes. En definitiva, es importante que estas personas les muestren una preocupación sobre el día a día.

El papel del voluntariado en esta residencia, juega un papel fundamental, ya que, a diferencia de otras residencias, Santa Teresa, cuenta con un gran número de personas que han ingresado a causa de una carencia de red social de apoyo.

ACTIVIDADES REALIZADAS

Programa de Animación Sociocultural: se realiza durante todo el año. Se trata de un método de intervención, con acciones de práctica social, dirigidas a animar, dar vida, poner en relación a los individuos y a la sociedad en general, con una adecuada tecnología y mediante la utilización de instrumentos que potencien el esfuerzo y la participación social y cultural.

Se trabaja para lograr la integración de la residencia en el barrio y en la comunidad, favoreciendo la participación de los residentes como unos vecinos/as más del barrio, participando

en las fiestas, celebraciones, de sus recursos, interviniendo para que los horarios se adecuen a los de ellos.

El planing de actividades de la Residencia Santa Teresa consta de:

- De manera mensual, se realiza una fiesta para celebrar los cumpleaños de aquellos residentes que han cumplido los años en ese mes. Se trata de crear un momento agradable para los residentes participando en la preparación de la actividad y en su ejecución, felicitando a los compañeros por cumplir un año más siendo digno de alegría, de compartir, siendo un momento de dinámicas, juegos, representaciones, para motivar la participación, a reforzar el sentimiento de gran familia dando espacio a la expresión, chistes, canciones, refranes. También se invitan a grupos, corales, rondallas para amenizar la celebración.
- A finales del mes de septiembre o a primeros de octubre, se lleva a cabo el Encuentro Lares. Se trata de un encuentro de personas dependientes de diferentes residencias sin ánimo de lucro vinculadas a la Iglesia. Se celebra a través de una misa en la Basílica de Nuestra Señora Del Pilar, ya que por la cultura de los mayores y por su filosofía se da valor a esta forma de celebrar. Es una misa participativa: desde los residentes, trabajadores, voluntarios de las diferentes residencias, hasta los propios párrocos de cada comunidad de las residencias participantes. Después se da un banquete en los salones del parque de atracciones con orquesta y animación.
- En primavera, otoño, Navidad y la Cuaresma de Semana Santa, tiene lugar un encuentro de mayores en la parroquia adjunta a la residencia. Se realizan diferentes actividades participativas para mantener diferentes ritos y celebraciones, así como rastrillos solidarios, festival navideño, epifanía de los Reyes Magos, Jornada Mundial por la paz, así como diferentes celebraciones de estas fechas significativas.
- En verano tiene lugar una excursión, con motivo de vacaciones para los residentes, así como diferentes exposiciones de cuadros en la institución.
- Todos los miércoles de septiembre a junio, se realiza la actividad de Laborterapia, que consiste en la creación de un espacio en el que un grupo fijo de residentes se mantienen unidas con una tarea en común. Se prepara la sesión, por parte de la Trabajadora Social según las necesidades y actividades de la residencia. Siempre con el apoyo de dos voluntarias que serán las que estén realizando con los residentes la actividad que corresponda en el taller, la Trabajadora Social supervisará y coordinará.

- Se fomenta la participación en la toma de decisiones de los residentes en sus tareas a realizar: realización de manualidades, dibujos, postales navideñas o felicitaciones de cumpleaños.
- Desde el 18 de noviembre al 14 de enero, tienen lugar las celebraciones navideñas, un periodo para muchos residentes de tristeza, por lo que se intenta suplir con mayor fuerza todas las pérdidas afectivas familiares, se facilita que el residente comparta estas fechas con su familia, los residentes con desestructura familiar o familia inexistente. Se procura compensarles la carencia con el acompañamiento de voluntarios que cenarán, comerán y participan en las actividades compartiendo estas fechas de gran peso emocional y cultural. Desde Noviembre se comienzan en laborterapia a realizar tarjetas navideñas y adornos para estas fechas. Serán los residentes con ayuda de los voluntarios bajo supervisión y coordinación de las trabajadoras sociales los que adornen su casa y coloquen el Belén y mediante asambleas y reuniones piensen en actividades, actuaciones para las fiestas, platos que quieren comer en estas fechas “comienza a oler la navidad”.
- Del 8 al 15 de octubre se realizan una serie de actividades, con motivo de la Semana Cultural, donde se realizan diferentes exposiciones, excursiones, comidas especiales, concursos, etc. Ello contempla el trabajo interdisciplinar, de los residentes, voluntarios y familias.
- Fiesta de voluntarios.
- Proyecto intergeneracional: “cuéntame-yo te cuento”. Se trata de un proceso de desarrollo comunitario, pensado desde la actividad escolar y paralelamente desde la actividad de la residencia, en los que las personas mayores transmiten su saber de experiencia, generosidad, espera, confianza y paciencia a personas con edades comprendidas entre los 16 y 18 años.
- Programa club de lectura-la unión. La persona se trata como centro de la intervención, ya que favorece el desarrollo personal a través de una herramienta universal como es la lectura oral, el colectivo de personas mayores dependientes de la residencia reúnen unas características comunes vitales como son la pérdida de las capacidades, funcionales, físicas, económicas, sociales como la pérdida de seres queridos y de relaciones personales, pérdida y/o cambio de roles, por las que han tenido que elaborar diferentes duelos mejor o peor elaborados, llevan tras de sí un bagaje personal que no debe estacionarse a residir en un centro residencial, debemos proporcionales en este caso a través de la lectura y del grupo un

momento de encuentro, de escucha, de reflexión donde se favorezca esos viajes mentales a través de los textos donde puedan expresarse, soñar y como no, recordar sus experiencias vitales y crecer culturalmente, será desde ese punto donde nacerá y se trabajará el grupo de discusión. En el que se igualen residentes de diferentes niveles intelectuales y culturales. Cada dos viernes al mes.

- Aquellos viernes alternos al club de lectura, se realiza un Cineforum, donde se proyecta una película con posterior coloquio.

Además de estas actividades de animación sociocultural, de carácter voluntario, se realizan sesiones de Terapia ocupacional y fisioterapia, en función a las necesidades de cada uno de los residentes, por lo que es conveniente su asistencia.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer el apoyo social con el que cuentan los usuarios de la Residencia Santa Teresa en la ciudad de Zaragoza, así como los diferentes recursos que tiene lugar en ella, para favorecer la vida de estas personas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Indagar en cómo influyen los factores personales, familiares, sociales en el individuo y sus sentimientos de soledad.
- Conocer cuáles son las redes de apoyo de los residentes y establecer relaciones entre ello y otras características personales inherentes al perfil sociodemográfico, observando en qué manera influyen en la soledad subjetiva.
- Averiguar qué tipo de relaciones se establecen entre compañeros y cuál es el grado de participación social, y cómo esto influye en la posible soledad subjetiva.
- Investigar cómo influye el hecho de existir un Programa de Voluntariado y la organización de un elevado número de actividades en cómo se sienten los residentes.

HIPÓTESIS

El usuario de la Residencia Santa Teresa de Zaragoza, que manifiesta sentimientos de soledad, es un **hombre, menor de 65 años, viudo**, que lleva en el centro **menos de un año**, está **insatisfecho** con la residencia y no ha **aceptado** que debe estar allí, tiene dificultades para realizar las **ABVD**, consta de una **red familiar** débil o carece de ella, **carece de descendencia**, no cuenta con el apoyo de **amistades externas**, contando con un número de **visitas** escaso (mensualmente o inexistente) por su parte, y estando **insatisfecho** con las mismas. Además su **participación** en las actividades voluntarias del centro es escasa, así como su **relación** con los compañeros, profesionales y voluntarios.

VARIABLES QUE HEMOS UTILIZADO
Sexo
Edad
Estado civil
Tiempo que lleva en la Residencia
Red familiar
Descendencia
Amistades externas
Visitas y procedencia; satisfacción con ellas
Participación en actividades voluntarias
Relación con compañeros
Relación con trabajadoras
Relación con voluntarios
Satisfacción con la residencia
Aceptación de estar en la Residencia
Dificultades en la realización de ABVD

Tabla 1. Variables del estudio

Para entender la hipótesis, hemos considerado necesario reflejar una serie de variables claves para comprender las posibles interrelaciones con la soledad, puesto que esta, es un conjunto de todas estas variables.

CUESTIONES E INTERROGRANTES PLANTEADOS

- ¿Qué porcentaje de residentes manifiestan sentimientos de soledad?
- ¿Repercute ello emocionalmente más a los hombres o a las mujeres?
- ¿La falta de participación en las actividades de la residencia, influye en que los residentes se sientan solos?
- ¿Cómo es el apoyo informal que reciben estas personas?
- ¿La carencia de una red de apoyo informal (familia y amigos) repercute en la soledad subjetiva?
- ¿Qué relación existe entre la existencia de familia y las visitas por parte de esta?
- ¿Quiénes son por norma general quienes muestran una mayor preocupación?
- ¿En qué medida el voluntariado influye en su bienestar?
- ¿Cómo son las relaciones que se establecen entre los compañeros? ¿Y con los profesionales?
- ¿Existe una relación entre la soledad subjetiva y si los residentes han aceptado estar en el centro?

METODOLOGÍA

Para la realización de la presente investigación, es necesario establecer una metodología de cómo se va a llevar a cabo.

En cuanto a la finalidad, se trata de una investigación básica o pura, puesto que el objetivo de la misma está orientado hacia el conocimiento de la realidad social profundizando en el apoyo social de las personas que se encuentran en la Residencia Santa Teresa (Cáritas), en la ciudad de Zaragoza. Es decir, no se pretende llevar a cabo una acción a corto plazo para cambiar dicha realidad.

Según los objetivos que se pretenden alcanzar a lo largo de la investigación, determinamos que se trata de una de carácter descriptivo, puesto que con este estudio, pretendemos plantear cómo es una realidad social determinada en un momento concreto. En esta investigación, entre otras cosas pretendemos conocer cómo es el apoyo que reciben los usuarios de la Residencia Sta. Teresa, y cuántos de ellos, se sienten solos. Cabe destacar que también se trata de una investigación de carácter explicativo, porque trata de dar respuesta a cuáles son las causas que determinan esta realidad. En cuanto a esto, queremos conocer el porqué de la soledad en las personas mayores de la residencia.

De acuerdo con el alcance temporal, se trata de una investigación seccional o transversal, ya que la información va a ser recogida en un momento determinado en el tiempo, aproximándonos entre los meses febrero y septiembre; no pretendemos seguir una evolución a lo largo del tiempo, aunque queda abierta para posibles estudios posteriores, profundizando en diversos aspectos de la presente investigación que se han tenido en cuenta de manera superficial.

Por otra parte, relacionándolo con las técnicas o métodos de investigación, podemos determinar que se va a utilizar una triangulación metodológica, caracterizada por la combinación de técnicas cuantitativas y cualitativas. En primer lugar hemos elaborado un total de 31 cuestionarios dirigidos a diferentes residentes escogidos al azar de entre aquellos que no cuentan con un deterioro cognitivo, para que fuese posible una mejor comunicación y una mayor fiabilidad de la muestra, dentro de aquellos que la Trabajadora Social nos planteó. Destacar que tras la realización de cada cuestionario, hemos proporcionado una hoja a los residentes que han colaborado como consentimiento informado⁴, en el cual se explica la finalidad del estudio y han firmado con su

⁴ El modelo de este documento, se puede localizar en el apartado “Anexos”.

conformidad. Seguidamente, hemos llevado a cabo una entrevista semiestructurada a la Trabajadora Social del centro y dos a residentes escogidos debido a algún dato proporcionado en el cuestionario que nos resultó significativo, con el fin de profundizar en su apoyo social así como las relaciones con compañeros, voluntariado, etc.; uno de los informantes contaba con un gran número de visitas, mientras que otro no contaba con ninguna.

Las entrevistas realizadas, son semiestructuradas, ya que contábamos con un guión establecido previamente, siendo este flexible pudiendo surgir nuevas preguntas y realizadas a modo de conversación. Además de la información obtenida de la Trabajadora Social del centro, hemos tenido acceso a la base de datos de la residencia, como contraste de la información obtenida de los propios residentes, debido a que se trata de una información más personal. También hemos consultado documentación en la que se explican todas las actividades de animación sociocultural realizadas en el centro, además de documentación sobre el voluntariado en Cáritas, así como las valoraciones integrales de la muestra escogida, que suele cumplimentar la Trabajadora Social de manera periódica; en ellas, hemos podido conocer en una mayor profundidad, datos como el tipo de relación que los usuarios mantienen con familiares, compañeros, trabajadores, etc., así como la existencia de voluntarios de referencia, participación social, inclusión social, si existen sentimientos negativos y/o necesidad de afecto, situación de duelo, así como los diversos intereses o aficiones y personalidades. Por último, la Trabajadora Social nos ha facilitado un registro de las visitas con las que cuentan los residentes, las cuales hemos observado por el transcurso de tres meses.

Según las fuentes utilizadas, esta investigación es de carácter mixto, puesto que hemos empleado tanto fuentes primarias como secundarias. Por una parte, hemos consultado documentación relacionada con la realidad estudiada, y por otra, hemos recogido información propia a través de diversas técnicas. Las primarias, nos han permitido contrastar la información obtenida en el trabajo de campo.

Con respecto al marco, es una investigación de campo.

El trabajo de investigación se ha desarrollado en diferentes fases:

Documentación:

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica para conocer las diferentes investigaciones existentes en cuanto al tema investigado. Además, se ha hecho una recopilación, tanto en libros

como en artículos en internet, de aquella información relevante, sobre la cual poder fundamentar nuestro estudio y la información posteriormente obtenida.

Encuestas:

Se ha realizado una serie de preguntas cerradas a cada uno de los residentes escogidos al azar como muestra. Tras preguntar a estos, se ha pasado la encuesta referida a cada uno de los mismos a la profesional de referencia de los centros correspondientes, con la finalidad de contrastar la información obtenida y recoger algunos datos que no han sido posibles conocerse mediante los propios residentes.

Entrevistas en profundidad:

Se han realizado dos entrevistas informales a residentes cuya información obtenida de aquellos casos más significativos, para contrastar la misma y conocer de manera más detallada su situación, centrándonos en las redes de apoyo que los residentes poseen, de su participación social, y de su situación emocional. También se ha realizado otra a la Trabajadora Social, para obtener información en cuanto a su percepción sobre los residentes, redes de apoyo, participación social, voluntariado, etc.

Análisis de datos obtenidos:

Se ha contrastado la información recopilada con las diversas técnicas, estableciendo correlaciones entre las diferentes variables del estudio y sacando unas conclusiones. Tras este análisis, se han relacionado los resultados obtenidos con el marco teórico.

Por último, destacar que los datos obtenidos a través de la realización de las encuestas, han sido analizados desde el programa Microsoft Excel, así como la elaboración de diversos gráficos y tablas estadísticas.

UNIVERSO DEL ESTUDIO

El universo de estudio de la presente investigación es la población, presente en la Residencia Santa Teresa (Cáritas), en la ciudad de Zaragoza. Esta institución, es de carácter social.

La Residencia Santa Teresa, se caracteriza por pertenecer al Tercer Sector, se encarga de las necesidades de usuarios que no se pueden cubrir desde lo público o privado por diversos motivos. Es gestionada por la entidad Cáritas Diocesana de Zaragoza. De los residentes que en ella se encuentran, no todos cuentan con alguna dependencia física o funcional, si no que en la mayoría de los casos es una falta de apoyo social lo que les lleva a ingresar debido a la falta de recursos económicos, vivienda y/o a una escasa implicación familiar.

La población destinataria son aquellas personas mayores de 65 años, o menores de 65 años en casos excepcionales. Cada vez más se atienden situaciones de exclusión social (transeúntes) e inmigración, aunque se procura que ingresen personas de más de 60 años.

Cuenta con un total de 68 plazas, de las cuales, algunas concertadas; se trata de personas que acceden con un grado de dependencia valorado por el IASS.

Esta Residencia se entiende como un recurso especializado, inserto en la comunidad, por lo que se debe ser coherente con el entorno y relacionarse e implicarse con el resto de recursos comunitarios.

Los residentes, pueden recibir visitas en horario desde las 9 h hasta las 20 h, respetando siempre el horario de comidas. Además, se ubica en el barrio de la Bozada, en la Avda. Juan Carlos I, nº 2, de Zaragoza.

POBLACIÓN DIANA

Para la realización de esta investigación, se han escogido 31 informantes, usuarios de la Residencia Santa Teresa (Caritas).

De ellos, se pueden distinguir los siguientes datos sociodemográficos que a continuación mostramos.

USUARIOS DE LA RESIDENCIA SANTA TERESA, ESCOGIDOS PARA LA INVESTIGACIÓN		
Sexo	Hombres	35,48%
	Mujeres	64,52%
Edad	De 50 a 64 años	29,04%
	De 65 a 74 años	19,36%
	De 75 a 84 años	32,26%
	De 85 a 94 años	16,14%
	Más de 95 años	3,2%
Estado civil	Soltero/a	35,47%
	Separado/a	9,7%
	Divorciado/a	12,9%
	Casado/a	12,9%
	Viudo/a	29,03%
Tiempo en la residencia	Menos de 1 año	12,9%
	De 1 a 4 años	48,38%
	De 4 a 7 años	12,9%
	De 7 a 10 años	16,12%
	Más de 10 años	9,7%
Lugar de origen	España	87,1%
	Otro	12,9%
Dependencia reconocida	Si	45,16%
	No	54,84%
Familiares	Si	90,32%
	No	9,68%

Tabla 2. Población Diana

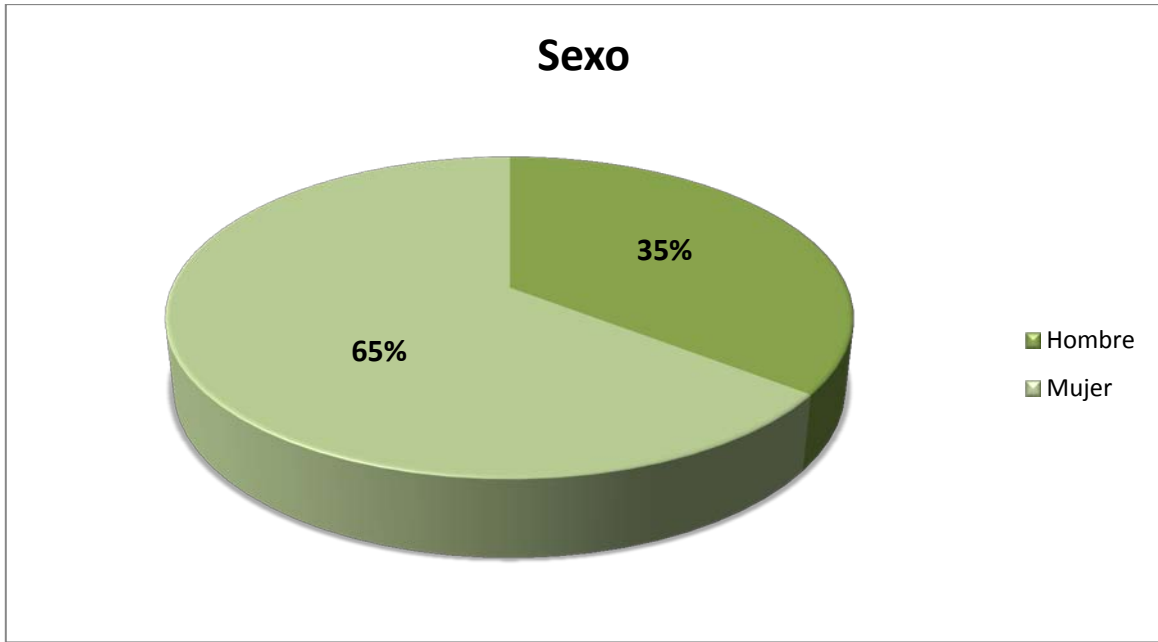


Gráfico 1. Sexo

Fuente: Elaboración propia

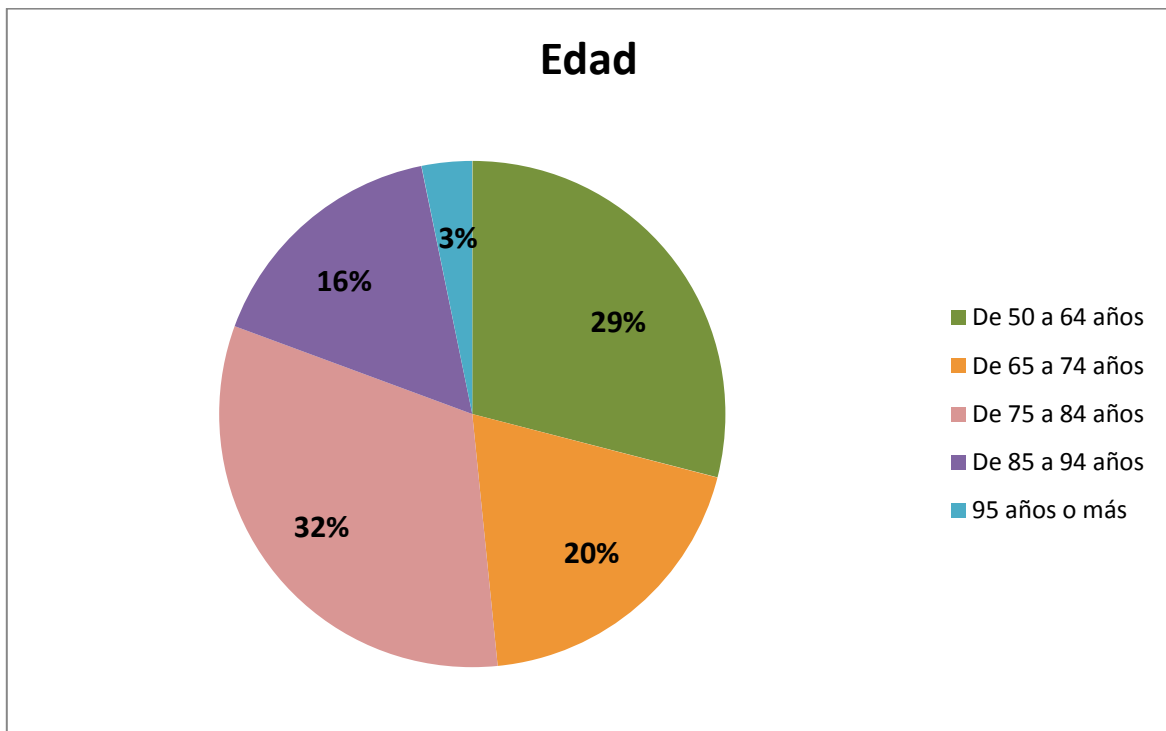


Gráfico 2. Edad

Fuente: Elaboración propia

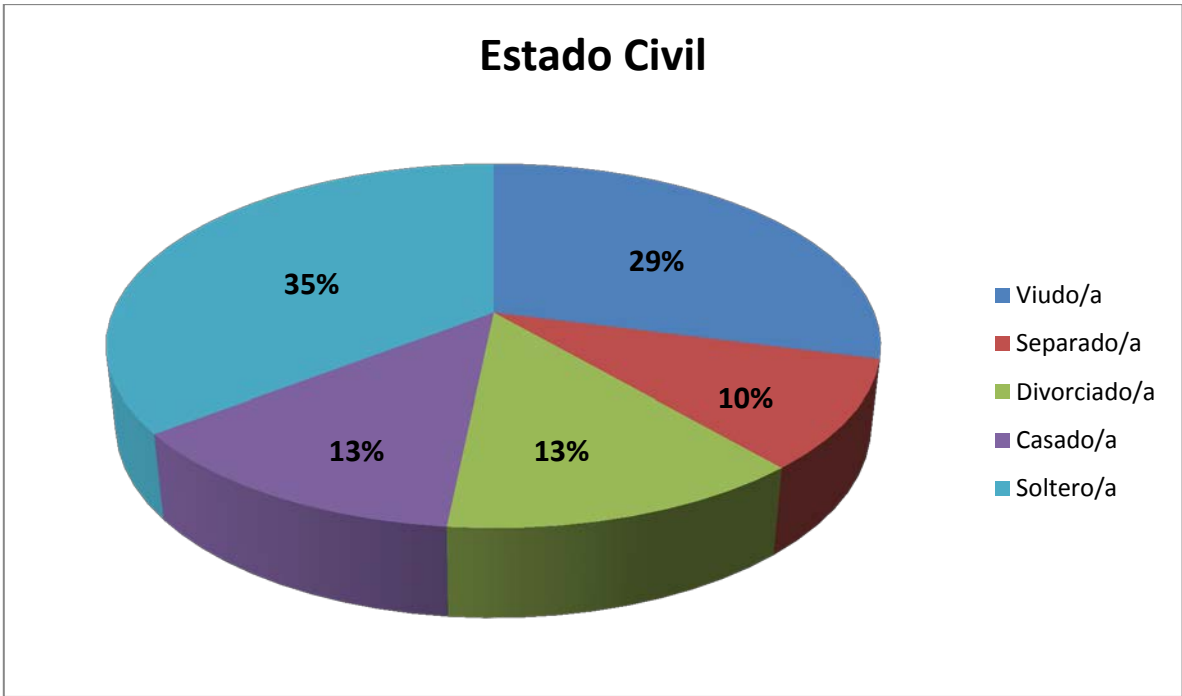


Gráfico 3. Estado Civil

Fuente: Elaboración propia

INVESTIGACIÓN

DATOS GENERALES

El residente tipo que se encuentra en la Residencia Santa Teresa, corresponde a una **mujer, soltera**, con una **edad** comprendida entre los 75 y 84 años, y llevando en el centro entre 1 y 4 años. Además, presenta **sentimientos de soledad** frecuentemente. La mayoría de ellas, cuentan con **visitas** semanalmente, 67,74% cuentan con una **red familiar de apoyo**⁵ (algo más de la mitad de hijos, seguidos por el apoyo de sobrinos, nietos y hermanos respectivamente). En general, aquellos que cuentan con una red familiar, **viven en Zaragoza capital**. Un 70,59% de estos, reciben **visitas** de manera continuada y frecuente, por lo que puede estar relacionado. La mayoría, no se encuentran **satisfechos** con el número de las visitas, tratándose de una **red familiar débil**. También cabe destacar, que la mayoría cuentan con una **necesidad de afecto**.

Mujer, soltera, de Zaragoza, entre 75 y 84 años, entre 1 y 4 años en el centro, con sentimientos de soledad frecuentes, con visitas familiares semanales, con una red familiar débil en Zaragoza (la mayoría hijos), pero insatisfechas con la cantidad de visitas recibidas.

⁵ Por red familiar de apoyo nos referimos a aquellos casos en los que reciben visitas por parte de algún familiar.

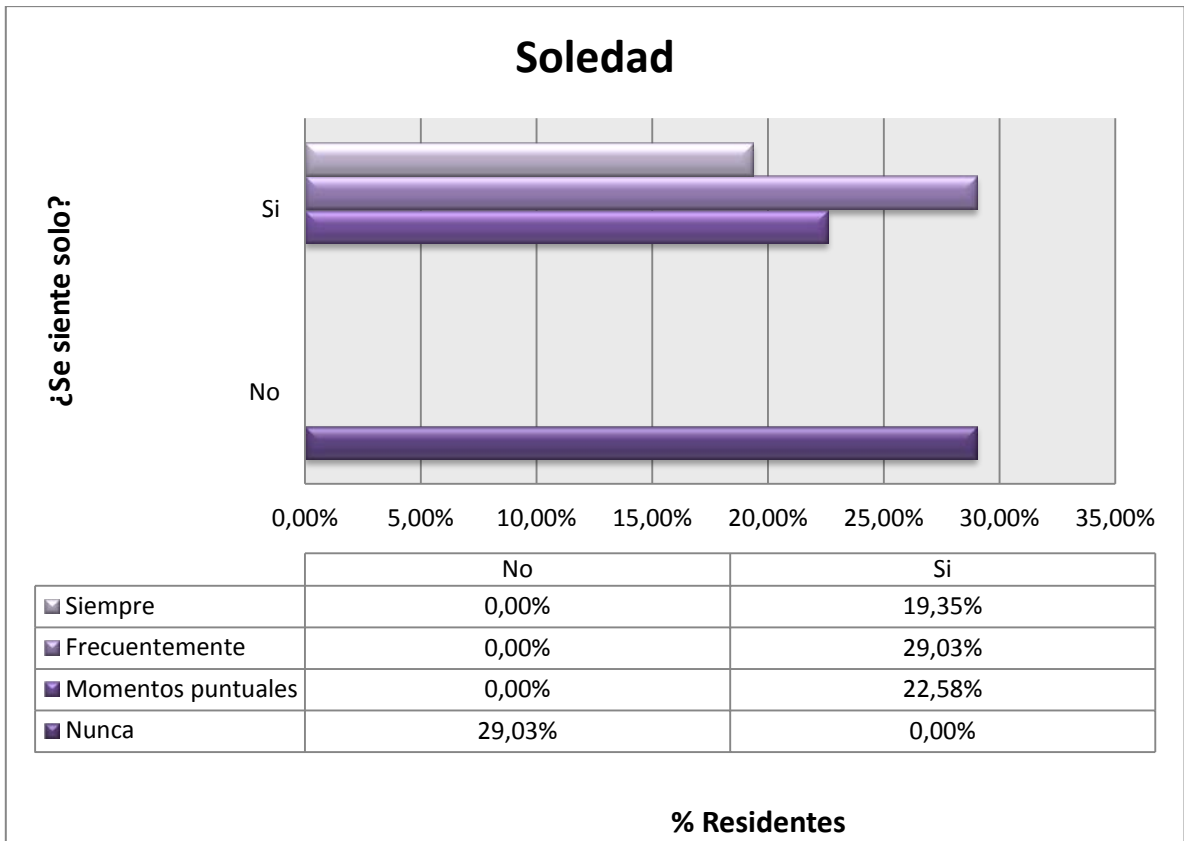


Gráfico 4. Soledad

Fuente: Elaboración propia

RELACIÓN ENTRE SOLEDAD OBJETIVA Y SUBJETIVA

Un 67,74% de los encuestados, cuenta con alguna visita por parte de algún familiar. Dentro de esta cifra, un 33,33% no se sienten solos, mientras que un 66,67% experimenta este sentimiento negativo.

Casi la mitad de los encuestados cuentan con visitas por parte de algún familiar y también poseen amistades en el exterior. De ellos, un 78,57% se sienten solos.

Visitas por parte de la familia → 67,74%	
Se sienten solos	No se sienten solos
66,67% (en algo más de la mitad de los casos poseen una red familiar débil y/o deteriorada)	33,33% (casi las ¾ partes mantienen una relación normal o fuerte con la familia)

Tabla 3. La soledad subjetiva en relación con las visitas de la familia

El 70,97% de los residentes, manifiestan “sentirse solos”, y de ellos, el 29% de manera frecuente seguido de momentos puntuales, siendo inferior la cifra de aquellos que siempre se sienten solos.

De aquellos encuestados que manifiestan sentirse solos, un 63,64% cuenta con la visita de algún familiar, en la mayoría de casos presente en Zaragoza capital. Este mismo porcentaje coincide con aquellos casos de soledad subjetiva en los que se cuenta con alguna amistad en el exterior al centro.

TIENEN APOYO FAMILIAR⁶ /NO SE SIENTEN SOLOS

Del 29,03% que no se sienten solos (partiendo del total de encuestados), un 77,78% cuenta con una red familiar normal o fuerte (algunos de ellos además amistades externas), y el resto, a pesar de carecer de vínculos con su familia, o ser una red familiar deteriorada, cuentan con amistades externas, y todos ellos, un apoyo social, a través de visitas, de manera frecuente.

Aquellos que además de no sentirse solos, cuentan con una buena red familiar, se puede destacar que en el 71,43% de los casos, cuentan con visitas periódicas por parte de al menos un hijo. En el 28,57%, que no cuentan con descendencia, reciben visitas por parte de sobrinos.

Un 22,58% sobre el total de encuestados, cuentan con apoyo familiar y no se sienten solos.

TIENEN APOYO FAMILIAR /SE SIENTEN SOLOS

⁶ Al hablar de apoyo familiar, estamos haciendo referencia a las visitas que reciben los usuarios de la Residencia Sta. Teresa, según datos por la Trabajadora Social del centro y contrastados con los datos de los encuestados. No hemos tenido en cuenta, las llamadas telefónicas debido a la dificultad de su registro.

Un 22,58% de los encuestados, dispone de una relación fuerte con su familia, no obstante, un 42,86% dentro de este porcentaje, manifiestan algún sentimiento de soledad, aunque se trata de momentos puntuales en la mayoría de casos, a pesar de que la mayoría participen en las actividades y realicen algunas labores de voluntariado. Además en general, manifiestan estar satisfechos con las visitas, aunque aquellos que se sienten solos, la mayoría, reciben visitas de manera poco frecuente, además que cuentan con amistades externas y voluntario de referencia.

Red familiar fuerte → 22,58% de los encuestados	
Se sienten solos	No se sienten solos
42,86%	57,14%

Tabla 4. La soledad subjetiva en relación con la red familiar

Un 45,16% sobre el total de encuestados, cuentan con apoyo familiar y se sienten solos.

NO TIENEN APOYO FAMILIAR /SE SIENTEN SOLOS

Un 32,26% no recibe visitas por parte de la familia; de este porcentaje, un 80% expresa una soledad subjetiva, a pesar de contar con alguna amistad en el 37,5% de estos casos.

No reciben visitas por parte de la familia → 32,26%			
Se sienten solos			No se sienten solos
80%			20%
Siempre	Frecuentemente	En momentos puntuales	
50%	37,5%	12,5%	

Tabla 5. La soledad subjetiva en relación con el apoyo familiar

Solo un 20% de residentes que carecen de apoyo familiar, no manifiesta sentimientos de soledad, siendo la relación familiar débil y deteriorada. Además, destacar la existencia de amistades externas con visitas mensuales a la residencia. Sus relaciones con compañeros y profesionales son positivas. En uno de estos casos, existe una soledad buscada, además de que no participa en las actividades voluntarias organizadas por la residencia, pero si consta de una buena relación con un

voluntario de referencia. Al tratarse de una soledad buscada, no se puede considerar que existan sentimientos de soledad con una connotación negativa; se trata de una residente menor de 65 años.

Un 25,81% sobre el total de encuestados, no recibe visitas por parte de la familia, presentando sentimientos de soledad.

NO TIENEN APOYO FAMILIAR/NO SE SIENTEN SOLOS

De aquellos usuarios de la Residencia Santa Teresa que no reciben apoyo familiar, casi las ¾ partes cuentan con algún pariente, pero la red está deteriorada, a pesar de que el 20% que no recibe apoyo tiene hijos. La mitad que carecen de apoyo familiar, cuenta con alguna amistad en el exterior, además, el 60% de los que no reciben visitas familiares, dispone de un voluntario que le visita semanalmente, en la mayoría de casos, coincidiendo con aquellos con un soporte social nulo, si no fuera por la existencia de esta red de voluntariado. La mitad de personas sin red familiar, cuentan con alguna amistad; de estos algo más de la mitad continúa sintiéndose solo.

Dentro de aquellos que además de no contar con un apoyo familiar se sienten solos, un 62,5% tampoco poseen amistades externas; esto es, por lo tanto, aquellos sin ningún tipo de soporte social externo, manifiestan sentimientos de soledad, de manera intensa en la mayoría de casos, lo que coincide, con una necesidad de afecto por parte de estas personas, según datos facilitados por la Trabajadora Social del centro.

Un 90,32% cuentan con algún familiar; de estos, un 25% no son apoyados por esta red.

CUELTAN CON ALGÚN FAMILIAR → 90,32%			
No reciben apoyo		Reciben apoyo	
25%		75%	
Se sienten solos	No se sienten solos	Se sienten solos	No se sienten solos
71,43% (de ellos, más de la mitad cuentan con amistades)	28,57%	66,67% (un 78,57% tiene amistades)	33,33%

Tabla 6. Familiares

Todos aquellos, que teniendo algún familiar, no establecen ningún contacto con estos, y además carecen de amistades externas, afirman sentirse solos con una gran intensidad. Del total de encuestados, el 16,13% no cuentan con ningún apoyo informal, coincidiendo con sentimientos de soledad.

Por lo general, estos mantienen un vínculo con un voluntario que se les ha asignado de manera individualizada, y además, participan de manera normalizada en las actividades organizadas en la institución. También son personas colaboradoras en algunas labores de la residencia, de manera voluntaria (recepción, poner la mesa, etc.).

Solo un 6,45% sobre el total de encuestados, además de no contar con visitas por parte de la familia, no presentan sentimientos de soledad.

De aquellos residentes encuestados que no cuentan con apoyo por parte de las familias, el 40% no poseen familiares; el 30% mantiene una relación débil y deteriorada; el 20% posee una relación deteriorada; el 10% cuenta con una relación conflictiva). La mitad de estos, a pesar de no contar con el apoyo familiar, cuentan con la existencia de algunas amistades fuera de la residencia.

El 16,13% no cuentan con ningún tipo de apoyo informal, externo a la residencia, es decir, ni por parte de su familia (bien por carecer de ella o por una relación insatisfactoria) ni de amistades. Todos ellos expresan sentirse solos. Además, coinciden, en caso de tener familiares, que no se encuentran en Zaragoza capital.

NO CUENTAN CON APOYO FAMILIAR → 32,26%			
Red inexistente	Red débil y deteriorada	Red deteriorada	Red conflictiva
40%	30%	20%	10%

Tabla 7. Tipo de relación familiar

En general, aunque pueda parecer que exista una relación directa entre la existencia relaciones afectivas y la soledad subjetiva, no siempre ambas cuestiones van directamente relacionadas.

El apartado **“tienen apoyo familiar y se sienten solos”**⁷, representa un **45%** dentro de estas relaciones “objetivo/subjetivo”. Aunque ya hemos observado anteriormente que la cifra de residentes que manifiestan sentirse solos es muy elevada, llama la atención que en la mayoría de estos casos los usuarios cuentan con algunos familiares que les proporcionan un apoyo de manera periódica mediante la realización de visitas, la gran mayoría con un tope de frecuencia de una vez al mes, por lo que estamos observando que la cantidad de las visitas no es aquello que está pudiendo repercutir en los sentimientos negativos de algunos mayores. Cabe destacar que dentro de los usuarios que se sitúan en el grupo **“tienen apoyo familiar y se sienten solos”**, solo un 21,43% mantiene con su familia un relación de carácter fuerte, mientras que un 7,14% lo hace de manera normal, por lo que el elevado porcentaje restante (71,43%) correspondería a aquellas personas con una relación familiar, posiblemente poco satisfactoria (conflictiva, débil o deteriorada).

Por tanto, se puede concluir este apartado afirmando que basándonos en la relación entre la red familiar existente y los sentimientos de soledad de los residentes encuestados, no sería una cantidad de relaciones (frecuencia de visitas) escasa lo cual produciría esta soledad subjetiva, sino el tipo de relaciones que se establezcan entre los miembros. Es decir, una persona que cuente con una red de apoyo limitada que por diversas circunstancias no tenga la posibilidad de realizarle visitas con mucha frecuencia, pero que exista una relación fuerte entre ambas partes, es probable que no manifieste sentimientos negativos de este tipo. Además, por lo general en este caso, se trata de un sentimiento de soledad que se manifiesta con frecuencia, además de ser difícil de paliar por medio de la realización de actividades voluntarias, ya que de estos residentes, todos participan (el 85,71% siempre). El porcentaje de colaboración en voluntariado es bajo (35,71%). Solo un 42,86% cuenta con un voluntario de referencia que le sirva de apoyo.

La cosa cambia cuando el residente carece de relaciones por completo, ya que en el grupo **“no tienen apoyo familiar y se sienten solos”**, a pesar de representar una cifra inferior a aquellos que cuentan con un apoyo familiar coincidiendo con sentirse solos, nos hace pensar que en la mayoría de casos el hecho de no contar con ningún apoyo por parte de personas significativas, ello conlleva a una soledad subjetiva. De los residentes sin apoyo familiar, el 80% manifiesta sentirse solo en algún momento.

Aunque decíamos con anterioridad que en algunos casos no es tan importante la cantidad de apoyo, lo es cuando se carece por completo de él, y no tanto cuando existe alguna relación, donde cobrará más importancia a la hora de tener en cuenta la soledad subjetiva, la calidad de esta relación.

⁷ Estos grupos aparecen en un gráfico que se encuentra en el apartado “Anexos”.

En el grupo **“no tienen apoyo familiar y se sienten solos”**, son pocos los casos donde se cuente con amistades externas, sin embargo el porcentaje de participación en actividades es satisfactoria (mitad a veces y mitad siempre), y algo más de la mitad reciben visitas de voluntario de referencia, además de la colaboración en labores (63% de casos dentro del grupo mencionado).

En el grupo **“no tienen apoyo familiar y no se sienten solos”**, la totalidad de residentes que aquí se incluyen, coincide con la posesión de amistades externas, que visitan con frecuencia, además de la realización de actividades en la mitad de casos y de tener un voluntario de referencia en la otra mitad, siendo en su totalidad las relaciones con profesionales y compañeros satisfactorias.

El 12,9% reciben visitas de la familia diariamente, de ellos se sienten solos la mitad. De aquellos que las reciben diariamente, la mitad cuentan con una red familiar fuerte, y el 25% normal, coincidiendo aquellos de la red fuerte con la carencia de un sentimiento de soledad.

Sexo

Relacionando el estudio con el sexo en la Residencia Santa Teresa, se puede observar como el 65% de las personas estudiadas son mujeres, y el 35% son hombres. En general se puede distinguir un mayor número de mujeres que se sienten solas.⁸

Edad

En cuanto a la edad se visualiza que la edad predominante oscila entre los 75-84 años de edad, representando el 32%, mientras que la edad menos significativa corresponde a los 95 años o más. La mayoría de los estudiados que se sienten solos, coinciden con las edades más predominantes mencionadas.

Procedencia

Un 12,9% del total proceden de otro país.

⁸ El universo de estudio establecido, consta de un mayor número de mujeres que de hombres, por tanto, a la hora de analizar, no se puede tener en cuenta sobre el total de personas encuestadas que se sienten solas, qué sexo predomina, puesto que al haber un mayor número de mujeres, aparecería un mayor número de ellas que manifiestan una soledad subjetiva.

Estado civil (relación con la soledad subjetiva y la red familiar)

Observando el estado civil, se puede afirmar como la mayoría de los estudiados son solteros, seguidos de viudos. De aquellos que se sienten solos, un 40,90% son solteros, el 22,72% viudos; 18,24% casados 13,64% divorciados; 4,5% separados. Se puede observar un elevado número de residentes solteros que manifiestan sentirse solos, seguido de las personas viudas. Probablemente, ello pueda estar relacionado con una escasa red familiar, debido a la carencia o fallecimiento del cónyuge.

Un 29,03% del total de encuestados, se encuentra viudo/a (algo más de la mitad se sienten solos). Esto, no representa un dato significativo, ya que el porcentaje de personas que se sienten solas con respecto al total de residentes, es mayor al de estas personas viudas.

Un 35,48% es representado por personas solteras, de las cuales, el 81,81%, manifiestan sentimientos de soledad frecuentemente.

De los solteros que se sienten solos, un 88,89% cuentan con familiares, de los cuales, un 75% reciben apoyo familiar. De estos solteros que se sienten solos, solo un 11,11% cuenta con una red familiar fuerte. La mayoría de los que reciben apoyo, lo hacen de alguno de los hermanos.

Participación en actividades voluntarias

El 67,74% participa siempre en las actividades, mientras que el 3,23% nunca lo hace, siendo el resto de residentes los cuales participan a veces. Relacionando esta variable con la soledad, se puede apreciar que entorno al 50% de los estudiados a pesar de participar siempre en las actividades voluntarias del centro se sienten solos, mientras que aproximadamente el 16% que participan siempre no se sienten solos, representando un gran contraste entre los que se sienten solos y los que no.

A pesar de haber una gran participación en las actividades organizadas desde la residencia, los residentes afirman sentirse solos.

El 45,16% del total, colaboran realizando pequeñas tareas de ayuda como voluntarios, para mantenerse ocupados. De ellos, observamos cómo el 71,42% se sienten solos (70% con frecuencia).

De los residentes que participan siempre en las actividades voluntarias, un 76,2% se sienten solos en alguna ocasión. Esta cifra es superior al porcentaje del total de residentes (70,97%), del

sentimiento de soledad, por lo que no se puede confirmar con seguridad, que a pesar de que estas actividades pretendan prevenir la soledad, consigan su objetivo.

Satisfacción con las visitas

Poco más de la mitad de los encuestados, no se encuentran satisfechos con el número de visitas recibidas.

Dentro del grupo que manifiestan sentirse solos, en algo más de la mitad de los casos manifiestan no sentirse satisfechos con las visitas, lo que no resulta un dato significativo para el estudio, puesto que en la mayoría de los casos en los que no aparecen sentimientos de soledad, continúan manifestando una insatisfacción con estas visitas.

Tiempo en la residencia

En relación al tiempo que llevan en la residencia, se visualiza que tanto quienes se sienten solos como quienes no, se sitúan entre 1 y 4 años en el centro, a pesar de existir un contraste significativo entre ambos porcentajes, teniendo una mayor relevancia en el primer caso.

Dificultades para realizar las ABVD

También se aprecia dentro de las personas que manifiestan sentirse solos, y los que no, aparece el mismo número de personas que necesitan algún apoyo para la realización de las ABVD, por lo que creemos que no existe una relación directa entre ambas variables.

En relación entre las dificultades para la realización de las ABVD y la red familiar, se muestra como la mayoría de aquellos residentes que cuentan con una red familiar fuerte, presentan algunas dificultades para realizar estas actividades. Por otra parte, quienes no carecen de una red familiar, no tienen dificultades para ello. Probablemente, ello signifique que conforme mayores sean las limitaciones de los residentes, los familiares se implican más en el apoyo proporcionado.

Amistades externas

El 61,29% del total de encuestados, cuenta con alguna relación externa. La mayoría, a pesar de contar con estas relaciones, se puede apreciar como los sentimientos de soledad perduran (en un 73,68% de los casos). En cuanto a las amistades externas, se puede observar como en los casos en los que cuentan con alguna, se sienten solos, por lo que probablemente sean variables que no vayan relacionadas, no siendo la amistad un factor determinante para no sentirse solos.

Relación con los compañeros

Un 25,8%, además de relacionarse con la mayoría o algunos de los compañeros, estos vínculos son de carácter fuerte. De ellos, un 37,5% no se sienten solos en ningún momento; un 62,5% se sienten solos, dato inferior a la soledad subjetiva con respecto al total de encuestados, por lo que la existencia de unos vínculos fuertes de amistad dentro de la residencia puede prevenir estos sentimientos negativos. No obstante, ello no quiere decir que por estar conviviendo con más personas se evite sentirse de esta manera, ya lo que verdaderamente importa son los lazos que se establezcan entre estas personas.

Se puede destacar, que en general, los usuarios mantienen relación con la gran mayoría de compañeros, a pesar de que los lazos creados son normales, no destacando relaciones profundas de amistad.

Aceptación del ingreso en la residencia

Un 45,16% de los residentes, según datos aportados por la trabajadora social del centro, no han asumido tener que estar en la residencia, prefiriendo vivir en su domicilio. De estos, un 81,71% se sienten solos, dato elevado al porcentaje de aquellos que se sienten solos del total de estudiados, por lo que probablemente el hecho de no aceptar el vivir en el centro sea relevante a la hora de encontrar respuesta al problema de la soledad subjetiva.

Red familiar

En relación con la red familiar, la mayoría de residentes encuestados, que no se sienten solos tienen una red familiar fuerte (22,58%), mientras que los que sí, poseen, mayoritariamente una red familiar débil, seguida de inexistente. De los que se sienten solos, un 61,9% tienen apoyo familiar (76,92% no es fuerte). El 77,42% del total de encuestados, no cuentan con una red familiar fuerte. Más de la mitad de ellos, no reciben visitas de los hijos, pero sí de los sobrinos, en mayor medida, y seguidos de los hermanos.

En cuanto a las visitas que reciben los residentes, la Trabajadora Social afirma:

“Sí, o sea la mayoría, la gran mayoría de residentes, la mayoría de visitas que reciben son de los voluntarios. Luego, pues hay un grupito de residentes que tiene una red familiar fuerte, que reciben visitas diariamente, y luego hay otros residentes, que son adoptados, digamos entre comillas, por las familias de esos residentes. Entonces lo bonito es también que se crea un grupo

que... Y luego por ejemplo si falta el familiar de fulanita, esta con... el otro familiar le atiende ese día ¿sabes? Que se hace, entre todos se apoyan”.

Situación de duelo

Un 16,13% se encuentra en situación de duelo, sintiéndose todos ellos solos, teniendo la mayoría red familiar (no fuerte) y amistades externas.

Exclusión social

Un 12,9% de los encuestados, se encuentra en situación de exclusión social. La mayoría de ellos manifiesta sentirse solos. Cuentan con pocas visitas, y en la mayoría de los casos la red familiar se encuentra deteriorada o inexistente. Además se puede observar como en general, no han asumido su estancia en la institución.

A continuación mostramos un fragmento de una entrevista realizada a un residente que ingresó por exclusión social, y debido a unas relaciones familiares conflictivas y a una carencia de recursos y de vivienda:

Tras preguntarles a algunos usuarios sobre el motivo de ingreso en el centro, el **residente nº 1** responde:

“Si, porque mi nuera es un... de estas de cuidao ¿sabes? Y... me fui 3 o 4 meses porque me echaban a la calle después de tener follones gordos y ya la hermana... me fui a la Iglesia y eso y me metieron aquí. Me iba a quedar en Badajoz sabes en una residencia allí, tenía todos los papeles y empecé a pensar en mis nietas que las crié yo desde recién nacidas y deje aquello que tengo allí a mis hermanas, mi familia... me vine aquí”.

Sobre esta cuestión, el **residente nº 2** responde:

“Primero porque no tengo familia y segundo porque tengo lo de la barriga. Si no fuera por eso yo no estaría aquí”.

Respecto a estar o no en la residencia, el **residente nº 1** afirma:

“Yo me encuentro bien de cabeza, de todo y no me gustaría estar aquí. Aquí ni en ninguna otra residencia, había otras tres residencias y no fui a ninguna por mis nietas pero no me gusta estar aquí, pero si no tengo más remedio... ¿Ande voy? Si yo empecé a buscar un piso, pero... con lo que me dan yo no llegaría y si caes malo o cualquier cosa también tienes que mirar todas las cosas. Yo

me encuentro bien, pero toda vida no voy a estar bien, que te pasa cualquier cosa y te encuentras solo”. Este usuario también manifiesta sentirse solo en la residencia.

Sobre esta cuestión, el **residente nº 2** responde:

“Yo... la residencia es un recurso y nada más pero por mi parte ya te digo yo no estaría aquí. Yo si no tuviera lo de barriga yo no estaría aquí. A mí me retiene aquí la barriga, no otra cosa. Yo esto no lo quiero, esto no lo quiero ni forrado de oro”.

Frecuencia de visitas

En función de la frecuencia de visitas obtenidas, la mayoría de aquellos que se sienten solos es debido a una inexistencia de ellas, seguido de aquellos que tienen visitas semanales. Por el contrario, aquellos que carecen de una soledad subjetiva, en general, reciben visitas semanalmente, seguidos de aquellos que las reciben de manera mensual.

Esto nos puede indicar que el hecho de sentirse solo no está relacionado con la frecuencia de visitas, puesto que no observamos datos relevantes en aquellos casos que las reciben diariamente. Por el contrario, en los casos en los que se sienten solos, existe una relación, ya que la mayoría carecen de visitas o de lo contrario, las reciben de manera puntual.

Relación entre la soledad subjetiva, visitas y apoyo social

Un 57,14% de los que se sienten solos, afirman que les gustaría recibir un mayor número de visitas. De ellos, solo en 33,33% reciben visitas con cierta continuidad y frecuencia. La mitad reciben apoyo familiar y de amistades; 16,66% solo de familia; 25% ningún apoyo (recibiendo en el mayor de los casos apoyo de voluntarios, participando en la residencia y colaborando en pequeñas tareas); 8,3% solo recibe apoyo de amigos del exterior.

Generalmente, aquellos que cuentan con una red familiar, reciben apoyo.

Casi un 10% de los residentes no cuentan con familiares. Prácticamente las 2/3 de los residentes encuestados, cuentan con alguna amistad en el exterior, con quienes mantienen, en la mayoría de los casos, contacto telefónico. En muchos de los casos hemos podido apreciar cómo se visualiza una significativa pérdida de amistades, debido a su fallecimiento.

Un dato destacable, es que tres de los casos disponen de padre o madre, de los cuales dos se encuentran ingresados en otra residencia.

En algo más de la mitad de los residentes, se puede apreciar cómo no existen hermanos, y en aquellos casos en los que sí, no reciben visitas por parte de estos, lo que creemos que puede deberse a su elevada edad, lo que les dificulta acceder al centro, aunque si mantienen contacto telefónico.

Relación entre la soledad sentida con las visitas de un voluntario de referencia

Un 45,16%, recibe el apoyo (semiformal⁹) por parte de un voluntario de referencia (la mitad de ellos o no reciben visitas o las reciben con poca frecuencia). De este porcentaje, un 78,57% manifiestan sentirse solos, cifra superior al de aquellos que se sienten solos en general (contando aquellos que no poseen voluntario). Aunque hay que destacar que todos ellos pueden realizar demandas a los voluntarios en cualquier momento, los voluntarios de referencia se encargan de proporcionar un acompañamiento y apoyo más intenso a aquellas personas que cuentan con un apoyo informal inferior, con el fin de evitar el aislamiento social y la soledad subjetiva. No obstante, al tratarse de una cifra de soledad subjetiva superior al general, se podría considerar que no hay una conexión entre el apoyo de estas personas en base a prevenir este sentimiento.¹⁰

Por lo que hemos observado, los residentes tienen una buena opinión acerca de los voluntarios, manifestando que realizan una labor importante en el centro.

Descendencia

En el 48,38% de los casos se **cuenta con la presencia de algún hijo**. De estos, casi las $\frac{3}{4}$ los visitan. Un 81,25% de los encuestados que carecen de ella, se sienten solos (un 56,25% frecuentemente o siempre).

De aquellos que cuentan con descendencia pero no reciben apoyo de estos, en aproximadamente la mitad de los casos, cuentan con apoyo informal por parte de sobrinos y nietos, aunque la mayoría de ellos cuentan con hermanos pero no reciben visitas de estos. Solo en uno de los casos existe un familiar principal en Zaragoza capital, y todos ellos cuentan con una relación familiar débil, deteriorada o conflictiva. El 75% de quienes tienen hijos y no les visitan presentan sentimientos de soledad.

⁹ Consideramos este término, desde nuestra perspectiva, como un tipo de apoyo aportado desde una organización dentro de la institución formada por personas que proporcionan un apoyo de manera no profesionalizada. Por tanto, no se considera, ni un apoyo formal provisto desde los profesionales del centro, ni informal provisto por familiares así como amigos.

¹⁰ Explicado el concepto “voluntario de referencia” en el glosario.

Un 51,62% **carece de descendencia**. Un 31,25% de estos, cuentan con el apoyo por parte de sobrinos, coincidiendo con una red familiar normal o fuerte, y la mitad de ellos no sintiéndose solos y el resto solo en momentos puntuales, y contando con visitas poco frecuentes; casi las $\frac{3}{4}$ partes de quienes poseen descendencia, reciben su apoyo.

De aquellos que no reciben apoyo de sobrinos, además de carecer de descendencia, un 18,18% reciben apoyo de hermanos; un 9,09% por parte de su padre/madre.

La mitad de aquellos sin descendencia, carecen de algún tipo de apoyo por parte de otros familiares (la mitad de ellos poseen una red familiar deteriorada). La mayoría de ellos, a pesar de no contar con una red familiar, cuentan con las visitas de amistades externas. Un 87,5% de estos encuestados, se sienten solos de manera habitual, quien no lo hace coincide con tener amistades externas.

Un 73% tienen hijos y reciben su apoyo; un 57,14% de los encuestados cuentan con el apoyo de sobrinos, independientemente de que posean descendencia.

De quienes carecen del apoyo de los hijos, un 30% consta del apoyo de los sobrinos; el 10% de sobrinos y además de los nietos. Se puede observar como ante la carencia de la figura de los hijos en la vida de las personas mayores, el apoyo más relevante es aportado por parte de los sobrinos, seguidos de los hermanos, y por último de los nietos. La mayoría de quienes reciben en primer lugar apoyo de sus sobrinos, residen en Zaragoza capital, y la mitad se encuentran satisfechos con las visitas recibidas.

De aquellos sin apoyo de descendencia (aunque posean), un 45% cuentan con hermanos, de los cuales solo el 33,33% les visitan; un 60% cuentan con sobrinos la mitad les apoyan.

ANÁLISIS

Sexo

Según Iglesias de Ussel, son los hombres quienes se sienten más solos en relación con las mujeres, necesitando de una mayor autonomía. Considerando este hecho con los datos obtenidos en el trabajo de campo, podemos determinar, que la explicación del autor se corrobora, siendo mayor el número de hombres con una soledad subjetiva.

Las relaciones familiares y las visitas

De los 31 encuestados, 5 poseen de una red familiar fuerte o normal, de los cuales, aproximadamente la mitad reciben visitas poco frecuentadas (semanalmente o mensualmente). A pesar de este hecho, los sujetos no manifiestan sentirse solos. Además, cabe destacar que los familiares principales se encuentran en Zaragoza capital por lo que creemos que unas escasas visitas puedan deberse a otros motivos, así como laborales, cargas familiares, etc. En relación con lo afirmado por Iglesias de Ussel (2001), confirmamos que el hecho de no tener suficientes visitas por diversos motivos, no determina la soledad subjetiva, siendo un factor el tipo de relación que se mantenga con la red familiar; en este caso, observamos, como las personas que no se sienten solas coinciden con aquellas que poseen una red familiar fuerte.

No obstante, cabe destacar, que aunque existan algunos casos en los que se mantenga una red familiar normal o fuerte y la frecuencia de visitas sea escasa, se sienten solos. Este porcentaje es algo inferior a los casos en los que no se sienten solos, pero es importante conocer que estos sentimientos se están produciendo de una manera muy puntual en la mayoría de usuarios que los manifiestan.

Los hijos

Se observa una ligera descendencia del porcentaje total de personas que se sienten solas teniendo hijos, conforme al total de personas que se sienten solas. A pesar de parecer un porcentaje elevado (debido a que hay muchos usuarios con soledad subjetiva), esto no representa un dato significativo. Por lo tanto, consideramos, a la presencia de la descendencia como un factor clave para el bienestar de los usuarios.

El duelo

Lo explicado con anterioridad, en el marco teórico, se ve corroborado con los datos obtenidos en el estudio, puesto que en ambos apartados se puede observar como una situación de duelo puede influir en una soledad subjetiva.

La viudedad

Relacionando los datos obtenidos en el trabajo de campo con el marco teórico, podemos considerar que ambos coinciden con que las personas viudas se sienten más solas. Una vez calculados los porcentajes de aquellas personas viudas que se sienten solas, y además añadiéndole que carezcan de descendencia, se puede observar como en este último caso, se agrava este sentimiento.

Carencia de descendencia

Iglesias de Ussel, explica que aquellas personas que no cuentan con descendencia, se apoyan en aquellos familiares más cercanos, ya que la carencia de este recurso, supone una importante falta de apoyo, que puede generar aislamiento social y/o soledad. Esta explicación, se puede ver confirmada con los datos obtenidos de primera mano, ya que el porcentaje de aquellas personas sin descendencia que se sienten solas, es superior al porcentaje del total de encuestados con este sentimiento. Por tanto, creemos que este factor, puede representar un indicio del objetivo de este estudio.

Apoyo formal e informal

En la Residencia Santa Teresa, hemos podido observar la presencia de diferentes tipos de apoyo. Por una parte, se destaca el apoyo informal, compuesto por amistades y familiares de los usuarios, que muestran diversos apoyos, así como instrumentales y emocionales. Es sobre todo en aquellos casos en los cuales este tipo de apoyo es débil, cuando aparece desde el propio centro, un mayor apoyo de carácter formal. Es este quien se encarga de aportar a los residentes de unos recursos necesarios para sobrellevar de una manera activa la vida en la residencia, poniendo énfasis en su participación social y relaciones sociales, además de una gran intervención en cuanto a la coordinación con las personas que componen esta red informal.

Aislamiento social

Un 16,13% del total de residentes, no cuenta con una red informal de apoyo, teniendo en cuenta amistades y familia. Observamos que todos ellos manifiestan sentirse solos con bastante

frecuencia, a pesar de existir una participación social. No obstante, creemos que al tratarse de una institución en la cual se favorece la creación de unos vínculos, es complejo hablar de un aislamiento social tan elevado como podría darse en el caso de vivir solos en el domicilio. Debido al elevado número de recursos (actividades, voluntariado, etc.), que existen para paliar el aislamiento, no podría hablarse tanto de esta soledad objetiva o carencia total de relaciones sociales y familiares, a pesar de aparecer una soledad subjetiva en la mayoría de los casos.

Mitos sobre la vejez

Un 67,74% de las personas encuestadas, participan siempre en las actividades voluntarias provistas por el centro, un 29,03% lo hacen a veces, mientras que un 3,2% no asiste nunca. Este hecho, puede verse confrontado con algunos de los mitos que existen en la sociedad acerca de la vejez, ya que en ocasiones, se tiende a pensar que se trata de un colectivo inactivo, que tiende a aislarse y retraerse de la sociedad. Los datos representados, nos llevan a pensar en que en este centro existe un elevado porcentaje de participación social.

Relacionar participación social con soledad

La mayoría de los residentes participan siempre en las actividades voluntarias ofrecidas desde la residencia (animación sociocultural), a pesar de ello, se observa como un 76,19% además de participar siempre, se sienten solos, cifra que supera al porcentaje de sentimientos subjetivos del universo de estudio. En contraste con el marco teórico donde se observa que la organización desde las residencias tiene como objetivo favorecer el bienestar de los residentes, mediante estos datos, podemos deducir que no existe una relación entre esta variable y los sentimientos de estas personas.

Mayores voluntarios

Poco menos de la mitad de los encuestados colabora en diversas labores demandadas en la residencia (lavandería, jardinería, recepción, desplazamientos, recoger comedor, etc.). A pesar de mantenerse ocupados, en general, siguen presentando sentimientos de soledad. Un 71,43% corresponde a personas que además de colaborar en las labores de la residencia, se sienten solas, al igual que en la variable anterior, se puede observar como la cifra es superior a la cifra general, por lo que no se está viendo favorecido el bienestar a través de la implicación por parte del centro.

CONCLUSIONES

Según las variables estudiadas, podemos determinar que la hipótesis se puede ver cumplida en parte, por diversas razones como explicamos a continuación.

VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS

El usuario de la Residencia Santa Teresa de Zaragoza, que manifiesta sentimientos de soledad, es una **mujer**, con una edad comprendida **entre los 75 y 84 años, soltera**, que lleva **en el centro entre uno y cuatro años**, está **satisfecha** con la residencia (personal, atención, instalaciones, etc.), pero **no ha asumido estar allí** (preferencia por vivir en el domicilio). La mitad de ellos, tiene **dificultades para la realización de ABVD**, consta de una **red familiar débil o carece de ella** y cuenta con el **apoyo de amistades externas**, contando, la mayoría, con un número de **visitas semanalmente o careciendo de ellas** (por igual %), y **no estando satisfecha con las mismas**. Además, **carece de descendencia**. Por otra parte, su **participación en las actividades** voluntarias del centro es **plena**, y su **relación con los compañeros, profesionales y voluntarios es normal** (con todos pero sin lazos fuertes).

Se tiende a pensar, según bibliografía consultada, que la viudedad puede ser un factor desencadenante de la soledad subjetiva, sin embargo, en este sentido refutamos nuestra idea inicial, ya que son más las personas solteras quienes se sienten solas. También, presuponíamos que una edad inferior a los 65 años en una residencia coincidiría con nuestra idea, debido a la diferencia de edad con otros usuarios; no obstante, se puede apreciar cómo se está dando en personas entre 75 y 84 años. Anteriormente, pensábamos que el sentimiento de soledad era originado en aquellos casos en los que llevaban un periodo inferior al año en el centro, debido a un periodo de adaptación, sin embargo, percibimos que no se está llevando a cabo, siendo significativo el rango de 1 a 4 años. Por otra parte suponíamos, que debido a una elevada edad, era frecuente la pérdida de amistades, sin embargo los datos obtenidos lo contradicen, puesto que la mayoría cuentan con amistades fuera del centro.

Solo se ha cumplido nuestra hipótesis en parte, en el sentido de la red familiar y el régimen de visitas, además de su preferencia por vivir en el domicilio. Observamos que la mayoría de las personas con sentimientos de soledad, o bien carecen de una red, o esta es de carácter débil, por lo que pensamos que el tipo de relación que se establece con la familia puede ser un factor clave que

determine el bienestar del usuario. También coincidimos en que el hecho de carecer de visitas resulta perjudicial para este, y visualizamos que estas personas pueden tener otra visión en cuanto a la frecuencia óptima de visitas, ya que en un principio, creíamos que el tener unas visitas de manera mensual resultaba escaso para el usuario, mientras que aquí, se puede contemplar como el tenerlas de manera semanal continúa siendo insuficiente. Por otra parte, coincidimos en que aquellas personas que preferirían vivir fuera de la institución, manifiestan unos mayores sentimientos de soledad, ya que no han aceptado la situación de cambio en su vida. El hecho de contar con alguna dificultad para la realización de las ABVD, creíamos que podía repercutir en un posible malestar de los usuarios, por lo que en la mitad de los casos con estos sentimientos negativos, la variable se corrobora, lo cual no está demostrado que resulte un factor que lo establezca.

Coincidimos, en que una soledad subjetiva, determina una necesidad de afecto en la mayoría de los casos según datos aportados por la Trabajadora Social del centro, sobre cada uno de los residentes encuestados.

La mayoría de residentes que manifiestan una insatisfacción con las visitas, coinciden con una red familiar débil y/o deteriorada, siendo en muchos casos de manera semanal.

Hemos observado, que a pesar de la creencia de que la realización de actividades de animación sociocultural favorece el bienestar de los usuarios, no siempre se da, puesto que en los datos se refleja que existe un alto nivel de participación, elemento que no influye en sus sentimientos, puesto que la mayoría que siempre participan manifiestan una soledad subjetiva.

También, se tiende a pensar que las personas con una soledad subjetiva, mantienen unas escasas relaciones con su entorno, sin embargo hemos podido observar que la relación con estos es normal (sin fuertes lazos afectivos), por lo que el hecho de tener unas relaciones interpersonales normales, puede implicar, de igual manera en una soledad subjetiva, por lo que en este sentido, soledad objetiva y subjetiva no van siempre directamente relacionadas.

VARIABLE	EXPECTATIVA (HIPÓTESIS)	REALIDAD DEL ESTUDIO	CUMPLIMIENTO DE VARIABLE¹¹
Sexo	Hombre	Mujeres	No
Edad	Menor de 65 años	Entre 75-84 años	No
Estado civil	Viudo	Soltero	No
Tiempo que lleva en la residencia	Menos de un año	Entre 1 y 4 años	No
Satisfacción con la residencia¹²	No	Si	No
Aceptación de estar en la residencia	No	No	Si
Dificultad en la realización ABVD	Si	En parte	En parte
Red familiar	Débil o inexistente	Débil o inexistente	Si
Descendencia	No	No	Si
Apoyo amistades externas	No	Si	No
Frecuencia de visitas	Mensualmente o inexistente	Semanalmente o inexistente	En parte
Satisfacción de visitas	No	No	Si
Participación en actividades voluntarias	No	Si	No
Relación con profesionales, compañeros y voluntarios	Escasas	Normales	No

Tabla 8. Verificación de variables de la hipótesis

¹¹ Consideramos que en base a aquellos usuarios que se sienten solos, si la variable expuesta en la columna “expectativa (hipótesis)” supone una mayoría, esta se cumple. En caso de que el % sea igual a la mitad, suponemos que el resultado de la variable se traduzca en “en parte”.

¹² A pesar de no haber asumido el ingreso en el centro, según datos aportados por la T.S., nos encontramos con residentes que expresan estar satisfechos con la atención prestada desde la institución, siendo variables independientes.

Nuestra expectativa general de que la mayoría de residentes de la Residencia Santa Teresa-Cáritas, manifiestan sentimientos de soledad en alguna ocasión, se ha cumplido, ya que hemos observado que un 70,97% lo expresaron en el cuestionario proporcionado. Un 40,9% de estos, lo manifiestan con frecuencia, como esperábamos, en la mayoría de los casos de sentimientos de soledad.

Algunos estereotipos afirman que las personas que se encuentran en una residencia, se sienten solas, a pesar de que algunos autores manifiestan que no se debe generalizar. Con la realización de este estudio, hemos podido observar que esta creencia se corrobora dado al elevado porcentaje de personas con estos sentimientos negativos. A pesar de tratarse de una única residencia, no se pueden extrapolar estos resultados al resto. Aunque no se debe caer en este estereotipo, en el centro estudiado, el porcentaje de personas que se sienten solas es muy elevado, lo cual puede deberse a que estos usuarios son personas que se encuentran en riesgo de exclusión social, que debido a unos recursos económicos insuficientes, no pueden acceder a otro tipo de recurso, aunque lo prefirieran a la residencia, no estando conformes en muchos de los casos.

Resulta paradójico pensar que en una institución en la que conviven un gran número de personas y en la cual se realizan muchas actividades, ocurra esta realidad. Por tanto, el aislamiento social o soledad objetiva no se relacionan con la percepción del individuo en cuanto a ello.

El concepto de soledad es un conjunto de diversas variables con las que puede estar relacionada, y sobre las cuales vamos a profundizar a continuación.

Las visitas familiares según relaciones y domicilio

Un 29,03% de los encuestados cuentan con una red familiar fuerte, por lo tanto, la mayoría poseen unos vínculos familiares débiles. El familiar principal de la gran mayoría de aquellos que poseen unos lazos familiares intensos, reside en la misma localidad donde se sitúa el centro, mientras que en el caso contrario, la cifra del familiar principal en la misma ciudad disminuye. Por ello, creemos que la intensidad de las relaciones viene determinada por residir en la misma localidad, coincidiendo con la frecuencia de las visitas, es decir, la cantidad de las visitas viene determinada por las relaciones que se establecen entre estas personas. Aquellas personas que reciben visitas de manera diaria (12,9% de los encuestados), se relacionan con una buena relación familiar, conviviendo ambas partes en Zaragoza capital.

Algo más de la mitad, cuentan con al menos un familiar en la misma ciudad. Cabe destacar que de ellos, una elevada cifra realice visitas a los residentes de manera frecuente (diaria o

semanalmente), por lo que el lugar donde se reside puede determinar el tipo de relación y apoyo establecido. Salvo en casos excepcionales, aquellos que no cuentan con un familiar en la ciudad, tienden a recibir apoyo de una manera más puntual (ejemplo: visitas en periodos vacacionales), además de debilitarse las relaciones.

La gran mayoría de aquellos residentes que se sienten solos, no mantienen unos buenos lazos con la familia, a pesar de contar con amistades externas en la mayoría de los casos. En general, aquellos que reciben visitas semanales (por familiares o amigos), no expresan una satisfacción con las mismas, por lo que la frecuencia de estas no supone un dato significativo. Desde nuestra percepción, el hecho de que reciban visitas semanalmente, representa una frecuencia elevada de estas, por lo que no comprendíamos esa insatisfacción. En definitiva, cuando la relación familiar es débil no existe una relación con el número de visitas y la percepción de los usuarios en base a ello.

En general, aquellos que reciben visitas de manera diaria, se puede destacar que manifiestan estar satisfechos con las visitas recibidas, además de mantener una buena relación con los familiares.

El hecho de que las visitas se produzcan de manera semanal o cada más tiempo, en estos casos en que se establece una red familiar positiva, no influye negativamente en la satisfacción de los residentes en cuanto al régimen de visitas ni en cuanto a unos sentimientos de soledad, puesto que estos comprenden que por motivos laborales y/o familiares, en muchos casos no se va a posibilitar este apoyo, por lo que en muchos casos en los que no es posible el contacto físico, se lleva a cabo de otras maneras como el telefónico.

A continuación mostramos un fragmento de la entrevista que realizamos a la Trabajadora Social del centro, en relación con la importancia de las visitas que reciben los residentes:

“La gran mayoría de residentes, la mayoría de visitas que reciben son de los voluntarios. Luego, pues hay un grupito de residentes que tiene una red familiar fuerte, que reciben visitas diariamente, y luego hay otros residentes, que son adoptados, digamos entre comillas, por las familias de esos residentes. Entonces lo bonito es también que se crea un grupo que... Y luego por ejemplo si falta el familiar de fulanita, esta con... el otro familiar le atiende ese día ¿sabes? Que se hace, entre todos se apoyan. (...) Hombre si reciben visitas... pero que reciban visitas que a ellos les importa. Porque hay gente a lo mejor que, no tiene ningún lazo afectivo conmigo, pues me da igual. Que también eso puede pasar”.

Relación con los compañeros

Según datos aportados por la Trabajadora Social, contrastados con lo expresado por los residentes, sabemos que la relación con los compañeros, se da con la mayoría de ellos, de manera superficial. A través de las encuestas, hemos podido observar como algunos de ellos nos explicaban que han perdido “grandes amistades”¹³ y por miedo a repetir esta pérdida, les cuesta confiar en las personas y crear relaciones afectivas. Aunque no podemos afirmar porqué las relaciones entre residentes son poco significativas, y cómo influyen estas en la percepción de la soledad de los residentes, creemos que se debería indagar sobre ello.

Relación entre soledad objetiva y subjetiva

La mayoría de residentes participan siempre en las actividades voluntarias organizadas por el centro, lo cual no influye en cómo se sientan, por lo que no se establece una relación entre la animación sociocultural que trata de prevenir la soledad subjetiva de los mayores, y la realidad que se lleva a cabo. Esto, junto al voluntariado, tratan de mejorar el bienestar de los usuarios de la Residencia Santa Teresa, sin embargo, existen otros factores superiores que motivan este sentimiento.

Creemos que el factor principal que determina los sentimientos de soledad es el tipo de relación familiar o la carencia de apoyos por su parte, así como una inexistencia de su presencia. Aquellos usuarios del centro que cuentan con una red familiar fuerte y con unas visitas de manera mensual, no expresan sentimientos negativos. Sin embargo, en aquellos casos en los que la red familiar es frágil, no existe una satisfacción con sus visitas, a pesar de darse de una manera más frecuente. Observamos que una de las posibles causas de los sentimientos de soledad, puede ser el tipo de relación familiar que se establezca, no estando relacionado con ello el número de visitas en el tiempo. En general, se puede apreciar una existencia de correlación entre el apoyo de la familia (mediante visitas) y los sentimientos de soledad, solo en los casos de relaciones insatisfactorias, puesto que en aquellos con redes familiares normales o fuertes, estos sentimientos disminuyen. La relación entre “estar solo” y el “sentirse solo”, varía en función de las circunstancias que se establezcan. Ello, también se evidencia si observamos aquellos casos en los que existen amistades externas, ya que la mayoría de ellos se sienten solos, independientemente de la frecuencia de sus visitas.

¹³ Entendemos este concepto como una relación intensa de amistad.

Según fuentes estudiadas, pensamos que en la actualidad no existe un concepto de estructura familiar unificada o familia extensa que se implique en los cuidados como hasta hace unos años. Esto puede deberse a la dispersión geográfica de los diferentes miembros de la familia, así como la incorporación de la mujer al mundo laboral, surgiendo nuevas formas de cuidado más profesionalizadas. Todo esto conlleva a un cambio en la cultura, basada en el individualismo. También cabe destacar a la mujer como la persona principal de la familia que asumía el rol de cuidadora hace unos años. En este estudio, no hemos profundizado en el sexo de las personas que proporcionan este apoyo informal, puesto que nos hemos centrado en la familia de manera general. Esto podría ser una posible temática en la cual se podría profundizar en futuras investigaciones.

No cuentan con apoyo informal

Todos aquellos residentes que carecen por completo de un apoyo informal (familiares y amigos) se sienten solos, por lo que la soledad objetiva y subjetiva en este caso están relacionadas. Por lo general, estas personas cuentan con un voluntario de referencia y también participan en actividades programadas desde el centro. Estas dos variables no influyen en sus sentimientos.

En aquellos momentos en que existe apoyo por parte de la familia (aunque sea frágil), el hecho de existir amistades externas, si se trata de personas que se sienten solas, no va a cambiar su situación. No obstante, cuando carecen por completo de apoyo familiar, pero poseen alguna amistad externa, el % de soledad subjetiva (60%), representa una cifra inferior a la soledad subjetiva del total de encuestados, sin relacionarla con ninguna otra variable. Por tanto, se puede observar a las amistades como un recurso para prevenir el aislamiento, influyendo en cómo los usuarios perciban la soledad, pudiendo llegar a suplir a la figura de algún familiar. Estos residentes que afirmamos que no se sienten solos, coinciden con recibir visitas de manera mensual, por lo que en el caso de las amistades, la frecuencia tampoco es una variable que determine la situación.

Carencia de descendencia

Una variable que verificamos en base a la soledad subjetiva es el carecer de descendencia, ya que el 81,25% de los que carecen de descendencia se sienten solos. El no contar con estos familiares podría ser un factor determinante, pues la cifra de personas que se sienten solas es elevada, al igual que de aquellos que carecen de descendencia (más de la mitad). En la mayoría de los casos, el carecer de descendencia viene dado por ser solteros, estado civil más susceptible de este sentimiento. Al inicio de la investigación, según fuentes bibliográficas consultadas, creíamos que eran aquellas personas viudas quienes más solas se sentían, debido a la pérdida del cónyuge. No

obstante, con los resultados obtenidos a través de los cuestionarios, podemos interpretar que el mayor número de solteros con una soledad subjetiva sea debido a, no solo la carencia del cónyuge sino también a la de descendientes, lo que no quiere decir que aparezcan casos excepcionales donde el residente es soltero y posee descendencia (donde los sentimientos de soledad disminuyen).

Aceptación de ingreso en el centro

Uno de los factores que también pueden generar estos sentimientos negativos, es la aceptación de estar en la institución.

Aquellos residentes que no han aceptado estar en la residencia, en muchos de los casos, manifiestan una soledad subjetiva, según datos aportados por la Trabajadora Social del centro. Creemos que esto puede ser debido a una preferencia por vivir en el domicilio, habiendo ingresado en el centro por diversas circunstancias que les han “obligado”, bien por una carencia de apoyo familiar, una falta de organización y autocuidados en el domicilio, una situación de exclusión social (falta de vivienda), etc.

Exclusión social

Un 12,9% de los estudiados, ingresó a causa de una situación de exclusión social, entendiendo por ello, una inexistencia de domicilio, además de recursos económicos. De ellos, en el 75% de los casos, se sienten solos en algún momento. Teniendo en cuenta aquellos casos en los que la persona se encuentra en buen estado físico y cognitivo y carece de vivienda, se observa que la situación ha sido forzada y no por decisión propia, lo cual puede generar frustración en la persona, ya que teniendo un hogar quizá podrían manejarse por sí solos, sin depender de este tipo de instituciones.

De aquellos encuestados, observamos que entraron por valoración de Cáritas y no por la Dependencia, ya que nos hemos centrado en aquellos, que a pesar de no contar con una situación de exclusión social, carecen de recursos económicos, motivo por el cual han ingresado en la residencia. La situación al ingreso es la tenida en cuenta, a pesar de haberse llevado a cabo a una reconversión de plaza para pasar a ser concertada con el IASS.

Muchas personas, consideran las residencias de personas mayores como último recurso, una vez que han fallado los primordiales. El hecho de ingresar en una institución de estas características, puede adquirir connotaciones negativas en los usuarios puesto que pueden pensar, que al ingresar,

no van a volver a regresar a su domicilio siendo este el último recurso hasta su fallecimiento, lo cual provoca sentimientos negativos.

Creemos que probablemente esta carencia de recursos económicos, pueda repercutir negativamente en la aceptación de estar en el centro, ya que en aquellos casos en los cuales no se cuenta con una dependencia, pero sea necesaria una supervisión en algunos aspectos de su vida en el domicilio, al no contar con un apoyo familiar, si se contara con recursos económicos, cabría la posibilidad de buscar otras opciones (ejemplo: contratar algunas horas cuidadores profesionales), para que el usuario pudiese continuar con su rutina sin necesidad de adaptación, lo cual podría ser satisfactorio, al no existir unas normas institucionales. La exclusión puede ser un factor determinante de esta soledad.

A continuación mostramos un fragmento de la entrevista en relación con la exclusión social, que realizamos a la Trabajadora Social del centro:

“Hay personas dependientes, tanto como física como socialmente, y en esta residencia sobre todo socialmente, que es lo que hablamos, si no tienen esa red social de apoyo y esos recursos económicos como para mantenerse de forma independiente en el domicilio. Y también hay una dependencia emocional y psicológica, que necesitas de otras personas para sentirte bien, para...”

Duelo

Según datos aportados por la Trabajadora Social del centro, el 16,13% de los encuestados se encuentran ante una situación de duelo. Es un dato que no hemos tenido en cuenta como variable para explicar la soledad. A partir de este estudio, se podría profundizar sobre el tema del duelo en otros posteriores. A pesar de poder estar relacionado con la soledad, debido a que la cifra comentada anteriormente coincide con el sentimiento de soledad, no se puede demostrar con seguridad dado a que se trata un porcentaje poco significativo.

En resumen, el hecho de participar en las actividades programadas desde el centro y contar con una red fuerte de voluntariado, no influye en la soledad percibida por los residentes. El factor determinante de sentirse solo, es debido principalmente al hecho de no asumir el estar en la residencia, prefiriendo su domicilio. Muchos de los encuestados, manifiestan este sentimiento a pesar de contar con visitas. Existen más casos, de los que aparecen sentimientos negativos, en los que se cuenta con red familiar que en los que no. En los casos de relaciones fuertes con la familia, sí que hemos observado, que independientemente de las visitas, se favorece a su bienestar, ya que si el apoyo es reducido debido a posibles cargas familiares, los residentes lo llegan a comprender. No obstante, la mayoría de residentes cuentan con una red familiar débil y/o deteriorada, lo que no significa una causa de la soledad, sino de su ingreso, debido a una insuficiencia de apoyo antes del ingreso. Ante situaciones de exclusión social, al carecer de unos lazos familiares, además de recursos económicos, las consecuencias se agravan al no poder tener acceso a otro recurso, lo que crea sentimientos de soledad, pensando que la Residencia Santa Teresa no es un recurso idóneo para ellos. La relación entre “estar solo” y “sentirse solo”, solo observamos que tiene lugar en aquellos casos en los cuales los usuarios carecen completamente de un apoyo informal, haciéndose visible que las amistades influyen en la soledad subjetiva en aquellos casos en los que se trazan vínculos fuertes con ellas, careciendo de apoyo familiar, cuando pueden llegar a suplir carencias familiares. No obstante, en muchos de los casos existen amistades y la soledad subjetiva aparece, lo cual no supone una variable significativa para el estudio, susceptible de poder ser estudiado más en profundidad en estudios futuros. En definitiva, creemos que probablemente, al igual que con la red familiar, debería tenerse en cuenta el tipo de relación en cada caso, para observar su influencia en el tema de estudio. Muchos residentes carecen de descendencia y/o cónyuge, lo cual se trata de suplir con la figura de sobrinos, hermanos, etc., manifestando aun así sentimientos de soledad. Ello, coincide en algunos de estos casos con el no haber asumido estar en la residencia, por lo que no podemos asegurar si el carecer de estos familiares es causa de estos sentimientos o de haberlos llevado a tomar la decisión de ingreso. No obstante, esta situación, no significa “estar solo”, ya que existen otras figuras portadoras de apoyo, no existiendo, en la mayoría de casos relación entre soledad objetiva y subjetiva.

PROPUESTAS PARA LA TRABAJADORA SOCIAL

En primer lugar, creemos que como las actividades que se realizan en la residencia son elevadas, así como su grado de participación, se podrían realizar diferentes actividades en el exterior del centro, así como diversas excursiones, espectáculos (cine, teatro, etc.), actividades al aire libre, participación en centros cívicos (sintiéndose partícipes de la sociedad, realizando los propios residentes actividades como coro, teatro, etc., sirviendo para aumentar su autoestima y sentirse valorados). Es importante que se sientan parte de la comunidad, ya que si es la comunidad la que acude a la residencia, no se van a mover de ese espacio, dando pie a que se sientan más aislados del exterior. También habría que potenciar que las familias se involucren en estas salidas al exterior, aunque sea a nivel individual. Estas salidas al exterior, se realizarían mediante transportes adaptados (existentes en la residencia), teniendo en cuenta las limitaciones de los usuarios. Desde la residencia, se realizan algunas salidas grupales a lo largo del año (4 o 5 aproximadamente), independientemente de las que realiza cada usuario autónomo, al que se le permite salir por las inmediaciones del centro). No obstante, es importante potenciar un aumento de estas, sobre todo con las familias, favoreciendo la creación de unas relaciones óptimas con estas.

Es importante la labor de la Trabajadora Social en cuanto a coordinación con los familiares, en aquellos momentos en los que los residentes poseen una demanda (ir al médico, compra de enseres, etc.). Pensamos que esta tarea beneficia a los usuarios, contribuyendo a crear unos vínculos más fuertes con su familia, no obstante, es continuar en esta medida, implicando a los familiares (amistades en caso de carecer de familia) en todo lo posible.

En el caso de carecer por completo de apoyos informales, es importante la primera propuesta mencionada, ya que favorece la creación de un sentimiento de pertenencia en la comunidad de estas personas, sintiéndose más queridas y libres, en el sentido de no permanecer “encerradas” sin participar en el exterior.

En aquellos casos en los que estas intervenciones no tuvieran buen resultado, debido a que se trate de personas que no acepten permanecer en el centro (desde nuestra percepción), anteponiendo otro lugar para vivir, creemos que sería idóneo el pensar en otro recurso para que estas personas puedan sentirse mejor sobrellevando la situación en la que se encuentran. Ello, sería competencia del exterior a la Residencia Santa Teresa.

NUESTRA INTERVENCIÓN COMO FUTURAS TRABAJADORAS SOCIALES

Al inicio de la investigación, pretendíamos conocer más en profundidad esta realidad, puesto que al haber realizado ambas las prácticas de intervención en este ámbito, nos ha resultado satisfactorio ampliar nuestros conocimientos. Una vez terminado el estudio, como futuras Trabajadoras Sociales hemos observado la importancia que tiene el observar el apoyo social de cada uno de los residentes, así como los posibles sentimientos de soledad que pueden darse en ellos. Por ello, es fundamental garantizar un bienestar pleno a estos usuarios no dejando pasar por alto cualquier aspecto relacionado con la soledad.

ACLARACIONES SOBRE LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO

Antes de llevar a cabo este estudio, habíamos pensado en realizar el trabajo de campo en tres residencias de diferente tipología (pública, privada y social). Esto no se ha llevado a cabo debido a la dificultad de acceso a algunos centros, y finalmente este estudio ha sido realizado en una residencia en la cual nos han proporcionado muchas facilidades.

En cuanto al cumplimiento del objetivo general, así como de los específicos destacar que por lo general se han cumplido, puesto que esta investigación nos ha permitido conocer las características del apoyo que reciben los usuarios de la Residencia Sta. Teresa. Además hemos tratado de indagar sobre los diferentes factores que intervienen en la soledad.

Como hemos comentado en el apartado “conclusiones”, la investigación queda abierta en algunos aspectos cabiendo la posibilidad de profundizar más en ellos.

BIBLIOGRAFÍA

- Anaut Bravo, S., Caparrós, N., & Calvo Miranda, J. J. (2008). *II Plan de Lucha contra la Exclusión Social en Navarra. Diagnóstico de la Exclusión social en Navarra. Personas mayores y exclusión social*. Universidad Pública de Navarra, Trabajo Social, Pamplona.
- Arias, C. J. (2013). El apoyo social en la vejez: la familia, los amigos y la comunidad. *Kairós*, 313-329.
- Arranz, L., Giménez-Llort, L., De Castro, N. M., Baeza, I., & 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.
- Bazo Royo, María Teresa. (1991). Institucionalización de personas ancianas: Un reto sociológico. *Reis*(53), 149-164.
- Bazo Royo, María Teresa. (Junio de 2004). Envejecimiento y familia. *Arbor*, CLXXVIII(702), 323-344.
- Bermejo Higuera, J. C. (2003). *La soledad en los mayores*. Recuperado el 20 de Junio de 2015, de http://www.humanizar.es/fileadmin/documentos/JC_Bermejo_La_soledad_en_los_mayores.pdf
- Bermejo, J. C., & Santamaría, C. (2011). *El duelo. Luces en la oscuridad*. Madrid: La esfera de los libros.
- Bernad, J. A. (Huelva). *El bienestar psicológico de las personas mayores. Programa de aprendizaje para la tercera edad*. 2008: Hergué.
- Calvete Zumalde, E. (1994). *Apoyo social y ancianos en residencias*. Instituto Foral de Asistencia Social de Bizkaia.
- Calvete Zumalde, Esther. (1994). *Apoyo social y ancianos en residencias*. Instituto Foral de Asistencia Social de Bizkaia.
- Cardona J, J. L., Villamil G, M. M., Henao V, E., & Quintero E, Á. (2009). Concepto de soledad y percepción que de su momento actua tiene unadulto mayor en el municipio de Bello, Colombia, 2007. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(2), 153-163.
- Carevic Johnson, M. (s.f.). *Proceso de duelo en el anciano*. Recuperado el 23 de Julio de 2015, de <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/mcarevic/duelo.shtml>
- Cáritas, A. (s.f.). Escuela de formación de voluntarios, curso básico.
- Contreras Hermosilla, M. A. (2006). *Principales Modelos para la Intervención de Trabajo Social en Individuo y Familia*. Santiago de Chile: Universidad Tecnológica Metropolitana.

- Del Barrio, É., Castejón, P., Sancho Castiello, M., Tortosa, M. Á., Sundström, G., & Malmberg, B. (2010). La soledad de las personas mayores en España y Suecia: contexto y cultura. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 45(4), 189-195.
- García Campá, S. (2011). El voluntariado en España: regulación legal y políticas públicas. *Corintios XIII (Cáritas)*(139), 12-35.
- Gracia, E., & Herrero, J. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 327-342.
- Guzmán, J. M., Montes de Oca, V., & Huenchuan, S. (2003). *Redes de apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual*. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Iglesias de Ussel, J. (2001). *La Soledad en las personas mayores: Influencias Personales, Familiares y Sociales. Análisis Cualitativo*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (Imserso).
- Imserso. (2004). Cuidados de larga duración a cargo de la familia. El apoyo informal. En Imserso, *Libro blanco: Atención a las personas en situación de Dependencia en España* (págs. 167-225). Madrid.
- IMSERSO. (2008). La participación social de las personas mayores. *Colección Estudios, Serie Personas Mayores*.
- Lila Murillo, M., & Gracia Fuster, E. (1996). La integración de los sistemas formales e informales de apoyo social. *Informació Psicológica*(58).
- Llitrà i Virguili, E. (2002). El apoyo informal en la planificación de los servicios sociales. *Intervención psicosocial*, 11(1), 71-89.
- López Bermejo, L. (29 de Abril de 2014). *La Soledad en los mayores*. (AMayores, Ed.) Recuperado el 20 de Junio de 2015, de La Soledad en los mayores: www.espaciomayores.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/3j_20140429_laura_lopez.pdf
- López Doblas, J. (2005). *Personas mayores viviendo solas*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Martínez Sola, E. M. (2012). *Vivencias y escenarios de duelo en las personas mayores en la Almería del siglo XXI*. Alicante.
- Ministerio de Sanidad, S. S. (23 de enero de 2015). *Anteproyecto de ley del Voluntariado. Consejo de Ministros*. Recuperado el 6 de julio de 2015, de Anteproyecto de ley del Voluntariado. Consejo de Ministros: http://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/referencias/documents/2015/refc20150123e_1.pdf

- Moragas Moragas, R. (2001). *Gerontología Social. Envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona: Herder.
- Observatorio de Personas Mayores; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2000). La soledad de las personas mayores. *Boletín sobre el envejecimiento*(3).
- Orantes Fernández, R. (2007). *La animación sociocultural práctica en el anciano*. Jaen: Formación Alcalá.
- Pastor Seller, E. (2001). *Iniciativa Social y Trabajo Social Comunitario*. Murcia: Escuela Universitaria de Trabajo Social. Universidad de Murcia.
- Pérez De Armiño, K., & Eizagirre, M. (2005-2006). *Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo*. (Hegoa, Editor) Recuperado el 14 de Julio de 2015, de Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo: <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/96>.
- Pérez Salcedo, A. I. (s.f.). Recuperado el 1 de Julio de 2015, de <http://www.consultasexual.com.mx/Documentos/soledad.htm>
- Rodríguez Cabrero, G., Rodríguez Rodríguez, P., Castejón Villarejo, P., & Morán Aláez, E. (2013). *Las personas mayores que vienen. Autonomía, Solidaridad y Participación social*. Madrid: Fundación Pilares para la autonomía personal.
- Rodríguez Martín, M. (Diciembre de 2009). La soledad en el anciano. *Gerokomos*, 20(4), 159-166.
- Rodríguez Rodríguez, P. (2006). *El apoyo informal como destinatario de los programas de intervención en situaciones de dependencia*. Cáritas, Vizcaya.
- Rodríguez Rodríguez, P., Pereda, C., De Prada, M. Á., & Actis, W. (1996). *Voluntariado y personas mayores. Una experiencia de Investigación Acción Participativa (IAP)*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Rubio Herrera, R. (30 de junio de 2004). *Portal Mayores*. Recuperado el 13 de julio de 2015, de Portal Mayores: <http://www.imsersomayores.csic.es>
- Rubio Herrera, R. (2007). La problemática de la soledad en los mayores. *Revista Infad*(2), 11-27.
- Rufo Díaz, J., & Espinosa Romero, A. (1994). *La Condición Sociofamiliar de Nuestros Mayores. El caso de la provincia de Guadalajara*. Guadalajara: J.CC.Castilla -La Mancha.
- Sanzo González, L., & Ansotegui Pérez, J. C. (1985). *Ancianos en residencias. Una evaluación de la situación de los ancianos en residencias de la Comunidad Autónoma Vasca*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de publicaciones del Gobierno Vasco.
- Severo Duarte, Lucía Regina; Vidal Vázquez, Miguel Ángel. (2003). *Enfermedad y vejez. Un estudio transcultural desde la Psicología Social*. Valencia: Promolibro.

- Silva Concha, L. M. (2004). *Modelo psicosocial y envejecimiento. Análisis, reflexividad y posibilidades en programas y políticas de la tercera edad*. Recuperado el 31 de agosto de 2015, de Modelo psicosocial y envejecimiento. Análisis, reflexividad y posibilidades en programas y políticas de la tercera edad.:
<http://www.rmdd.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/160/140>
- Social, M. d. (2009). *Normativa Española sobre Voluntariado*. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Yanguas Lezaun, J. J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos exteriores.
- Yubero, S., Latorre, J. M., Montañés, J., & Larrañaga, E. (1999). *Envejecimiento, sociedad y salud*. Cuenca: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Castilla La-Mancha.
- Zaragoza, C. D. (2015). *Cáritas Diocesana de Zaragoza*. Recuperado el 15 de Marzo de 2015, de http://www.caritas-zaragoza.org/con_alojamiento_permanente.php