



Universidad
Zaragoza



Facultad de
Ciencias de la Salud
Universidad Zaragoza

Universidad de Zaragoza Facultad de Ciencias de la Salud

Máster de Gerontología Social

Curso Académico 2018-2019

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Evaluación de la mejora del sentimiento de soledad en
pacientes geriátricos institucionalizados mediante la
realización de actividades socioculturales a través de la
escala ESTE II

*Evaluation of the improvement of the feeling of loneliness in
institutionalized geriatric patients by performing socio-cultural
activities through the ESTE II scale*

Autora: Silvia Lozano Alonso

Director: José Raúl Pérez Sanz

AGRADECIMIENTOS

A mi familia y amigos por todo el apoyo durante este tiempo, por su motivación, su ayuda y por ser un pilar fundamental en esta etapa y a lo largo de mi vida.

Particularmente me gustaría nombrar a mi tutor, José Raúl Pérez Sanz, agradecerle toda su entrega, confianza, dedicación y tiempo.

Agradecer también a la residencia de mayores Nuestra Señora de la Peña, de Calatayud, Zaragoza, por recibirme siempre con los brazos abiertos y con tanto cariño.

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	4
2. INTRODUCCIÓN.....	6
3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	11
4. METODOLOGÍA.....	12
5. DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN.....	17
6. RESULTADOS.....	27
7. DISCUSIÓN.....	31
8. CONCLUSIÓN.....	32
9. BIBLIOGRAFÍA.....	34
10. ANEXOS.....	38

1. RESUMEN

Introducción: En la actualidad, el sentimiento de soledad en el anciano se plantea como un desafío importante relacionado con la evolución demográfica. Según un estudio realizado en el año 2000 por CIS-IMSERSO, el 27% de las personas de 65 a 69 años dice sentirse sola. Este porcentaje asciende a 36% entre los individuos mayores de 80 años, influyendo notablemente el género y el estado civil del anciano. Además, la percepción de la soledad es mayor en los individuos que se encuentran institucionalizados en residencias de ancianos.

Este sentimiento puede llevar a un deterioro en la calidad de vida, el bienestar, la independencia del anciano y en su dignidad, por lo que es necesario prevenir esta situación.

La realización de actividades socioculturales busca la mejora del funcionamiento físico, social, emocional y cognitivo, siendo así, una intervención beneficiosa y dinámica para el paciente geriátrico institucionalizado.

Objetivo: Evaluar la mejora del sentimiento de soledad en pacientes geriátricos institucionalizados, que siguen un programa de salud basado en la realización de actividades socioculturales.

Metodología: Se ha diseñado un estudio de grupo control pretest-posttest. La asignación de los sujetos en los grupos se realizará aleatoriamente y la variable independiente se medirá antes y después de la intervención.

Conclusiones: La realización de actividades socioculturales disminuye o mejora la percepción del sentimiento de soledad en los ancianos institucionalizados, además, de mejorar su estado físico, mental y sus capacidades funcionales. Combate los sentimientos de tristeza y soledad, mejorando así su estado de ánimo y favoreciendo las relaciones interpersonales con los demás residentes.

Palabras clave: Soledad, anciano, institucionalización, actividades socioculturales.

ABSTRACT

Introduction: Nowadays, the feeling of loneliness in the elderly is posed as an important challenge related to demographic evolution. According to a study conducted in 2000 by CIS-IMSERSO, 27% of people aged between 65 to 69 say they feel alone. This percentage rises to 36% among individuals older than 80 years, significantly influencing the gender and marital status of the elderly. In addition, the perception of loneliness is greater in individuals who are institutionalized in nursing homes. This feeling can take you to a deterioration in the quality of life, welfare, independence of the elderly and their dignity, so it is necessary to prevent this situation. The performance of sociocultural activities seeks the improvement of physical, social, emotional and cognitive functioning, thus it is a beneficial and dynamic intervention for the institutionalized geriatric patient.

Objective: To evaluate the improvement of the feeling of loneliness in institutionalized geriatric patients, who follow a health program based on the performance of socio-cultural activities.

Methodology: A pretest-posttest study of a group of control has been designed. The assignment of the subjects in the groups will be done randomly and the independent variable will be measured before and after the intervention.

Conclusions: The performance of sociocultural activities diminishes or improves the perception of the feeling of loneliness in the institutionalized elderly, in addition, to improve their physical, mental and functional capacities. It fights feelings of sadness and loneliness, thus improving your mood and favoring interpersonal relationships with other residents.

Keywords: Loneliness, elder, institutionalization, sociocultural activities.

2. INTRODUCCIÓN

La población total de España es de 46.733.038 habitantes a 1 de Julio de 2018, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE). En este año encontramos que de la población total de España, las personas mayores de 65 años suponen un 18,8% sobre el total de la población, lo que corresponde a un total de 8.764.204 personas ⁽¹⁾.

Además sigue creciendo en mayor medida la proporción de octogenarios; ahora representan el 6,1% de toda la población, y este grupo seguirá ganando peso entre la población mayor. Según la proyección del INE, en 2066 habrá más de 14 millones de personas mayores, 34,6% del total de la población que alcanzará los 41.068.643 habitantes. La décadas de los 30 y 40 registrarán los mayores incrementos, con la llegada de las cohortes del baby-boom. (Padrón 2017) ⁽²⁾.

Según los últimos datos obtenidos por el Instituto Aragonés de Estadística, en el año 2017, en Aragón la población de personas mayores de 65 años alcanza un 21,4% respecto a la población total. Esta comunidad presenta un índice de ancianidad de 34,2, mientras que dicho índice en España se sitúa en un 33,8; por lo que se puede deducir que Aragón presenta una población más envejecida en comparación con el total de población de España ⁽³⁾.

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

El descenso de la natalidad es la principal causa del envejecimiento de la población. El descenso de la capacidad procreadora de las parejas fértiles consecuente de la facilidad de planificación familiar, incorporación de la mujer al mercado laboral y la escasez de ayudas públicas han conducido a un cambio cultural más óptimo, ya que optan por un menor número de descendientes para que gocen de mejores condiciones de vida y bienestar social.

El aumento de la esperanza de vida es consecuente de una disminución de la mortalidad, fruto de mejoras sanitarias, económicas y sociales. Según indica el Instituto Nacional de Estadística (INE), la esperanza de vida en España es una de las más altas del mundo con 83'09 años (80,37 los hombres y 85,73 las mujeres).

La emigración e inmigración conllevan cambios estructurales en la población. La emigración se suele vincular a población activa en edad fértil, que al emigrar provoca

un descenso en este grupo de población y por lo tanto, un aumento del grupo de personas no activas, mayores y un descenso de natalidad ^(1,4).

En la teoría del desarrollo, la vejez es la última etapa de la vida. Envejecer es un proceso que experimentan los seres humanos, un cambio continuo que ocurre a lo largo de toda la vida y que se manifiesta en todos los ámbitos además de que influye en el comportamiento y bienestar social.

Algunos estudios relacionan la vejez con el aumento de la prevalencia del sentimiento de soledad, como el realizado por Jairo L. Cardona, Maria M. Villamil, Eucaris Henao y Angela Quintero en Colombia ⁽⁵⁾.

Numerosos autores han destacado que el término “soledad” es un concepto multidimensional.

Según la Real Academia Española, la soledad es “la carencia voluntaria o involuntaria de compañía” o “pesar y melancolía que se sienten por la ausencia, muerte o pérdida de alguien o de algo” ⁽⁸⁾.

Peplau y Perlman definen la soledad como: “la discrepancia subjetiva entre los niveles de contactos sociales deseados y los obtenidos”. Destacando como características fundamentales: ser el resultado de limitaciones en relaciones interpersonales, con carácter subjetivo con tendencia al aislamiento social y displacentera ⁽⁶⁾.

Entre otras definiciones, la propuesta de V. Madoz describe la soledad como el “convencimiento apesadumbrado de estar excluido, de no tener acceso a ese mundo de interacciones, siendo una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional” ⁽⁷⁾.

Existen varios referentes relacionados con la soledad, como son la soledad objetiva y subjetiva. La primera, también llamada soledad exterior, hace referencia a la relación que el individuo tiene con el entorno, es decir, la falta de contactos. Esta situación no siempre implica una vivencia desagradable ya que puede ser un estado buscado por el propio individuo. Por otra parte la soledad subjetiva o soledad interior, es aquella en que las personas se sienten solas, considerándose así como la verdadera soledad ^(8,9).

El sentimiento de soledad se incrementa con la edad, ya que según un estudio realizado en el año 2000 por CIS-IMSERSO, el 27% de las personas de 65 a 69 años dice sentirse sola. Este porcentaje asciende a 36% entre los individuos mayores de 80 años. El género y el estado civil influyen en los sentimientos de soledad, las mujeres se sienten más solas que los hombres y las personas separadas, solteras y viudas también lo hacen en mayor proporción que las personas que están casadas ^(10,12).

Según otra encuesta realizada en el año 2010 por el CIS-IMSERSO, el 16% de las personas mayores viven solas y la mayoría son mujeres que viven en el medio rural. Más de la mitad de las personas mayores viven con su cónyuge y el 37% de los mayores de 80 años viven con sus hijos. Respecto al sentimiento de soledad, un 11% siempre se sienten solas (13,4% mujeres y 8,6% hombres). De las cuales un 9% solo se sienten solos por la noche y un 5% por el día ⁽¹¹⁾.

Según un estudio realizado en España la percepción de la soledad en individuos institucionalizados en residencias de ancianos puede ser mayor. Hasta el 50% de los residentes sin deterioro cognitivo podrían expresar sentimientos de soledad ⁽¹²⁾.

Otro estudio realizado por la Fundación AXA y la Fundación ONCE en el año 2015 sobre la soledad en España afirmó que “la mitad de la población española admite haber sentido, en algún momento, cierta sensación de soledad en el último año (2014), que uno de cada 10 españoles (más de cuatro millones de personas) se sentía solo con mucha frecuencia en ese mismo periodo, que en torno a un 20% de españoles vive solo y que, de ese porcentaje, un 41% admite que no lo hace porque quiere sino porque no le queda otro remedio” ⁽¹³⁾.

Este mismo estudio concluyó que la soledad no es equivalente a aislamiento social, que la sociabilidad, es decir, el no aislamiento social, se basa sobre todo en las relaciones interpersonales cara a cara, las cuales pueden lograrse, y así lo sugieren los datos, a través de las nuevas tecnologías, concretamente a través de las redes sociales y del uso de los medios de comunicación activos y pasivos, así como de los medios de transporte. Además las variables que mejor explican la sociabilidad y el aislamiento social son las propiedades individuales, es decir, las variables sociodemográficas (sexo, edad, nivel educativo, etc.) y no las actitudinales o ideológicas. Al igual que en otros estudios este también concluye que la familia sigue siendo el mejor antídoto contra la soledad. Los grupos sociales más susceptibles de sufrir la soledad, según la opinión de los españoles

en general y de las personas con alguna discapacidad, son los mayores, los que no tienen hogar, los pobres, los parados y los inmigrantes. Y por último que existe un amplio consenso social en que las instituciones públicas deben ocuparse de la soledad, de las políticas para reducir o eliminarla, pero que son las familias las que deben ocuparse en último término de luchar contra la soledad de cualquiera de sus miembros (13).

Las causas de la soledad se agrupan en tres clases de factores etiológicos. El primero son las características de la red social, es decir, el número y la calidad de las relaciones que tiene una persona. El segundo son las perspectivas que tiene la persona sobre sus relaciones: las preferencias, expectativas y deseos relacionados con las relaciones personales. Y por último el tercer grupo son los factores predisponentes como la baja autoestima, la falta de confianza o la falta de habilidades sociales. Además algunas experiencias vividas durante la vejez suponen una ruptura con la vida anterior, como el Síndrome del nido vacío, la muerte del cónyuge, la salida del mercado laboral o la falta de actividades placenteras (8,14, 15).

El estima social asociado a los estereotipos negativos de las personas solitarias, hace difícil medir la real prevalencia de esta experiencia debiendo considerarse que puede estar sub-registrada y que la prevalencia puede en realidad ser mayor. A pesar de esta falta de reconocimiento, existe evidencia empírica de la incidencia cada vez mayor de la soledad que puede llegar a afectar a un alto porcentaje de la población anciana.

También existe evidencia empírica sobre los efectos físicos, sociales y emocionales producidos por la experiencia solitaria vivida de forma involuntaria en las personas mayores junto a características socio-demográficas como el vivir solo/a, el sexo femenino, no tener hijos, vivir en zonas urbanas y tener 75 o más años.

A nivel físico, se relaciona con una disminución del sistema inmunológico, la discapacidad, enfermedades crónicas, un aumento de la morbilidad y una mayor probabilidad de ser hospitalizado por posibles descompensaciones de patologías crónicas. Según Killeen el efecto más extremo de la soledad en la salud es la muerte (16).

A nivel emocional, sus efectos se manifiestan con altos niveles de ansiedad, sentimientos de hostilidad, una baja autoestima, estados depresivos, disminución del optimismo, problemas para dormir, insatisfacción en la vida, deterioro cognitivo,

consumo y abuso de sustancias tóxicas, conductas suicidas, patrones conductuales de evitación social y problemas de cognición a lo largo del tiempo. Además la vivencia de este sentimiento de forma prolongada puede producir una disminución de las habilidades personales para afrontar los problemas y las pérdidas que pueden ocurrir en la última etapa de la vida ⁽¹⁷⁾.

En el año 2002 se llevo a cabo en Estados Unidos el estudio “Loneliness in Older Persons: A predictor of functional decline and death” que duró 6 años (2002-2008), es un estudio longitudinal de cohortes en el que participaron un total de 1604 adultos mayores. En este estudio se vio que en las personas que referían sentirse solas disminuyó la capacidad de llevar a cabo actividades cotidianas como bañarse, acicalarse y preparar alimentos, además los fallecimientos se incrementaron entre las personas de edad avanzada que vivían este sentimiento. Así concluyeron que la soledad fue un predictor de declive funcional y de muerte ⁽¹⁹⁾.

A medida que avanza la investigación al respecto, los científicos comprenden mejor los efectos de la soledad y sus efectos en la salud. También estudian factores como quiénes podrían verse más afectados y qué tipo de intervenciones podrían reducir los riesgos asociados.

Respecto a la evaluación de la soledad existen diversas escalas como la escala UCLA, la escala SESLA, la escala ESTE II, la escala ESLI y la escala de satisfacción vital de Philadelphia. Cabe destacar la escala Escala de Soledad Social Este II puesto que es la primera escala española que permite a los expertos analizar la experiencia subjetiva que tiene el sujeto ante los cambios sociales, la era digital y la adaptación a las nuevas tecnologías, entre otros, donde están implicados componentes cognitivos y emocionales ⁽¹⁹⁾.

Las estrategias y recursos para combatir la soledad pueden ser de tipo personal o individual, recursos familiares, recursos sociales, apoyo por parte de un trabajador social, relaciones de vecindad y la conservación de un acceso a un sistema educativo ⁽²⁰⁾.

Un recurso adecuado para mejorar o disminuir el sentimiento de soledad puede ser realizar actividades socioculturales. Este tipo de ocio dirigido a las personas mayores no se debe entender como una forma de entretener y distraer a este colectivo, o como

simplemente ocupar su tiempo libre. Durante los primeros años posteriores a la jubilación es crucial motivar una actitud positiva que capacite a la persona para disfrutar de todos los momentos que dispone a lo largo del día.

Las actividades socioculturales realizadas fuera del hogar fomentan la socialización con sus iguales y con otros colectivos permitiendo disfrutar del tiempo libre que invierten en la realización de dichas actividades. Se pueden incluir dentro de estas la asistencia a parroquias y ritos religiosos, participación en asociaciones culturales o de vecinos, realizar actividades deportivas bien al aire libre o en recintos cerrados, participar en grupos de teatro, realizar actividades agrícolas como el cuidado de un huerto (sobre todo en el medio rural), acudir a un bar, jugar a juegos de mesa, cartas etc.

El primer paso para abordar este problema es valorar las posibilidades de ocio que tiene cada lugar, ya que por ejemplo los grandes núcleos urbanos ofrecen mayores oportunidades respecto a los municipios más pequeños como los existentes en las zonas rurales. También se debe tener en cuenta las posibles limitaciones económicas y otros factores influyentes.

Debido al acelerado envejecimiento poblacional debemos adaptar los recursos disponibles a las demandas de la población mayor, fomentando el envejecimiento activo y su desarrollo en su máximo potencial, adaptando el sistema a las circunstancias para ser capaces de ofrecer opciones reales, que motiven a la población a participar en aquellas actividades que se ajustan a sus necesidades y que fomentan la interacción social disminuyendo o aliviando el sentimiento de soledad.

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Pregunta de investigación

¿En los pacientes geriátricos institucionalizados que perciben sentimiento de soledad, la realización de actividades socioculturales reduce la percepción de dicho sentimiento?

Hipótesis y objetivos

Hipótesis

- En las personas mayores institucionalizadas que siguen un programa de realización de actividades socioculturales en comparación a los que siguen el

programa habitual de la institución, disminuye la percepción del sentimiento de soledad.

Objetivo general

- Evaluar la mejora del sentimiento de soledad en pacientes geriátricos institucionalizados, que siguen un programa de salud basado en la realización de actividades socioculturales.

Objetivos específicos

- Identificar el nivel de soledad en pacientes geriátricos institucionalizados previo a una intervención basada en la realización de actividades socioculturales.
- Identificar el nivel de soledad en estos pacientes tras la intervención realizada.

4. METODOLOGÍA

La revisión de artículos publicados se realizó a través de las siguientes bases de datos, páginas web y buscadores como Cochrane, Scielo, Cuiden, Google Académico, Envejecimiento en red, ELSEVIER y Pubmed.

Los descriptores utilizados para la búsqueda fueron: soledad, anciano y hospitales geriátricos; combinándolos con los operadores booleanos “and” y “or”.

Los límites para la búsqueda de información fueron: artículos publicados en los últimos 15 años, a texto completo, escritos en español o en inglés y que trataran sobre el sentimiento de soledad en los ancianos y/o en los pacientes geriátricos institucionalizados.

También se utilizaron “La encuesta de personas mayores” y “La soledad de las personas mayores”, ambos realizados y publicados por IMSERSO; y “La soledad en España”, estudio realizado por la Fundación AXA y la Fundación ONCE de forma conjunta.

A parte de referencias consultadas por vía telemática se han consultado libros físicos como “Como elaborar y presentar un proyecto de investigación, una tesina y una tesis”.

4.1 Diseño del estudio

El diseño del estudio que se plantea es un diseño de grupo control pretest-postest. La asignación de los sujetos al grupo experimental (GE) y al grupo control (GC) se realiza aleatoriamente (R). La variable independiente (X) se mide en ambos grupos antes y después de la intervención ⁽²⁰⁾.

Tabla 1. Esquema de un diseño grupo control pretest-postest. Adaptado de Campbell y Stanley (1988).

	Observación	Intervención	Observación
(R) GE	O ₁	X	O ₂
(R) GC	O ₃		O ₄

(R): aleatorización

GE: grupo experimental

GC: grupo control.

O: observación

X: intervención

4.2 Población y muestra

Este programa va dirigido a los ancianos institucionalizados en la Residencia Nuestra Señora de la Peña de Calatayud (Zaragoza), de la Congregación de las Hermanas de los Ancianos Desamparados. Es una residencia geriátrica de carácter privado que cuenta con un total de 140 residentes. Las personas que conviven en ella pertenecen a un amplio rango de edad y padecen diversos tipos de afecciones, además de mostrar sentimientos objetivos y/o subjetivos de soledad.

Con la finalidad de que la muestra sea representativa se ha seleccionado un grupo de 50 personas a través de un muestreo aleatorio sistemático en el que cada muestra tiene la misma probabilidad de ser seleccionada. Para evitar posibles sesgos de selección no se tendrá en cuenta el estado civil, el socioeconómico y el sexo.

Los criterios de inclusión establecidos serán los siguientes:

- Pacientes mayores de 65 años.

- Pacientes que residan en el centro desde hace más de un mes.
- Pacientes que voluntariamente quieran participar.
- Personas con limitaciones motoras.

Los criterios de exclusión establecidos serán los siguientes:

- Pacientes que no quieran responder al cuestionario ESTE II
- Pacientes con deterioro cognitivo
- Pacientes con problemas de audición que dificulten la comunicación con el entrevistador

4.3 Variables de estudio

La variable dependiente del estudio es la percepción del sentimiento de soledad en los pacientes que forman la muestra seleccionada, que será evaluada a través de la Escala de Soledad Social ESTE II ⁽²¹⁾.

La variable independiente es la intervención llevada a cabo en el centro geriátrico mediante la realización de actividades socioculturales.

4.4 Recogida de información

En primer lugar se contacta con la directora del centro con la finalidad de explicarle el proyecto y solicitar permiso para poder llevarlo a cabo, acordando también pedir el consentimiento informado de forma escrita a cada uno de los participantes que forman la muestra a estudio ^(ANEXO I).

La recogida de datos es necesaria para realizar cualquier tipo de estudio o investigación, para ello se debe seleccionar un instrumento o método que sea válido y fiable en su aplicación.

De todas las técnicas que existen de investigación la encuesta y la entrevista son las más comunes y más conocidas ya que pueden proporcionar al investigador gran cantidad de datos y tienen un bajo coste económico. Además el contenido que permiten recoger puede ser muy diverso y al estar las preguntas delimitadas por el investigador garantiza estabilidad en las mismas. Otra gran ventaja es que en pocas sesiones se consigue toda la información pertinente, pudiendo contrastar, comparar y transformar estos datos en términos estadísticos.

En este caso la evaluación de la percepción del sentimiento de soledad se va a realizar a través del cuestionario validado ESTE II.

La evaluación del sentimiento de soledad se realizará a través de la escala de soledad social ESTE II, que fue diseñada para evaluar principalmente los déficits existentes en el soporte social del sujeto, así como el sentimiento que estas situaciones pueden provocar. La escala está compuesta por 15 ítems que proceden de escalas objetivas y de probada eficacia tales como la SELSA, la UCLA, la ESLI y la escala de Satisfacción Vital de Philadelphia. La escala ESTE II se divide en tres factores: percepción del apoyo social, uso que el mayor hace de las nuevas tecnologías e índice de participación social; y presenta tres alternativas de respuesta: siempre, a veces y nunca ⁽¹⁷⁾ (ANEXO II).

Esta escala fue creada por expertos de la Universidad de Granada, y resultó de una continuación de la Escala ESTE I, creada en 1999 por Rubio y el profesor Manuel Aleixandre para medir los cuatro tipos de soledad, la soledad familiar, la conyugal, la social y la existencial ⁽¹⁸⁾.

Cada participante del estudio también deberá contestar a otras preguntas que no forman parte del cuestionario ESTE II, con la finalidad de conocer un poco más sobre la muestra como el sexo, la edad o posibles patologías que padezcan, estos datos serán de gran utilidad a la hora de analizar los resultados ^(ANEXO III).

La muestra será dividida en dos grupos de forma aleatoria, uno de ellos será el grupo experimental al que se le realizará el programa de actividades socioculturales y el otro será el grupo control, el cual realizará únicamente las actividades rutinarias propuestas por la institución.

Posteriormente la intervención se lleva a cabo durante los meses de Marzo y Abril con actividades programadas todas las semanas. Tras la finalización del programa se volverá a evaluar el sentimiento de soledad de la muestra, para así poder conocer si tras la intervención ha mejorado la percepción del sentimiento de soledad y a su vez poder comparar el grupo experimental con el grupo control del estudio ⁽²⁷⁾.

4.5 Cronograma

Para la planificación del programa se ha elaborado el “Diagrama de Gantt” en el cual se especifica el tiempo de dedicación previsto para cada una de las fases del programa.

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
Recogida de datos					
Planificación					
Intervención					
Evaluación					

4.6 Análisis de la información

Con los datos obtenidos a través del cuestionario de evaluación ESTE II se realizará un análisis estadístico antes y después de su aplicación para poder comparar los valores y analizar la mejoría del sentimiento de soledad de forma más objetiva.

Se utilizará el programa estadístico SPSS para procesar los resultados obtenidos.

4.7 Aspectos éticos y legales

Para poder realizar el proyecto se debe tanto pedir permiso a la dirección del centro como también obtener de forma escrita el consentimiento de todos los participantes de la muestra.

A la hora de llevar a cabo la intervención se debe tener en cuenta el marco legal vigente en la actualidad. Así pues se debe velar por la privacidad del paciente según lo recogido en la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica ⁽²³⁾.

En 1968 la World Medical Association publicó la Declaración de Helsinki, en la que se resalta que la finalidad de la investigación es siempre la comprensión de la causa, desarrollo de la enfermedad, y mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos. Se enfatiza que debe priorizar el bienestar de los seres humanos por encima de los intereses de la ciencia y de la sociedad ⁽²⁴⁾.

Además también se debe cumplir con los principios éticos descritos por Beauchamp y Childress: autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia. En caso de conflicto entre estos principios según Diego Gracia Guillén se priorizarán los principios de no maleficencia y justicia, lo que describe como ética de mínimos, que deben ser cumplidos de manera universal ⁽²⁵⁾.

El anonimato de los participantes y la privacidad de los datos obtenidos mediante la realización del proyecto se mantendrán en todo momento.

También se solicitará la evaluación del proyecto al Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón: CEICA.

5. DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN

Sesión 1: Taller de canto y musicoterapia

La voz es una poderosa herramienta de comunicación de las personas con su entorno y la canción constituye la forma más fácil y espontánea de practicar la música. Formar parte de un coro ayuda a aprender a participar con respeto, a trabajar en equipo y a reforzar las relaciones entre sus componentes.

Los objetivos de esta actividad serán que los participantes disfruten, consiguiendo a su vez promover la interacción entre los mayores para potenciar las relaciones entre ellos, promover la participación en la actividad grupal y mejorar la autoestima.

Además cantar puede tener consecuencias físicas muy positivas ya que ayuda a entrenar la respiración y mantener las capacidades pulmonares del organismo. Fomenta también la capacidad de atención y las habilidades motrices de coordinación.

Al ser la primera sesión al inicio de la misma cada participante se presentará diciendo su nombre al resto del grupo y su municipio de origen, y a continuación se realizará una breve explicación de la actividad.

Para la realización de la actividad se propone la canción “Bajo el mar – La Sirenita”.

Para comenzar se entrega a los participantes la canción escrita en un folio a la vez que se va escuchando a través de los altavoces de un ordenador, cuando finaliza se pregunta al grupo si la conocen, animándoles a expresar a qué le recuerda y que sentimientos le produce.

Se comienza memorizando el estribillo mientras se proyecta el video de la canción con la letra. Una vez esté controlada esta parte se procederá a cantar toda la canción completa de forma grupal.

La duración de la actividad se prevé que será de 90 minutos aproximadamente, pero dependerá del tiempo de aprendizaje de la canción y de la participación del grupo.

Sesión 2: Cuidado del huerto

Aprovechando que la residencia se sitúa a las afueras del municipio de Calatayud y que cuenta con un amplio terreno en su propiedad alrededor de la misma, tras tener autorización de la directora se inicia esta actividad en la que se va a llevar a cabo la realización de un huerto.

Muchos de los ancianos que residen en el centro proceden de pueblos cercanos a Calatayud en los que el principal motor económico es de origen agrícola, así pues la mayoría de los residentes, sobre todo hombres, en su vida laboral se han dedicado a esta actividad.

La creación del huerto será un acercamiento a sus orígenes y les ayudará a mantener el contacto con el campo, haciéndoles sentir productivos y produciendo ese sentimiento de satisfacción que genera la recolecta de la cosecha.

Se habilitará con ayuda del grupo una zona a la derecha del edificio, delimitada del resto del terreno en la que en su proximidad hay una manguera con la que se podrá regar el huerto.

Esta actividad se llevará a cabo en dos días debido a su duración, inicialmente se quitarán las piedras y hiervas del terreno y tras tenerlo preparado se pondrán en común los conocimientos que tiene cada participante sobre el campo, así todos podrán aprender y fomentará la interacción y relación de los participantes.

Se harán 5 grupos de 5 personas cada grupo, debido al mes en el que nos encontramos se decide de forma conjunta plantar ajos, cebolla blanca, espárragos trigueros, alcachofa, borraja, berenjena, calabacín, calabaza, pimiento y escarola. Cada grupo se encarga de la siembra de dos hortalizas y de su cuidado a lo largo del año.

Sesión 3: Taller de lectura

El taller de lectura pretende fomentar el diálogo y la tertulia, para ello se seleccionan cuentos que busquen la reflexión sobre el tema que trata y hagan disfrutar también al lector.

Otros de los objetivos de esta actividad es estimular las capacidades cognitivas y sociales, ayudar a mantener la atención y concentración, fomentar la cohesión de grupo y trabajar la competitividad.

En primer lugar el grupo se colocará en círculo para mantener el contacto visual y el investigador procederá a hacer una breve explicación de la actividad.

El investigador iniciará la actividad leyendo un breve cuento llamado “El tren de la vida” que pretende hacer vez al lector que la vida tiene distintas fases, asemejando esta con el recorrido de un tren. La vida tiene sus cosas buenas y sus cosas malas y hay que aprender a disfrutar de lo bueno de cada fase.

Tras la lectura del cuento se fomenta la puesta en común de las opiniones individuales y se realiza un pequeño debate.

Debido a que algunos de los integrantes no saben leer, el taller se centrará en que los mayores presten atención al cuento que lee el investigador prestando atención al mismo.

Además dependiendo del tiempo que ocupe la actividad anterior también se harán varias rondas en las que cada participante debe decir un acertijo o un refrán. Esta actividad fomenta el aprendizaje a través de los conocimientos que tienen los compañeros y estimula a los mayores a recordar aquello que aprendieron hace tiempo, haciéndoles ver que la memoria permanece y son capaces de recordarlo.

Sesión 4: Taller de manualidades

Las manualidades son una actividad que mezcla la creatividad, el orden y la paciencia; cualidades que se deben ejercitar para fomentar un envejecimiento activo. Esta actividad se puede ver limitada por patologías como la artrosis, la presbicia o algunos síntomas como los temblores.

A nivel físico, estas actividades requieren habilidad y precisión lo que ayuda a mantener la destreza manual.

A nivel psicológico, se trabajan facultades que pueden ser mejorables como la concentración, la atención y la memoria. Estas actividades potencian que presten atención al siguiente paso, esto fortalece el sentido de alerta y la sucesión de tareas.

A nivel emocional, aumenta la autoestima personal al sentir que son capaces de hacer cosas útiles, estas tareas resultan placenteras y estimulan la confianza en uno mismo.

Al inicio de la sesión se explica brevemente la actividad, en este caso se propone realizar unas velas decoradas de forma manual.

Se necesitarán unos frascos pequeños de cristal, velas, acuarelas, hojas y pegamento; materiales que proporciona el centro.

Se mezclan dos partes de pegamento por una de agua para pegar las hojas en el frasco de cristal, se deja un tiempo para que se seque y mientras tanto con cuidado se va introduciendo la vela con cuidado. Según las preferencias de cada participante se podrá decorar con acuarelas el exterior del frasco.

Sesión 5: Mente activa

Los puzles, sopas de letras, crucigramas y sudokus tienen múltiples beneficios en las personas que los realizan con frecuencia. Constituyen una importante fuente de entretenimiento en las personas mayores a la vez que ayudan a prevenir el riesgo de deterioro cognitivo, ya que realizar este tipo de ejercicios a diario obliga a utilizar estrategias de razonamiento, atención, memoria, lógica y en general fomentan el envejecimiento activo de la persona mayor.

Además de los beneficios cognitivos también tienen otras ventajas como la liberación de tensiones y emociones, orientar positivamente las angustias, creación de nuevos vínculos, ayuda a la reflexión y sobre todo disfrutar y divertirse con la actividad.

El mantenimiento de una mente activa mejora el estado de ánimo, las habilidades comunicativas, aumenta la autonomía y reduce la ansiedad.

Al inicio de la actividad se pregunta al grupo si conocen este tipo de pasa tiempos y si los suelen realizar con frecuencia.

A continuación se reparte un puzle de baja dificultad por cada grupo de 3 personas para realizarlo de forma conjunta. Una vez terminado serán comentadas las posibles dificultades que han podido tener durante su realización.

Tras un breve descanso se procede a repartir un juego de sopas de letras, un crucigrama y un sudoku por participante. Antes de comenzar la actividad se realiza una breve explicación de cada uno de ellos y se resuelven las dudas del grupo.

Sesión 6: Taller de labores textiles

En esta actividad se van a realizar labores tradicionales como el punto de cruz y el ganchillo. Estas tareas eran comunes en la edad joven y adulta de la mayoría de mujeres que forman parte del grupo, al ser aprendidas y practicadas en otra época esta actividad pretende asociar recuerdos positivos y favorecer la comunicación interpersonal.

Además se ejercita la destreza manual y las capacidades cognitivas, permite también poner en común los conocimientos de cada individuo de forma que puedan aprender los unos de los otros.

Esta actividad la dirige el investigador con la ayuda de los integrantes del grupo que tienen más destreza en la elaboración de estas actividades. Así pues las mujeres que son la gran mayoría que controla la técnica enseña a aquellos que la desconocen.

Se propone como actividad inicial la confección de una bufanda de lana, pero cada persona puede elegir libremente lo que desea realizar.

Sesión 7: Paseos saludables

Los paseos saludables promocionan la actividad física, siempre teniendo en cuenta las posibilidades de cada persona. La realización de ejercicio físico ayuda a prevenir enfermedades y mejora la salud física y psicológica fomentando el envejecimiento activo.

Además ayuda a relacionarse con el medio que nos rodea, aprendiendo a conocer la localidad más en profundidad disfrutando de sus calles y sus parques.

Antes de comenzar la actividad se instruye al grupo sobre la realización de una adecuada respiración y se explica que deben llevar una ropa adecuada y un calzado cómodo que sujete bien el pie.

A su vez se imparte una pequeña charla sobre los beneficios que comporta la realizar ejercicio físico a diario combinándolo con hábitos saludables, potenciando la dieta mediterránea, reduciendo el consumo de sal, grasas y aportando una adecuada cantidad

de agua, frutas, verduras y productos con alto contenido en calcio, todo esto dividido en 5 comidas diarias.

La actividad comenzará en el patio de de la institución geriátrica, una vez reunido todo el grupo se comenzará a caminar por “el camino verde de Calatayud” durante 30 minutos aproximadamente, siempre dependiendo de las capacidades de cada uno de los participantes.

Sesión 8: El baile: pasodobles de orquesta

La música y el baile forman parte del envejecimiento activo y saludable, ayudan a adoptar un concepto positivo de la vejez orientada al continuo desarrollo siendo una propuesta de ocio activo y una posibilidad de relacionarse con los demás.

Tienen los beneficios de realizar ejercicio físico, potencia la memoria al ser necesario aprender los pasos de baile y memorizar la música, estimula también el cerebro y la coordinación rítmica, puede prevenir enfermedades neurodegenerativas al tratarse de ejercicios que fomentan el equilibrio y estimula la circulación sanguínea.

Al inicio de la sesión se hace una breve explicación de la actividad y se hacen parejas para dar comiendo al baile.

Los pasodobles elegidos son “El toro de su sueño-pasodoble clásico taurino”, “Viva el pasodoble”, “Que viva España”, “Me gustas mucho” y “Fue tan poco tu cariño”, además de otras canciones que dependen de las peticiones de los participantes.

Sesión 9: Taller de teatro

Formar parte de un grupo de teatro es una de las mejores opciones que tienen actualmente los mayores para divertirse y envejecer de forma activa. Ayuda a reducir la vergüenza, a interaccionar y relacionarse con el resto de compañeros, trabaja también la expresión corporal a través de la mímica, y algo muy importante, el mantenimiento activo de la memoria.

Al inicio de la actividad se hace una breve explicación y se divide el grupo en pequeños subgrupos de 5 personas cada uno. Cada grupo trabaja y ensaya la obra durante 30 minutos y a continuación se presenta al resto

Sesión 10: Tarde de cine

El cine es considerado un arte que transmite historias a través de la narración y también mediante las imágenes, consiguiendo situar al espectador en escenarios donde se muestran las relaciones humanas en diferentes contextos y nos invitan a explorar la esfera de los sentimientos frente a diferentes situaciones.

Además no solo aporta entretenimiento sino también constituye un elemento de reflexión, análisis aprendizaje y debate.

En este caso en el taller de cine se va a proyectar la película “Cinema Paradiso” con el fin de crear un ambiente de relajación, en el que los residentes puedan disfrutar de la actividad interiorizando otras realidades y compartiendo sus opiniones con el resto de compañeros tras ver la película.

Sesión 11: Juegos de memoria

Los juegos de memoria consiguen mantener la mente activa de los mayores a su vez de estimular la memoria evitando el desgaste cognitivo.

En este taller se realizan varios juegos, el primero de ellos es el juego de “Veo, veo” que consiste en que la persona que tiene el turno elige un objeto que esté presente en la sala y diciendo la letra por la que comienza el resto del grupo debe adivinarlo.

En el siguiente juego se exponen dos imágenes al grupo y observándolas detenidamente se debe ir buscando las diferencias entre ambas.

Otro juego es el de completar frases, entre ellas hay algunos refranes populares, tienen que completar un total de 10 frases que serán comentadas al finalizar el juego.

Se finaliza la actividad con los juegos de mesa, que proporcionan en la vejez una considerable fuente de entretenimiento y socialización. Los juegos propuestos son el domino, el ajedrez y las cartas. Se forman grupos según las preferencias de los participantes y son ellos los que eligen la actividad que desean realizar, proponiendo juegos conocidos por la mayoría de ellos como el guiñote y el cinquillo.

Sesión 12: Cuerpo activo: ejercicio aeróbico, de coordinación y de equilibrio

La realización de ejercicio físico, tal y como se comenta en la actividad “paseos saludables”, es fundamental para el envejecimiento activo de la población. Entre los beneficios están el aumento de la sensación de bienestar, la disminución del estrés, la

reducción del riesgo de algunas patologías crónicas, el aumento de la autoestima y la disminución del riesgo de depresión.

Antes del comienzo de la actividad se recomienda a los participantes vestir ropa cómoda y calzado adecuado, y posteriormente se explica brevemente en qué consiste la actividad que se realiza en el patio de la residencia, al aire libre.

Se comienza la actividad realizando estiramientos de los músculos principales del cuerpo, se continúa como actividad aeróbica caminando a ritmo ligero alrededor del patio dando unas tres vueltas, dependiendo de la capacidad de cada participante. Seguidamente pasamos a realizar algunos ejercicios de coordinación y para ello se realiza un circuito con aros, balones, bastones y conos. Para finalizar se realizan ejercicios de equilibrio como pararse sobre un pie, caminar de talón a dedos y caminata de equilibrio primero con un pie y luego con otro.

Sesión 13: Taller de cocina

El taller de cocina promueve la comunicación entre los participantes, ayuda a estimular la creatividad y la psicomotricidad, mejora la autoestima y fomenta la conservación de recetas tradicionales.

Esta actividad se realiza en la cocina del centro; al inicio del taller se divide el grupo en subgrupos de 4 personas. Cada uno de estos realiza un bizcocho dejando la elección de la receta a seguir a los participantes del mismo con la finalidad de que todos bizcochos sean diferentes. Al finalizar el taller todos pueden probar el postre realizado por el resto de compañeros y así se abre debate y se comenta cual ha sido la receta que más ha gustado.

Sesión 14: Taller de prensa

La actividad consiste en elegir una noticia de actualidad, en este caso se ha elegido la polémica de las pensiones de las personas mayores en España.

Para llevar a cabo el taller se utilizan varios periódicos y revistas que contienen alguna noticia sobre el tema, para que los participantes puedan leerlas y actualizarse. Tras la lectura de las mismas se abre debate y se comentan las diferentes opiniones de cada residente contrastándolas y poniendo puntos en común.

Este taller ayuda a trabajar la orientación a la realidad, el lenguaje, la atención y la concentración, entrena las habilidades de comunicación como el respeto por el turno de palabra y la escucha a los compañeros, mejorando a su vez las conductas agresivas inadecuadas como las interrupciones en el discurso.

Sesión 15: Visita al museo

Durante esta sesión se va a visitar el Museo de Calatayud, que está ubicado en el antiguo Convento de las Carmelitas, mediante una visita guiada.

Esta actividad ayuda a profundizar en la historia y la cultura del municipio de Calatayud y a la integración de los residentes en su entorno, favorece también las relaciones sociales y potencia la cultura ampliando conocimientos.

Sesión 16: Documental aragoneses por el mundo

En esta sesión se proyecta a los residentes un capítulo del programa Aragoneses por el Mundo, en este caso se ha elegido Aragoneses en Alemania.

Este documental ha sido elegido debido a que algunos de los residentes tuvieron que emigrar cuando eran jóvenes a otros países en busca de trabajo por la situación de déficit de trabajo que vivía España en aquella época. Este hecho puede ser recordado a través del visionado de este documental ya que esa situación se repite en la actualidad, donde entre las diversas razones que llevan a nuestros jóvenes aragoneses a emigrar a otro país está la falta de trabajo estable y de calidad.

Tras finalizar el capítulo se procede a compartir opiniones, experiencias y distintos puntos de vista, comparando también sus vivencias vividas con las de algunos de sus nietos.

Este taller ayuda a la expresión de sentimientos y sociabilización con el resto de compañeros reviviendo experiencias pasadas.

Sesión 17: Juegos tradicionales: bolos y petanca

Durante esta sesión se quiere hacer disfrutar a los residentes a través de juegos tradicionales que les ayudan a retomar actividades que realizaban en el pasado y experimentar de nuevo momentos felices de su juventud junto al bienestar que genera la actividad física

La actividad se desarrolla en el patio de la residencia, al aire libre. Los juegos propuestos son el juego de los bolos, que mayoritariamente era practicado por mujeres, y el juego de la petanca, que era más practicado por el colectivo masculino.

Sesión 18: Sesión de bingo

El bingo es un juego sencillo que genera múltiples beneficios en los adultos mayores. Aparte de ser una fuente de entretenimiento también promueve habilidades cognitivas, aumenta la memoria, promueve la coordinación ocular, previene el envejecimiento, ayuda al mantenimiento de una mente activa y es una fuente de diversión y sociabilización con sus iguales.

Al inicio de la actividad se hace una breve explicación del juego por si algún participante no lo conoce o no a jugado nunca, y a continuación se le reparte a cada participante un cartón de bingo y se procede a comenzar la sesión.

Sesión 19: Taller de manualidades

Las manualidades mejoran la estimulación cognitiva, la psico-motricidad y fomentan la sociabilización. Más concretamente la elaboración de objetos de forma manual ayuda a la prevención de enfermedades como la artrosis manteniendo la fuerza, elasticidad y movilidad de las manos.

Se debe tener en cuenta las capacidades que puedan tener deterioradas los participantes y que pueden afectar a la hora de realizar la actividad como por ejemplo la disminución de la visión.

Debido a la época del año en la que nos encontramos la manualidad elegida es unos huevos de Pascua decorados con caras de animales. Los huevos a utilizar están cocidos y pintados de blanco o sobre su color se dibuja en ellos una cara con rotulador permanente, pudiendo también pegar una nariz o colocar accesorios recortados como un sombrero, unas gafas o unas orejas.

Sesión 20: Papiroflexia

Algunos de los beneficios de la papiroflexia son el fortalecimiento de la memoria y y la ralentización del deterioro cognitivo en las personas mayores si se practica con

regularidad, la promoción de la imaginación creando diferentes figuras y la ayuda a mantener la destreza manual, la coordinación y la paciencia.

En esta sesión se enseña a los participantes a realizar una pajarita y un barco de papel que posteriormente se pintan con acuarelas de colores.

Algunos de los participantes tienen una mayor destreza en la papiroflexia y finalizan la actividad con mayor rapidez, por lo que ayudarán a sus compañeros en lo que necesiten, así se fomenta a su vez la relación y comunicación entre el grupo.

6. RESULTADOS

La recogida de datos se realizó en dos momentos diferentes, antes de la realización de la intervención con actividades socioculturales, donde a parte del test de evaluación de la soledad ESTE II también se realizaron varias preguntas a cada residente con el fin de obtener información sociodemográfica y poder relacionarla con los resultados del test ESTE II. La segunda recolección de datos se realizó tras la intervención del programa de actividades socioculturales, en este caso solo se pasó el test ESTE II para así ver las diferencias encontradas respecto al primer momento ^(ANEXO III).

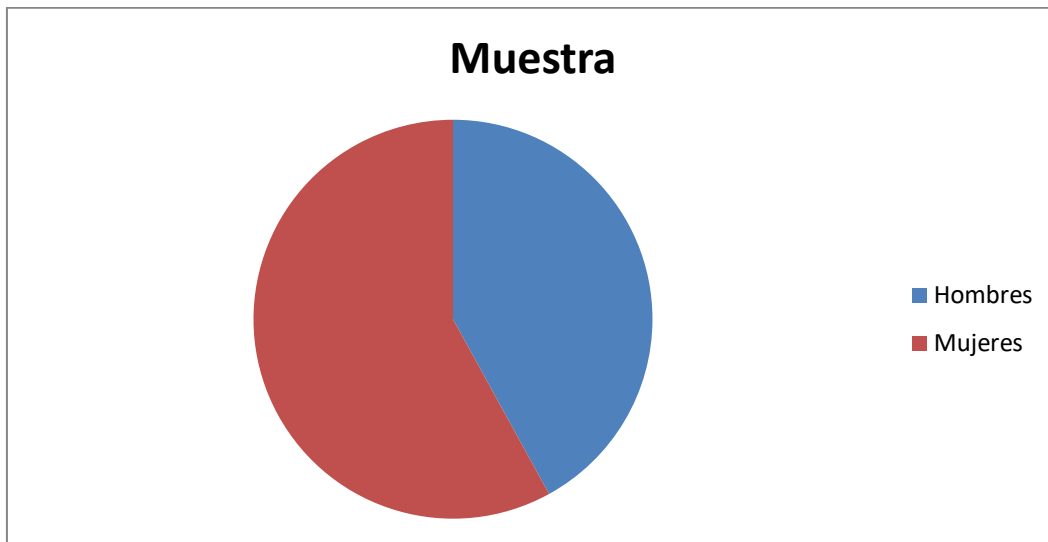
Antes de pasar a analizar la información obtenida se debe tener en cuenta los posibles sesgos producidos durante el estudio.

Existe un sesgo de selección, puesto que la muestra ha sido seleccionada por conveniencia debido a la accesibilidad y no de forma probabilística, por ello y por el número de sujetos estudiados, estos resultados no podrán ser generalizados a toda la población geriátrica institucionalizada, pero sí da información preliminar sobre la prevalencia del sentimiento de soledad en este tipo de población.

Podría estar presente también el sesgo de información ya que el instrumento de recogida de información ha sido un cuestionario de evaluación. La información que se recoge puede estar influida por factores externos como el estado de ánimo en el momento de la entrevista, por lo que no es un instrumento del todo objetivo para evaluar la percepción del sentimiento de soledad.

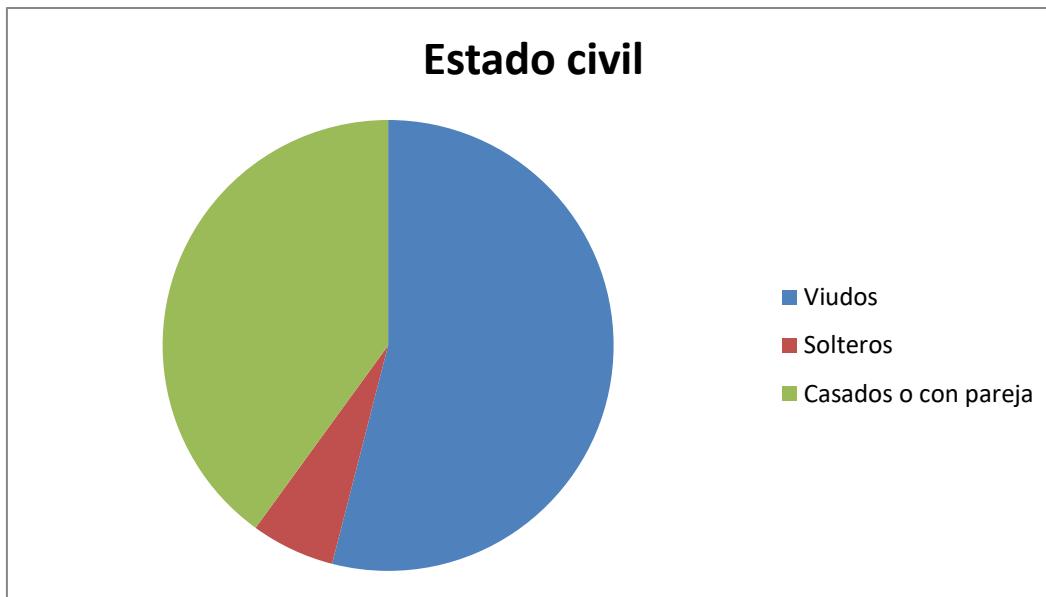
La información sobre las características socio demográficas se obtuvo a la vez que se paso el pre-test, antes de la intervención.

La muestra está formada por 50 residentes, presenta un intervalo o rango de edad de 13 años siendo el más joven con 72 años y el más anciano con 85. De ellos 21 son hombres y 29 son mujeres, 42% y 58% respectivamente. Se aprecia una diferencia entre ambos sexos del 16%, lo que se debe a la mayor esperanza de vida de las mujeres (5 años aproximadamente) respecto a los hombres.



El 30% de la muestra procede de Calatayud y el 70% restante de municipios cercanos a dicha localidad como Aniñon, Villarroya de la Sierra, Maluenda, Paracuellos de Jiloca, Mara, Miedes, Villalengua, Ateca, Jaraba, Ibdes, Munébrega, Nuévalos y Campillo de Aragón.

Para caracterizar en más profundidad la muestra se ha estudiado la variable "estado civil" puesto que diversas referencias advierten que estar soltero, divorciado o viudo afecta negativamente a la percepción del sentimiento de soledad, mientras que tener pareja o estar casado constituye un factor protector. Como resultados se ha obtenido que el 54% de la muestra son viudos, el 6% son solteros y el 40% restante tienen pareja o están casados. Cabe destacar que del porcentaje de viudos el 76% son mujeres, lo que se debe también a las diferencias de esperanza de vida entre ambos sexos.



Respecto a la percepción del estado de salud percibido el 12% refirieron tener un estado muy bueno, el 44% bueno, el 36% regular, el 8% malo y el 0% muy malo.

La información sobre las patologías que padece cada residente participante en el estudio fue proporcionada por la enfermera del centro. El 88% de la muestra padece alguna enfermedad crónica, siendo las más prevalentes la hipertensión arterial, la diabetes, la artrosis, las enfermedades respiratorias y la depresión.

La mayoría de los hombres que forman la muestra (80%) en su vida laboral activa se han dedicado a la actividad agrícola y las mujeres el 60% eran amas de casa y ayudaban en el campo y el 26% se dedicaban a la industria textil.

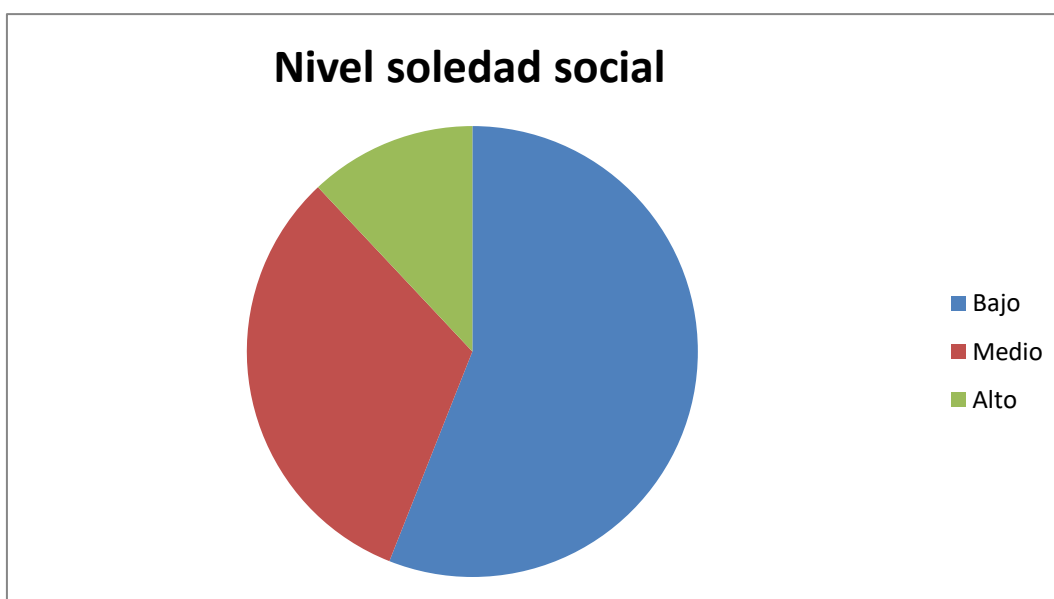
Para la evaluación de la percepción del sentimiento de soledad se empleó el test ESTE II, realizando dos evaluaciones ambas en momentos diferentes, la primera antes de realizar el programa de intervención y la segunda tras este.

El análisis estadístico se hizo con el programa SPSS. Para el análisis univariado se emplearon frecuencias absolutas y proporciones. Debido a que la distribución en los datos obtenidos a través de la escala ESTE II no fue normal, se utilizó un análisis no paramétrico y la prueba de Wilcoxon mann whitney en las variables cuantitativas. Además se fijó el nivel de significación de la prueba en $p \leq 0,05$.

En el análisis de la información se compararon los dos momentos en los que se evaluó la soledad social, comparando a la vez los resultados obtenidos del grupo en el que se realizó la intervención con el grupo control, para así poder comprobar objetivamente si

había mejorado la percepción del sentimiento de soledad respecto a la primera valoración. Además también se contrastaron los datos obtenidos de la valoración del grupo en el que se realizó el programa de intervención de actividades socioculturales respecto al que realizó las actividades habituales que programa la propia residencia.

Como resultado en la primera evaluación de la soledad social a través de la escala ESTE II se obtuvo que de los 50 encuestados el 56% obtuvo un nivel de soledad bajo (puntuación de 0 a 10), el 32% obtuvo un nivel de soledad medio (puntuación de 11 a 20) y un 12% un nivel de soledad social alto (puntuación de 20 a 30).



Estos datos a su vez se relacionaron con las variables sociodemográficas, cabe destacar que respecto a las 28 personas (56%) que tienen un nivel bajo de soledad social, en proporción hay más hombres que mujeres; el 71,42% de los hombres respecto al 46,42% de las mujeres. Siendo así, más alta la proporción de mujeres con niveles de soledad medio y alto, lo que también se relaciona con la patología depresión, más presente en este colectivo.

En general, si se examinan estos datos con el estado civil puede inferirse que el estar casado o en pareja constituye un factor protector respecto a la soledad social. El sólo hecho de la internación genera en estos colectivos sentimientos de abandono y dejación, puesto que, entre muchas de las pérdidas a que se ve sujeto, está la del contacto social con el ámbito familiar.

Tras la primera evaluación se dividió la muestra en dos grupos de 25 residentes, uno de ellos continuó realizando las actividades que realiza de forma habitual y el otro grupo participó en el programa de intervención de actividades socioculturales. Al finalizar el programa se volvió a evaluar la soledad social con el cuestionario ESTE II al total de la muestra para observar si existe diferencia significativa entre ambos grupos.

Como resultado se obtuvo una mejora significativa en el grupo que participó en el programa de actividades socioculturales. El 72% de la muestra presentó mejoría en la percepción de la evaluación de la soledad social mediante el cuestionario de evaluación, mientras que el 28% restante de estos 25 residentes obtuvo el mismo nivel de soledad. Cabe destacar que los ítems en los que se ve mayor mejora son “*¿Le resulta fácil hacer amigos?*”, “*¿Le gusta participar en actividades de ocio?*”, “*¿Se siente usted solo?*” y “*¿Se siente querido?*”.

Aquellos que obtuvieron en la primera evaluación un nivel de soledad social bajo (de 0 a 10 puntos) redujeron de media 2 puntos. Del 32% de la muestra que obtuvo un nivel de soledad medio (puntuación de 11 a 20) redujo el resultado 3,44 puntos de media y el 12% que presentó un nivel de soledad social alto (puntuación de 20 a 30) se obtuvo una reducción de 4,23 puntos de media.

Cabe destacar que el grupo de la muestra que siguió las actividades rutinarias programadas por el centro residencial no obtuvo ningún cambio, ni mejora ni empeoramiento en la percepción de soledad social.

Al estudiar los resultados de la Escala ESTE II para nuestra muestra, en base a las personas que tenían o no soledad social según los criterios expuestos en los resultados, se puede comprobar que aumenta el porcentaje de personas con soledad social según aumenta la edad de manera estadísticamente significativa.

7. DISCUSIÓN

Hasta ahora pocos estudios han analizado la influencia de las posibles variables que intervienen en la soledad, lo que implica cierta dificultad al momento de comparar los resultados.

Al comparar los datos obtenidos con otros estudios, como **“Tres interrogantes sobre la soledad social en los adultos mayores de Granada, España”**, estudio realizado en la población de Granada en el año 2010 con una muestra de 755 personas, de las cuales un 29,20% fueron hombres y un 67,70% fueron mujeres, en el que se analizó la soledad social según las puntuaciones obtenidas en la Escala ESTE II, se puede ver que en este estudio se obtuvo diferencias entre sexos, siendo las mujeres las que presentaban puntuaciones más altas, al igual que en el estudio que se ha realizado. También coinciden ambos estudios en que la puntuación en la escala de soledad social es mayor en las personas separadas o solteras que en las personas que tienen pareja o están casadas.

La hipótesis que presentan los investigadores que realizaron la Escala ESTE II, es que las mujeres con el paso del tiempo van perdiendo el rol que ocupaban en la edad adulta; como puede ser el hecho de que pasan de ser protectoras a protegidas, las diferentes pérdidas de familiares bien por emancipación o muerte. Hecho que provoca una mayor dificultad en la adaptación social en esta última etapa de la vida ⁽²⁶⁾.

8. CONCLUSIÓN

Dados los resultados obtenidos en este estudio se puede afirmar que se han cumplido los objetivos de esta investigación, y que los datos parecen respaldar la hipótesis de partida, por lo que se puede concluir:

Primero, se evaluó la mejora del sentimiento de soledad social en pacientes geriátricos institucionalizados, que siguen un programa de salud basado en la realización de actividades socioculturales y se observó la disminución del sentimiento de soledad en la muestra.

Segundo, la realización de actividades socioculturales, el fomento del envejecimiento activo y el aumento de la comunicación entre iguales ayuda a disminuir la percepción del sentimiento de soledad social en los pacientes geriátricos institucionalizados. Es de vital importancia que nuestros mayores se sientan útiles y activos, evitando también la monotonía dentro de estos centros.

La percepción del sentimiento de soledad presenta una alta incidencia en pacientes geriátricos institucionalizados. Además, es un ámbito poco trabajado en las instituciones

para mayores. Incentivar la valoración y el estudio de dicho sentimiento en las residencias, mejoraría el estado general de salud de los ancianos mediante la instauración de medidas preventivas en este tipo de población en riesgo de sufrir soledad social.

Con la realización de este estudio se pretende dar un paso más en el ámbito de la soledad, considerando ésta como variable, incluyendo la escala ESTE II como instrumento de evaluación, favoreciendo la adaptación a los ritmos sociales y promoviendo las relaciones sociales y el envejecimiento activo.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Ine.es [Internet]. España: Instituto Nacional de Estadística; [citado 20 dic 2018]. Disponible en: <http://www.ine.es/>
2. Abellán García, Antonio; Ayala García, Alba; Pérez Díaz, Julio; Pujol Rodríguez, Rogelio. Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Indicadores estadísticos básicos. Un perfil de las personas mayores en España, 2018 indicadores estadísticos básicos [Internet]. 2018; [citado 20 dic 2018]; n° 17, pág. 7. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos18.pdf>
3. Gobierno de Aragón [Internet]. España: Instituto Aragonés de Estadística; [Citado 20 dic 2018]. Disponible en: <http://www.aragon.es/iaest>
4. CEPAL. Población, Envejecimiento Y Desarrollo. [Internet] Puerto Rico. 2004; 2235:1-94. [Citado 20 dic 2018] Disponible en: http://www.cepal.org/publicaciones/xml/8/14988/dge2_235.pdf
5. Jairo L. et al. Concepto de soledad y percepción que de su momento actual tiene el adulto mayor en el municipio de Bello, Colombia 2007. Facultad Nacional de Salud Pública, [Internet]. 2009. [Citado 18 ene 2019];. Disponible en: <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/293>
6. Fernández O, Muratori M, Zubieta E. Bienestar Eudaemónico y soledad emocional y social. [Internet] 2013 [Citado 18 ene 2019]; Boletín de Psicología N° 108: 7-23. Disponible en: <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N108-1.pdf>
7. Rodríguez Martín Marta. La soledad en el anciano. Gerokomos [Internet]. 2009 Dic [citado 20 ene 2019] ; 20 (4): 159-166. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400003&lng=es.
8. Real Academia Española (2014). Diccionario de la lengua española (23ª ed.) Disponible en: <http://www.rae.es/diccionario-panhispanicode-dudas/definiciones>
9. Cardona Jiménez JL, Villamil Gallego MM, Henao Villa E, Quintero Echeverri Á. El sentimiento de soledad en adultos. MEDICINA U.P.B. [Internet]. 2013 [Citado 10 ene 2019]; 32 (1):9-19. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1590/159029099002.pdf>
10. IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales [Internet]. Boletín sobre el envejecimiento. La soledad de las personas mayores. 2000 [Citado 12 ene 2019].

- Disponible en: <http://www.imserso.es/interpresent3/groups/imserso/documents/binario/boletinopm3.pdf>
11. IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales [Internet]. Boletín sobre el envejecimiento. Encuesta de personas mayores. 2010 [Citado 12 ene 2019]. Disponible en: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/presentacionencuestamayores_20.pdf
 12. DelBarrio É, Castejón P, Sancho Castiello M, Tortosa MA, Sundström G, Malmberg B. La soledad de las personas mayores en España y Suecia: contexto y cultura. Revista Española de Geriátría y Gerontología [Internet]. 2010 [Citado 12 ene 2019]; 45(4):189–195. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanolageriatria-gerontologia-124-articulo-la-soledad-las-personas-mayoresS0211139X10000430>
 13. Juan Díez Nicolás, María Morenos Páez. La soledad en España. [Internet]. Vol 1. Edición 2015: Madrid. Fundación AXA y Fundación ONCE; 2015 [Citado 11 marzo 2019]. Disponible en: https://www.fundaciononce.es/sites/default/files/soledad_en_espana.pdf
 14. Martín Carrasco M, González Fraile E. La soledad en los mayores. El gran factor de riesgo. Informaciones Psiquiátricas [Internet]. 2016 [Citado 12 ene 2019];224: 59-65. Disponible en: <http://informacionespsiquiatricas.com/admin-newsletter/uploads/docs/20161118144739.pdf>
 15. Gené-Badía J, Ruiz-Sánchez M, Obiols-Masó N, Oliveras Puig L, Lagarda Jiménez E. Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? Atención Primaria [Internet]. 2016 [Citado 12 ene 2019]; 48(9):604-609. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articuloaislamiento-social-soledad-que-podemos-S0212656716301809>
 16. Killeen C (1998). Loneliness an epidemic in modern society. Journal of Advanced Nursing. [Internet]. 1998 [Citado 12 ene 2019] 28(4), 762-770. Disponible en : <https://m.recoveryonpurpose.com/upload/Loneliness%20An%20Epidemic%20in%20Modern%20Society.pdf>
 17. Perissinotto, C. M., Stijacic Cenzer, I., Covinsky, K. E. (2012). Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. Archives of internal medicine. [Internet]. 2012 [Citado 15 ene 2019] 172(14), 1078-83. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4383762/pdf/nihms618430.pdf>

18. Puig Llobet Montserrat, Lluch Canut María Teresa, Rodríguez Ávila Nuria. Valoración de enfermería: detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo. Gerokomos [Internet]. 2009 Mar [citado 2019 Abr 07] ; 20(1): 9-14. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000100002&lng=es.
19. Mercedes Pinel Zafra, Laura Rubio Rubio y Ramona Rubio Herrera. Un instrumento de medición de soledad social: escala ESTE II. Calidad de Vida. 2010[citado 2019 Feb 20]; 16. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-este2.pdf>
20. Rodríguez Martín Marta. La soledad en el anciano. Gerokomos [Internet]. 2009 Dic [citado 2019 Feb 20] ; 20(4): 159-166. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400003
21. Cardona, J., Villamil, M.M., Henao, E., Quintero, A. Validación de la escala “ESTE” de soledad en la población adulta. Invest Educ Enferm. 2010: 28(3): 416-27. Disponible en Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (REDALYC): <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105215721012.pdf>
22. Icart MT, Pulpón AM, Garrido EM, Delgado P. Cómo elaborar y presentar un proyecto de investigación, una tesina y una tesis. Barcelona: Publicacions i Edicions de la Universidad de Barcelona; 2012
23. Agencia Estatal. Boletín Oficial del Estado. [Internet] Legislación consolidada. 2002 [Citado 25 feb 2019] Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
24. Asociación Médica Mundial (AMM). Declaración de Helsinki de la AMM- principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Internet] 2018 [Citado 25 feb 2019] Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-dehelsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-lasinvestigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
25. Ferro María, Molina Rodríguez Luzcarín, Rodríguez G William A. La bioética y sus principios. Acta odontol. venez [Internet]. 2009 Jun [citado 2019 Feb 21]; 47(2): 481-487. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000200029&lng=es

26. Ramona Rubio, Mercedes Pinel y Laura Rubio. Tres interrogantes sobre la soledad social en los adultos mayores de Granada, España. [Internet] 2018 [Citado 07 abr 2019] Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/303523534 Tres interrogantes sobre la soledad social en los adultos mayores de Granada Espana](https://www.researchgate.net/publication/303523534_Tres_interrogantes_sobre_la_soledad_social_en_los_adultos_mayores_de_Granada_Espana)
27. Cardona Jimenez JL, Villamil Gallego MM, Henao Villa E, Quintero Echeverri A. Validación de la escala ESTE para medir la soledad de la población adulta. Invest Educ Enferm. 2010;28 (3):416-427
28. Rubio R, Rico A. Un estudio sobre la soledad en las personas mayores: entre el estar solo y el sentirse solo. Rev Mult Gerontol. 2001;11(1):23-28
29. Iglesias J. La soledad como consecuencia de la jubilación y la viudez. España: Universidad de Granada, Facultad de Sociología; 2003.
30. Rodríguez Martín Marta. La soledad en el anciano. Gerokomos [Internet]. 2009 Dic [citado 2019 Jun 01] ; 20(4): 159-166. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2009000400003 &lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2009000400003&lng=es).

10. ANEXOS

ANEXO I

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE

Título de la investigación: Evaluación de la mejora del sentimiento de soledad en pacientes geriátricos institucionalizados mediante la realización de actividades socioculturales a través de la escala ESTE II

Investigador Principal: Silvia Lozano Alonso

Tfno: 660887067

Centro: Universidad de Zaragoza

1. Introducción:

Nos dirigimos a usted para solicitar su participación en un proyecto de investigación que estamos realizando en la Residencia Nuestra Señora de la Peña de Calatayud. Su participación es voluntaria, pero es importante para obtener el conocimiento que necesitamos. Este proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética, pero antes de tomar una decisión es necesario que:

- lea este documento entero
- entienda la información que contiene el documento
- haga todas las preguntas que considere necesarias
- tome una decisión meditada
- firme el consentimiento informado, si finalmente desea participar.

Si decide participar se le entregará una copia de esta hoja y del documento de consentimiento firmado. Por favor, consérvelo por si lo necesitara en un futuro.

2. ¿Por qué se le pide participar?

Se le solicita su colaboración porque cumple el perfil requerido para la investigación debido a que por el hecho de ser mayor de 65 años y vivir institucionalizado en un

centro geriátrico forma parte de la población de riesgo para sufrir soledad social, y es por ello que se va a evaluar dicha soledad y se realizará una intervención para tratar de disminuirla en caso necesario.

En total en el estudio participarán 50 residentes de estas características.

3. ¿Cuál es el objeto de este estudio?

El objetivo de este estudio es evaluar la percepción de soledad social en la muestra elegida, si tras dicha evaluación a través de la escala ESTE II aparecen soledad social en los residentes elegidos se realizará una intervención con actividades socioculturales con la finalidad de disminuir la percepción de la soledad. Si esta intervención disminuye la percepción de soledad en los residentes se podrá afirmar que estas actividades influyen favorablemente y se debe incentivar la prevención de la percepción de soledad en los centros geriátricos.

4. ¿Qué tengo que hacer si decido participar?

Si usted decide participar será necesario que responda a un cuestionario para obtener información sociodemográfica y otro cuestionario llamado escala ESTE II con la finalidad de evaluar inicialmente su percepción de soledad social. Tras esta primera evaluación la muestra se dividirá en dos grupos, uno continuará realizando las actividades cotidianas que organiza el centro geriátrico y otro se incluirá en un programa de actividades socioculturales que durará aproximadamente un mes y medio. Tras este periodo tendrá que responder de nuevo al cuestionario de escala ESTE II, para así objetivar las diferencias entre ambos momentos.

Se debe aclarar que la asignación a un grupo u otro es totalmente aleatoria.

5. ¿Qué riesgos o molestias supone?

No supone ningún riesgo, lo único que se precisa es tiempo para invertirlo en la realización del programa de actividades socioculturales.

6. ¿Obtendré algún beneficio por mi participación?

Al tratarse de un estudio de investigación orientado a generar conocimiento no es probable que obtenga ningún beneficio por su participación si bien usted contribuirá al avance científico y al beneficio social.

Usted no recibirá ninguna compensación económica por su participación.

7. ¿Cómo se van a tratar mis datos personales?

Toda la información recogida se tratará conforme a lo establecido en la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal. En la base de datos del estudio no se incluirán datos personales: ni su nombre, ni su nº de historia clínica ni ningún dato que le pueda identificar. Se le identificará por un código que sólo el equipo investigador podrá relacionar con su nombre.

Sólo el equipo investigador tendrá acceso a los datos de su historia clínica y nadie ajeno al centro podrá consultar su historial.

De acuerdo a lo que establece la legislación de protección de datos, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos. Además puede limitar el tratamiento de datos que sean incorrectos, solicitar una copia o que se trasladen a un tercero (portabilidad) los datos que usted ha facilitado para el estudio. Para ejercitar sus derechos, diríjase al investigador principal del estudio. Así mismo tiene derecho a dirigirse a la Agencia de Protección de Datos si no quedara satisfecho.

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos, pero sí se utilizarán los que ya se hayan recogido. En caso de que desee que se destruyan tanto los datos como las muestras ya recogidos debe solicitarlo expresamente y se atenderá a su solicitud.

Los datos codificados pueden ser transmitidos a terceros y a otros países pero en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, nº de la seguridad social, etc. En el caso de que se produzca esta cesión, será para los mismos fines del estudio descrito o para su uso en publicaciones científicas pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

El promotor/investigador adoptará las medidas pertinentes para garantizar la protección de su privacidad y no permitirá que sus datos se crucen con otras bases de datos que pudieran permitir su identificación o que se utilicen para fines ajenos a los objetivos de esta investigación.

Las conclusiones del estudio se presentarán en congresos y publicaciones científicas pero se harán siempre con datos agrupados y nunca se divulgará nada que le pueda identificar.

9. ¿Quién financia el estudio?

Este proyecto se financia con fondos procedentes de la Residencia Nuestra Señora de la Peña de Calatayud.

10. ¿Se me informará de los resultados del estudio?

Usted tiene derecho a conocer los resultados del presente estudio, tanto los resultados generales como los derivados de sus datos específicos. También tiene derecho a no conocer dichos resultados si así lo desea. Por este motivo en el documento de consentimiento informado le preguntaremos qué opción prefiere. En caso de que desee conocer los resultados, el investigador le hará llegar los resultados.

En ocasiones al realizar un proyecto de investigación se encuentran hallazgos inesperados que pueden ser relevantes para la salud del participante. En el caso de que esto ocurra nos pondremos en contacto con usted para que pueda acudir a su médico habitual.

¿Puedo cambiar de opinión?

Su participación es totalmente voluntaria, puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en su atención sanitaria. Basta con que le manifieste su intención al investigador principal del estudio.

¿Qué pasa si me surge alguna duda durante mi participación?

En la primera página de este documento está recogido el nombre y el teléfono de contacto del investigador responsable del estudio. Puede dirigirse a él en caso de que le surja cualquier duda sobre su participación.

Muchas gracias por su atención, si finalmente desea participar le rogamos que firme el documento de consentimiento que se adjunta.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del PROYECTO: Evaluación de la mejora del sentimiento de soledad en pacientes geriátricos institucionalizados mediante la realización de actividades socioculturales a través de la escala ESTE II

Yo, (nombre y apellidos del participante)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.

He hablado con:(nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) cuando quiera
- 2) sin tener que dar explicaciones
- 3) sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi consentimiento para participar en este estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos conforme se estipula en la hoja de información que se me ha entregado (y para que se realice el análisis genético –si procede-).

Deseo ser informado sobre los resultados del estudio: sí no (marque lo que proceda)

Si procede: Doy mi conformidad para que mis datos clínicos sean revisados por personal ajeno al centro, para los fines del estudio, y soy consciente de que este consentimiento es revocable.

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante:

Fecha:

.....

.....

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado

Firma del Investigador:

Fecha:

.....

ANEXO II (18)

Escala ESTE II de soledad social

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

SOLEDAD SOCIAL	
NIVELES	PUNTUACIÓN
Bajo	0 a 10 puntos
Medio	11 a 20 puntos
Alto	20 a 30 puntos

ANEXO III

Test información sociodemográfica

Edad:

Sexo: Masculino/Femenino

Estado civil: Soltero/Viudo/Separado

Profesión durante su vida laboral activa:

Municipio de procedencia:

Estado de salud: Muy bueno/Muy bueno/Regular/Malo/Muy malo

Patologías que padece:

