



Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2015/2016

Convocatoria Febrero

Modalidad: Diseño de una propuesta de intervención

Título: Propuesta de intervención en emociones en mayores institucionalizados.

Autor: Natalia Alpañez Sánchez

Tutora: Esther Sitges Maciá

Elche a 6 de Febrero de 2017

ÍNDICE

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

1.- INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN

- 1.1 Las personas mayores en España
- 1.2 Los centros para mayores

2.- MARCO TEÓRICO

- 2.1 La soledad en los mayores
- 2.2 Intervención en soledad
- 2.3 Aspectos cognitivos y sociales: atribuciones.

3.- METODOLOGÍA

- 3.1 Diseño del programa
- 3.2 Población objetivo
- 3.3 Objetivos
- 3.4 Metodología
- 3.5 Detección de sentimientos de soledad
- 3.6 Programa
- 3.7 Evaluación
- 3.8 Resultados esperados

4.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

5.- BIBLIOGRAFÍA

6.- ANEXOS

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Actualmente, el recurso de las residencias geriátricas es de gran importancia entre las familias que tienen a su cargo una persona mayor dependiente, en menor o mayor medida. Este tipo de centros va adquiriendo importancia debido a que la longevidad de las personas mayores va en aumento. Así pues, en este tipo de residencias las personas mayores pueden llegar a experimentar sentimientos subjetivos de soledad, a pesar de estar casi la totalidad del tiempo rodeados tanto por sus compañeros como por el personal del centro. Este tipo de sentimientos son preocupantes, puesto que influyen e interceden en el desarrollo normal de la vida diaria e incluso pueden llegar a afectar a las funciones cognitivas normales de la persona, debido a la apatía y a la pérdida de interés que este sentimiento lleva asociado. Por ello, el presente trabajo se ha realizado con la intención de reducir este tipo de sentimientos que se pueden llegar a dar en los mayores institucionalizados, para ello se diseñó un programa de intervención de 6 sesiones con el fin de evaluar la mejora de los residentes al final del mismo.

Palabras clave: mayores, sentimiento soledad, residencias geriátricas, reducir pérdida de interés.

SUMMARY AND KEYWORDS

Nowadays, retirement homes are a great resource among families who take care of elderly dependants. This type of institution is gaining importance due to the lengther of life expectancy of the elders. Thus, in this centres elderly people can experience subjective feelings of solitude despite being surrounded almost all day by companions and staff. This feelings are worrisome as they affect and interpose between the usual development of everyday life. Moreover, this mood can also affect normal cognitive development due to the apathy and the loss of interest that is linked to. Therefore, the aim of this dissertations to reduce this kind of feelings seen on institutionalized elders. For this reason, this project intends to lessen this feeling with an intervention programme of six sessions so as to asses the progress of residents at the end of it.

Keywords: elderly people, solitude, retirement house, reduce the loss of interest.

1.- INTRODUCCIÓN

1.1 Las personas mayores en España

En relación a las personas mayores, cabe destacar que desde las últimas cuatro décadas la población mundial ha experimentado grandes cambios en su estructura. Los factores que han hecho posible que se produzca este progresivo envejecimiento han sido: la disminución de la mortalidad, el bajo índice de natalidad, la mejora de las condiciones sanitarias y sociales y el aumento de la esperanza de vida.

En España la población mayor de 65 años es de 4,5 millones, es decir, un 12,7 por 100 de la población total, de los cuales alrededor de un 3 por 100 de la población mayor española vive en residencias. Este tipo de personas, son personas que han sufrido pérdidas de sus capacidades funcionales, necesitando ayuda, en mayor o menor medida, para la realización de las actividades de la vida diaria y/o han sufrido pérdidas en la red de apoyo social que les impiden continuar viviendo en su comunidad.

1.2 Los centros para mayores

Sobre las residencias pesaba una imagen negativa como antiguos asilos, lugares fríos, lúgubres. Imagen que gracias a ciertos factores, como son la mejora de los servicios sociales y la formación gerontológica específica del equipo multidisciplinar que atiende a las personas mayores, han permitido disipar esta concepción negativa que se tenía sobre ellos.

Dentro del proceso de institucionalización surgen algunas características negativas de las organizaciones de internación como son el cambio de contexto para el adulto mayor, dejando de obtener reconocimiento por parte de los vecinos, familiares y amigos; el sentimiento de carga e inutilidad; el desarraigo, generando expectativas básicas que no son colmadas, etc. (Cerquera, 2008; Minor y Kaemppffmam, 2006). La decisión de ingresar en una residencia supone una decisión crucial en la vida del mayor, y su ingreso definitivo conlleva una serie de pérdidas que provocan un elevado nivel de estrés que debemos conocer, y tratar, en la medida de lo posible, para mitigar su impacto. (Bender, Lloyd y Cooper, 1996)

Desde el punto de vista de (Delgado, 2011), las residencias son consideradas no como establecimientos hosteleros, sino como centros de carácter sociosanitario, basado en modelos de intervención psicosocial, en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con o sin algún grado de dependencia.

La decisión del ingreso supone el final de una larga lucha por mantenerse en su domicilio y en su entorno comunitario. Al sentir que la batalla ha sido perdida, el mayor deberá tomar conciencia y aceptar la pérdida de sus capacidades físicas, psíquicas y/o sensoriales. La aceptación de estos cambios implica un alto nivel de ansiedad y cierto grado de soledad y depresión que debemos tener en cuenta en nuestras intervenciones.

La adaptación al centro residencial no se produce en un momento puntual, sino que supone un proceso que dura semanas, meses e incluso años, en el que residentes, personal y familiares juegan un papel activo. (Montorio, 1995)

Hay diversos estudios (Riquelme y Buendía, 1997; Borup, Gallego y Hefferman, 1980) que señalan los factores que influyen en la adaptación del mayor a la residencia; 1) el grado de preparación para el ingreso, 2) la voluntariedad del ingreso (Ferrari, 1962), 3) el grado de cambio ambiental (Ames, 1991), 4) el estado de salud y el grado de dependencia del mayor, 5) el tipo de centro en el que ingresa y 6) la organización, funcionamiento y servicios del centro.

Riquelme y Buendía, (1997) señalan como principales fuentes de estrés que acompañan al ingreso de una persona mayor en un centro geriátrico las siguientes: la nostalgia, la soledad, la monotonía, las comidas, la falta de afecto, la masificación, la falta de intimidad, la relación con los compañeros, la pérdida de libertad, la falta de control, el trato con el personal y los horarios.

Se ha demostrado que en los adultos mayores que viven en residencias, las condiciones de vida y la falta de contacto social se han asociado con sentimientos de soledad y por consiguiente con síntomas depresivos. (Santos, 2010)

Con el objetivo de reducir esos sentimientos de soledad y por consiguiente síntomas depresivos, que aparecen asociados al proceso de institucionalización en los adultos mayores que viven en residencias, me dispongo a realizar una propuesta de intervención, cuya finalidad es brindarle a los mayores institucionalizados la oportunidad de liberarse de esos sentimientos negativos que experimentan a lo largo del ingreso, además de proveerles de las herramientas necesarias para establecer una relaciones de afecto e intimidad con sus iguales y con los trabajadores del centro, las cuales le aporten confianza, apoyo, seguridad e identidad.

2.- MARCO TEÓRICO

2.1 La soledad en los mayores

La soledad ha sido relacionada con un amplio rango de resultados perjudiciales para la salud. Los efectos adversos de la soledad sobre la vida de las personas hacen hincapié en la importancia de comprender la naturaleza y progreso.

Los estudios realizados por la European Social Survey revelaron que aunque los niveles de soledad se incrementan con la edad, existen claras diferencias entre nacionalidades, esta variación nos indica la importancia de la influencia social y cultural en experiencias de sentimientos de soledad.

En un estudio longitudinal se encontró que la soledad fue asociada significativamente con un elevado riesgo de salud cardiovascular. (Capri, 2006)

A continuación se exponen algunas de las definiciones que se han dado a este sentimiento de carácter subjetivo en relación con la vejez:

“La soledad como tal es un sentimiento subjetivo que puede ser debilitante, aterrador e indeseable, particularmente cuando conduce a una mala salud” (Tzouvara, 2015)

“La soledad se ha catalogado como la enfermedad más devastadora que afecta a la vejez”. (Toumier, 1961)

“La soledad es un problema real en todas las generaciones, pero especialmente en la vejez. Hay mucha soledad en nuestros mayores, puesto que existen paredes muy fuertes que impiden abrir una ventana a la luz de la esperanza. Muchos buscan salir y aprenden a crear puentes, esos puentes que en psicología llamamos estrategias de afrontamiento”. (Rubio, 2004)

Según Sullivan (1953), la soledad surge cuando la necesidad de relacionarse interpersonalmente no está cumplida, y es cuando la soledad es experimentada, es decir, el incumplimiento de esta necesidad de apego e intimidad es la causa principal de la soledad.

“La soledad resulta de la combinación de la ausencia de una adecuada red social y una falta de intimidad” (Singh; Kiran, 2013). Weiss (1973), argumenta que hay dos tipos de soledad: la soledad emocional y la soledad social. La soledad emocional es el resultado de la falta de conexiones emocionales, los cuales prevén la deficiencia de relaciones íntimas, como son la pérdida de un ser querido, divorcio, y la ausencia de amigos, es un detonante potencial de la soledad emocional. Factores como ser viuda, experiencias restrictivas en

actividades que desean, predice la soledad emocional. Mientras que la soledad social, resulta de la percepción de la falta de relaciones sociales. Factores como los escasos contactos con amigos y la escasa actividad son predictores significantes de la soledad social.

Killeen (1998), enfatiza la naturalidad dañina e universal de la soledad, además de la emocional y social que distingue Weiss (1973). Killeen da una definición equitativa de los déficits de relaciones sociales y de necesidad de intimidad que contribuye a la experiencia de soledad. Esta definición es una de las más completas por 3 razones; 1) subraya el fundamento negativo de la soledad; 2) da un peso equitativo a los déficits de las relaciones sociales y emocionales y 3) no ve la soledad como una patología.

Hay varios conceptos que son indistintamente usados en inglés para hacer referencia al término soledad, pero que son intrínsecamente diferentes. Uno de estos conceptos es **“aloneness”** en castellano **“aislamiento”**, es el fenómeno en el cual es posible que aunque se esté sólo no se esté sintiendo solo, indica una mayor consciencia, puesto que es un fenómeno controlable en el cual la persona quizás prefiere y por tanto elige por el mismo evitar la interacción con otras personas.

“Social isolation”; aislamiento social es otro concepto frecuentemente malinterpretado con el concepto de soledad. La línea que distingue entre el concepto de soledad y el concepto de aislamiento social es la elección que la gente hace en esta situación, es decir la gente que elige estar aislada socialmente quizás no sienta soledad, y la gente que siente soledad quizás no esté aislada socialmente.

Otro concepto es el de **“solitude”** o **“soledad”**. Este concepto expresa un sentimiento más positivo cuando lo comparamos con soledad **“loneliness”**, la principal diferencia entre la noción de **“loneliness”** y **“solitude”** radica en el hecho de que más tarde no esté relacionado con la evaluación negativa del estado. Es posible que **“solitude”** se asocie con una evaluación emocional positiva de la soledad, mientras que **“loneliness”** se asocia con una evaluación emocional negativa.

La diferencia entre aislamiento y soledad no se puede hacer a nivel general (isolation), sino que está directamente relacionada con la causa que ha provocado el aislamiento. Cuando la situación de falta de relación social es impuesta desde el exterior y obliga al mayor en contra de sus expectativas a vivir solo, aparecería la soledad subjetiva, en cambio si el aislamiento es más o menos voluntario (solitude, aloneness) no aparecería soledad (lonnelinnes).

“La soledad ocurre cuando hay un incumplimiento de la necesidad social de relacionarse o de establecer relaciones, y no simplemente porque alguien esté sólo”. (Weiss, 1973) Weiss

enfatisa la importancia de ambos aspectos, es decir, necesidad de intimidad y vida social, argumenta que la gente experimenta soledad no porque estén solos, pero sí por no poder hacer algo para satisfacer su vida social y/o relaciones íntimas.

“La soledad como una experiencia desagradable causada cuando hay deficiencias cualitativas y cuantitativas en la relación social, en otras palabras, la gente experimenta soledad a causa de la percepción de falta de relaciones sociales y a causa de la percepción de una buena calidad en sus relaciones sociales”. (Peplau y Perlman, 1982)

Weiss argumenta que hay dos tipos distintos de soledad: la soledad emocional y la soledad social. La soledad social resulta de la percepción de la falta de relaciones sociales, mientras que la soledad emocional es el resultado de la falta de conexiones emocionales que prevén la deficiencia de relaciones íntimas.

2.2 Intervención en soledad

Hay cuatro estrategias principales para intervenir en soledad (Masi, 2011; Heringway y Jack, 2013):

- Instrucción en habilidades sociales.
- Mejorar los respaldos sociales.
- Incrementar las oportunidades de contactos sociales.
- Dirigir las malas cogniciones sociales.

La intervención más exitosa es redirigir las malas cogniciones sociales, sin embargo todas estas estrategias llegan a ser difíciles de implementar exitosamente una vez que la soledad se ha cronificado. (Mental Health Foundation, 2010)

2.3 Aspectos cognitivos y sociales: atribuciones.

Los sentimientos de soledad que surgen en las instituciones se pueden atribuir tanto a aspectos cognitivos, es decir, pensamientos y emociones que suscitan esos sentimientos de soledad, como a aspectos sociales, es decir, qué aspectos de la sociedad y que falta de contactos sociales son los que provocan esos sentimientos de soledad en el anciano mayor que reside en una residencia.

Los mayores españoles entienden por soledad, el haber perdido a las personas queridas, es decir, atribuyen el sentimiento de soledad a una pérdida más o menos objetiva de los contactos sociales y/o familiares relevantes, otros entienden la soledad como no tener a nadie a quien acudir, hacen referencia a falta de contactos sociales y/o familiares, no tener familia o tenerla lejos, no sentirse útil para nadie e incluso entienden la soledad como el

sentir que se ha acabado el tiempo para hacer proyectos, denota esa percepción de la finitud del tiempo traducida en soledad existencial. La soledad tal y como es entendida por las personas mayores en España guarda una estrecha relación con la compañía de otras personas, pero no personas en el sentido indiferenciado, sino de personas concretas, personas queridas como son padres, hijos, pareja, hermanos, etc, este sentimiento de soledad vendría dado por la necesidad de apego.

Aquellas personas mayores que viven solas tienen un menor sentimiento de integración social que aquellos que no viven solos. Los porcentajes encontrados respecto a las personas que viven solas y las que no son dispersos, es decir, las personas que viven solas afirman sentirse con bastante frecuencia solos, mientras que el porcentaje en los sujetos que no viven solos es mucho más reducido. (Rubio Herrera, 2004)

Para evaluar la soledad en los mayores hay que tener en cuenta el alto componente subjetivo. Podemos basarnos en el número de contactos sociales, la frecuencia de dichos contactos, o en los componentes subjetivos generados por la calidad de esos contactos sociales, en los niveles de satisfacción personal derivados de esos contactos sociales. En muchas ocasiones, la supuesta falta de contactos sociales viene dada por la existencia de una imposibilidad real en nuestra población objeto, de mantener una redes sociales adecuadas, bien por padecer algún tipo de enfermedad que le imposibilita o bien porque las redes sociales tradicionales del sujeto han desaparecido, generalmente a causa de la muerte de amigos y familiares de su misma cohorte. (Rubio Herrera, 2004)

Desde el momento en que se inicia el proceso de institucionalización surgen algunas características negativas como son el cambio de contexto para el adulto mayor, dejando de obtener reconocimiento por parte de los vecinos, familiares y amigos, también se producen sentimientos de carga e inutilidad, todo esto sumado a las condiciones de vida y la falta de contacto social son los aspectos a los que se atribuyen los sentimientos de soledad y depresión que surgen en las instituciones geriátricas.

Los aspectos cognitivos y sociales sobre los que mejor se puede intervenir son los que abordan áreas como la autoestima, la resignación de la vejez, las habilidades sociales, el manejo del tiempo libre y el autocuidado, es decir, aspectos que se consideran que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida en su sentido más amplio.

Además de esto se podría intervenir sobre los sentimientos de soledad que atañen al ámbito familiar, es decir, al sentimiento de soledad generado por la pérdida objetiva o subjetiva de familiares y/o contactos sociales. Otro aspecto sobre los que se debería intervenir son los que ataquen al contexto social, es decir personas que entienden la soledad como no tener a

nadie a quien acudir, a la falta de contactos sociales y/o familiares, no tienen familia o la tienen lejos, no se sienten útiles para nadie o incluso entienden la soledad como el sentir que se ha acabado el tiempo para hacer proyectos.

En ambos casos se podrían mitigar esos sentimientos de soledad, siempre y cuando sea posible para los familiares aumentando la frecuencia de sus visitas y llamadas, con el fin de disminuir los sentimientos negativos de soledad que se generan en los mayores institucionalizados.

A continuación presentamos una propuesta de un programa de intervención para prevenir la soledad.

3. METODOLOGÍA

3.1 Diseño del programa

A continuación se describe el Programa que queremos implantar en la Residencia Geriátrica “La Molineta”, la cual se encuentra situada en Petrer, Alicante. Esta residencia cuenta con 87 plazas, 50 de ellas son plazas públicas y el resto son de carácter privado. El mismo centro cuenta también con un centro de día con 4 usuarios, que se encarga de ofrecer un servicio de estancia asistencial que proporciona una atención integral, durante el periodo diurno, a personas mayores.

Los residentes con los que cuenta la residencia son muy diversos en referencia al nivel cognitivo de cada uno de ellos. A todos se les administran dos escalas cognitivas (Pfeiffer y Mini-Mental de Lobo), las cuales permiten realizar un cribado y ubicarlos según la Escala de Deterioro Global de Reisberg.

La Residencia Geriátrica “La Molineta”, como es lógico está pensada para albergar a población de edad avanzada o en situación de dependencia, con el fin de convertirse en el domicilio del residente y proporciona una atención continuada y especializada. El objetivo fundamental de la Residencia “La Molineta”, es mejorar la calidad de vida de las personas mayores, fomentando la autonomía, independencia y desarrollo personas, así como satisfacer al máximo las necesidades y las expectativas de sus residentes. Para ello dispone de un sistema que facilita la mejora continua, previene el aislamiento de las personas mayores, potencian su participación social y ayudan a mantener y preservan la capacidad intelectual activa. La Residencia Geriátrica “La Molineta” cuenta con un programa de estimulación cognitiva en personas con deterioro cognitivo significativo, asociado a la edad o sin deterioro. Además de este programa de estimulación cognitiva, me gustaría añadir un programa que abordarse el aspecto emocional de los residentes, y más concretamente que

aborde los sentimientos de soledad tanto objetivos como subjetivos que puedan surgir en los residentes.

3.2 Población objetivo

Este programa va dirigido a los adultos mayores institucionalizados que muestran necesidades a nivel emocional para combatir sentimientos de soledad. Dicha población presenta un nivel cultural medio, en su gran mayoría.

- *Características generales de los usuarios del programa:*
 - Personas que presentan sentimientos objetivos y/o subjetivos de soledad.
 - Personas mayores que presentan déficits sociales reales.
 - Personas mayores que tengan limitaciones motoras derivadas o no de alguna enfermedad.
 - Personas cuyo grado de deterioro cognitivo leve, moderado o grave, limite sus actividades.
 - Personas que no presenten ningún tipo de deterioro cognitivo ni sentimientos de soledad, pero tengan disponibilidad para trabajar en el programa.

Nadie está obligado o coaccionado a asistir al programa de Estimulación Cognitiva, es voluntario, sí que es cierto, que se aconseja, por el bien de los residentes a mantenerlos activos y a mejorar su estado de ánimo.

3.3 Objetivos

- Eliminar o disminuir los sentimientos de soledad.
- Mitigar el impacto de esos sentimientos de soledad en la vida de los residentes.
- Mejorar las relaciones con el resto de compañeros.
- Establecer relaciones de confianza mutua entre residentes.
- Mejorar el estado de ánimo de los residentes.
- Fomentar su capacidad para mantener conductas sociales.
- Crear un espacio en el que se sientan seguros y comprendidos.
- Otros beneficios; mejora de la autoestima, comunicación, sueño, descanso, vigilia....

3.4 Metodología

A la hora de trabajar con mayores, hay que tener presente, el nivel de deterioro que presentan para poder asignarlos a los distintos grupos, intentando que éstos sean lo más homogéneos posibles. Todo ello con el fin de evitar frustración y abandono de la tarea en cuestión, además de facilitarle la tarea a quien imparte el programa o taller en cuestión.

Es necesario adaptar todas las actividades a los residentes y respetar su situación, teniendo en cuenta siempre sus necesidades, su estado de salud, y por qué no, sus gustos y sus preferencias. Como decimos, será la persona que imparte el taller quien se adapte a la situación de los residentes, y no al contrario. Es decir, puede que una actividad que esté preparada para leer individualmente, tenga que realizarse de manera oral, debido a las limitaciones tanto de capacidad lectora como de visión que presenten los residentes.

Siempre todas las sesiones se realizarán en grupo y se trasladará a todos los asistentes al taller en cuestión. El motivo por el que se realizan en grupo es importante, de esta forma además de trabajar la tarea en cuestión, indirectamente, también se fomentan las relaciones sociales y mejoras en la comunicación. Se crea un ambiente que a nivel individual difícilmente se puede lograr. Este sistema sería efectivo pues aquellas personas que asisten a talleres, fuera de ellos, se cree que tendrían mayor relación que con el resto de residentes. Creemos que se crearían vínculos importantes.

Es de vital importancia que se intente crear un ambiente cómodo, cálido y confortable, donde se sientan seguros y atendidos a todos los niveles.

3.5 Detección de sentimientos de soledad

En primer lugar se utilizó la escala Short Portable Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer (1975), con el fin de registrar el deterioro funcional del adulto mayor, detectando actividades que se ven disminuidas por problemas cognoscitivos. Además de esta escala se utiliza la escala Mini-Examen cognoscitivo (MEC) de Lobo (Lobo y cols., 1978; Lobo, 1987), que es la versión española del Mini Mental Estate Examination (MMSE) de Folstein (Folstein y cols., 1975) para obtener mayor información del estado cognoscitivo de los residentes.

Para la valoración de la calidad de vida en adultos mayores, se utilizó la escala de calidad de vida de adultos mayores -WHOQOL-BREF de la Organización Mundial de la Salud- (OMS).

Para la medición de la soledad, se aplicó la escala ESTE (Rubio y Alexander, 1999), dicha escala reúne la escala UCLA (Austin, B.A., 1983; Russell D., Peplau L. y Cutrona C.E. 1980), compuesta por dos factores; "intimidad con otros y sociabilidad", escala SELSA (DiTommaso y Barry Spinner 1992) , conformada por tres subescalas; la romántica, las relaciones con los amigos y con la familia y la escala ESLI (Oshagan y Allen, 1992), conformada por la escala de soledad emocional y la escala de soledad social; y además la escala de satisfacción vital de Phildelphia (Lawton; 1972) que se basa en el bienestar psicológico y la satisfacción personal. Los autores de la escala ESTE reunieron los ítems

comunes a las escalas anteriores, esta escala mide cuatro factores: soledad familiar, soledad conyugal, soledad social y crisis de adaptación o soledad existencial.

3.6 Programa

El programa está diseñado para que tenga una continuidad en el tiempo. Los grupos son abiertos, es decir, pueden abandonar e incluirse a personas nuevas, aunque se recomienda que no se den excesivos cambios en su composición para lograr una cierta estabilidad.

El programa constará de 6 sesiones, las cuales serán impartidas por la psicóloga en las horas destinadas a talleres. La duración de las sesiones será una o dos horas aproximadamente, todo en función de los sujetos asistentes y su capacidad de resistencia a la fatiga.

Las sesiones son grupales dado que esta situación permite alcanzar objetivos como reducir el nivel de ansiedad, aumentar y fomentar las relaciones sociales (deterioradas en muchos casos), aumentar la autoestima derivada de la satisfacción que produce el realizar tareas o el construir algo.

A continuación se detallan las sesiones y objetivos de las mismas:

SESIÓN 1: Entrenamiento en HHSS.

- **Objetivos:**
 - Establecer un clima de confianza.
 - Mejorar las interrelaciones entre los residentes, su convivencia y vida social.
 - Fomentar la asertividad como modo de respuesta adaptativo.
- **Actividades:** entrenamiento en HH conversacionales (Iniciar conversaciones; Mantener conversaciones; Finalizar conversaciones, aprender a hacer cumplidos, recibir y hacer críticas, aprender a decir NO, hacer ver nuestros derechos, etc.)

SESIÓN 2: Entrenamiento Atribucional.

- **Objetivos:** Atribución de la persona de las causas de los cambios en sus relaciones sociales.
- **Actividades:**
 - Entrenamiento Atribucional.
 - Participación en actividades sociales.
 - Pensar en algunas actividades sociales en las que antes se participaba y ahora no.

SESIÓN 3: Recuperar actividades.

- **Objetivo de la sesión:** Elegir y realizar la actividad elegida.
- **Actividades:**
 - Facilitar el acceso a la actividad social elegida y realizar conjuntamente la actividad.
 - Participar en actividades lúdicas como juegos, excursiones, etc.

SESIÓN 4: Conociendo los recursos del entorno:

- **Objetivos:** Dar a conocer los recursos o actividades que puede hacer en la residencia y su entorno.
- **Actividades:**
 - Animarse a realizar actividades útiles que le reporten satisfacción personal.

SESIÓN 5: Participar juntos en alguna una actividad de la residencia

SESIÓN 6: Salir y realizar alguna actividad.

3.7 Evaluación

Para evaluar la eficacia de nuestro programa, retomaremos las escalas administradas al inicio de la intervención.

En primer lugar se volverá a administrar la escala Short Portable Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer (1975), con el fin de comparar los resultados obtenidos en el momento de finalizar la intervención con los obtenidos al inicio. Tenemos que tener en cuenta que muchos de los residentes a los que va destinado el programa y del que forman parte, presentan déficits en sus capacidades cognitivas, es decir, que pueden presentar fluctuaciones cognitivas dependiendo del momento en el que se administren las escalas, es por ello que no debemos sorprendernos con los resultados.

Como al inicio de la intervención se vuelve a administrar la escala Mini-Examen cognoscitivo (MEC) de Lobo (Lobo y cols., 1978; Lobo, 1987), que es la versión española del Mini Mental Estate Examination (MMSE) de Folstein (Folstein y cols., 1975), la cual es más precisa y concisa y nos ayuda a obtener una información más detallada del estado cognitivo de los residentes.

Se retomarían de igual modo las escalas destinadas a la valoración de la calidad en vida en adultos mayores –WHOQOL-BREF de la Organización Mundial de la Salud- (OMS) y la escala de medición de la soledad, ESTE (Rubio y Alexander, 1999), la cual como ya explicamos al inicio de la intervención reúne la escala UCLA, la escala ESLI y la escala de satisfacción vital de Philadelphia.

Con los resultados obtenidos en estas escalas y tras compararlos con los obtenidos al inicio de la intervención esperamos obtener los resultados planteados a continuación, con el fin de mejorar el estado emocional de los residentes en especial esos sentimientos de soledad que pueden darse en personas institucionalizadas.

3.8 Resultados esperados

Uno de los resultados que se espera obtener gracias a esta intervención es la creación entre los residentes de algún tipo de apoyo social entre ellos, es decir, la creación de un tipo de relaciones-transacciones interpersonales que incluyen uno o más de los elementos considerados esenciales en la vida de una persona: apoyo, ayuda y afirmación. (Crohan-Antonucci, 1989, p. 131). Con apoyo se entiende el referirse a cosas como admiración, respecto o amor. Con ayuda se alude a intercambios que proporcionan informaciones-asistencia útiles. Y con afirmación no se quiere sino describir intercambios que transmitan acuerdo o comprensión sobre la corrección de las actuaciones del otro. Las prestaciones surgidas de los vínculos de amistad están favorablemente teñidas de impulsos de espontaneidad, de gratuidad, que las hacen especialmente importantes en esta fase vital. (Subirats, 1990).

Nos interesa el tiempo libre y su uso como mecanismo de mantenimiento de la actividad de este colectivo, como palanca para aumentar la sensación de bienestar y autonomía del conjunto de personas mayores, para la consecución de esto, otro de los resultados que se espera obtener gracias a la implantación de este programa es el aumento de la participación de los residentes en las actividades propuestas por la residencia, ya sean tanto actividades que se realizan diariamente como actividades extraordinarias que se realizan fuera del centro. Estas actividades están destinadas tanto al establecimiento de nuevas relaciones (residente-residente; residente-voluntario, que asisten habitualmente al centro y a las actividades fuera de este), como a la recuperación de actividades que eran de su agrado, pero que debido a los sentimientos de soledad, apatía y desinterés que padecían habían abandonado.

Por último y tras la finalización de la intervención los residentes serían capaces de atribuir esos sentimientos de soledad a unas causas concretas y de este modo podrían gestionarlos y ponerles una solución.

4.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La soledad es un sentimiento que, vivido durante la vejez, puede llegar a representar importantes dependencias de tipo social, funcional, cognitivo y/o desencadenar problemas de salud que pueden causar dificultades en la vida cotidiana.

Como hemos comentado a lo largo de todo el trabajo, la soledad está presente en los ancianos, a pesar del hecho de residir en una institución. Se debe a diversos factores como es la necesidad que presenta todo el mundo de comunicarse, es decir, el anciano necesita comunicarse y relacionarse con el entorno de forma verbal y no verbal, expresar deseos y opiniones y tener sentimientos de pertenencia a un grupo.

Otro punto a destacar, es la necesidad de autorrealización, según el cual el anciano deberá ser capaz de llevar a cabo actividades recreativas y lúdicas que permitan mantener su autoestima. Se deberá sentir satisfecho consigo mismo por su contribución a la sociedad.

Otro factor importante que puede ocasionar la aparición de sentimientos de soledad es la necesidad que presentan nuestros mayores de aprender. El anciano vivirá una existencia plena y productiva si se conoce a sí mismo y tiene interés, si se siente motivado y es capaz de razonar, si demuestra habilidad para solucionar situaciones referidas al aprendizaje, si se plantea cuestiones, dudas y preguntas sobre sus emociones, sentimientos y existencia.

Para abordar esta necesidad de los ancianos por aprender es necesario conocer las inquietudes del anciano teniendo en cuenta sus limitaciones y facilitar la información precisa de los recursos y medios de que dispone para aprender, enseñar al anciano los recursos a su alcance y reforzar y apoyar todas las iniciativas de aprendizaje del anciano.

Es importante reconocer las manifestaciones de dependencia que puedan presentarse en el anciano para su autorrealización, ya que éstas pueden ser debidas al desinterés asociada a la falta de motivación, depresión, baja autoestima, soledad, aislamiento y situaciones de pérdida. También pueden ser debidas a la inadaptación asociada a problemas de desorientación, demencias, enfermedad, problemas sensoriales, traumatismos, estrés, etc.

5.- BIBLIOGRAFÍA

Tzouvara, V., Papadopoulos, C. & Randhawa, G. (2003). *A narrative review of the theoretical foundations of loneliness*. Literature review, 20(7), 329-333.

Rubio Herrera, R. (2004). *La soledad en las personas mayores españolas*. Madrid, Portal Mayores.

Delgado, M. L. (2001). *Intervención psicosocial en residencias para personas mayores*. Cuadernos de Trabajo Social, (14), 323.

Rodríguez Martín, M. (2009). *La soledad en el anciano*. Gerokomos, 20(4), 159-166.

Estrada, A., Cardona, D., Segura, A. M., Ordóñez, J., Osorio, J. J & Charvarriaga, L. M. (2013). *Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados*. Universitas Psychologica, 12(1), 81-94.

Rodríguez Uribe, A., Valderrama Orbegozo, L. & Molina Linde, J. (2010). *Intervención psicológica en adultos mayores*. Psicología del caribe. Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia. 25, 246-258.

Cardona, J., Villamil, M. M., Henao, E & Quintero, A. (2010). *Validación de la escala "ESTE" de soledad en la población adulta*. Invest Educ. Enferm, 28(3), 416-427.

Subirats, J. (1990). *La vejez como oportunidad. Un estudio sobre las políticas de tiempo libre dirigidas a la gente mayor*. Equipo de Análisis Político. Departamento de Ciencia Política y Derecho Público. Univerdad Autónoma de Barcelona. 17- 61.

Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Psicogerontología. Perspectivas europeas para un mundo que envejece*. Pirámide.

González, B & Ruíz, M. A (2004). *Cómo mantener una buena salud mental. Guía de ayuda para personas mayores*. Síntesis.

Bernad, J. A (2008). *El bienestar psicológico de las personas mayores. Programa de aprendizaje para la tercera edad*. Huelva Hergua.

6.- ANEXOS

- **Escala Mini Mental de Lobo**
- **Escala Pfeiffer**
- **Escala WHOQOL-BREF**
- **Escala ESTE I**

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO, MEC

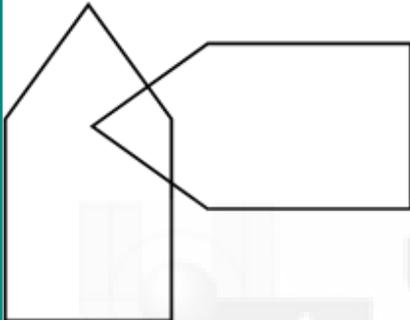
ORIENTACIÓN		Puntos
¿En qué día de la semana estamos?		1
¿Qué día (nº) es hoy?		1
¿En qué mes estamos?		1
¿En qué estación del año estamos?		1
¿En qué año estamos?		1
¿Dónde estamos?		1
Provincia		1
País		1
Ciudad o pueblo		1
Lugar, centro		1
Planta, piso		1

FIJACIÓN	Puntos
Repita estas tres palabras: peseta – caballo- manzana	3

Repetirlas hasta que las aprenda

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO	Puntos
Si tiene 30 pesetas y me las va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando?. Hasta 5	5
Repita 5-9-2. Hasta que los aprenda. Ahora hacia atrás	3

MEMORIA	Puntos
¿Recuerda las tres palabras (objetos) que le he dicho antes?	3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	Puntos
Señalar un bolígrafo y que el paciente lo nombre. Repetirlo con el reloj.	2
Que repita: "En un trigal había cinco perros"	1
"Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?" ¿Qué son el rojo y el verde?	1
¿Qué son un perro y un gato?	1
Coja este papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en la mesa	3
"Lea esto, haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS"	1
"Escriba una frase cualquiera"	1
<p data-bbox="331 658 504 685">Copie este dibujo.</p> 	



CUESTIONARIO DE PFEIFFER

Realice las preguntas 1 a 11 de la siguiente lista y señale con una X las respuestas incorrectas.

¿Qué día es hoy? (Mes, día, año)	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Cómo se llama este sitio?	
¿En qué mes estamos?	
¿Cuál es su número de teléfono? (Si no hay teléfono, dirección de la calle)	
¿Cuántos años tiene usted?	
¿Cuándo nació usted?	
¿Quién es el actual presidente (del País)?	
¿Quién fue el presidente antes que él?	
Dígame el primer apellido de su madre	
Empezando en 20 vaya restando de 3 en 3 sucesivamente	
TOTAL DE ERRORES	

Puntúan los errores, 1 punto por error. Una puntuación igual o superior a tres indica deterioro cognitivo. En ese caso, deben valorarse criterios de demencia.

- Puntuación máxima: 8 errores
- 0-2 errores: normal
- 3-4 errores: leve deterioro cognitivo
- 5-7 errores: moderado deterioro cognitivo, patológico
- 8-10 errores: importante deterioro cognitivo

Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría. Si el nivel educativo es alto (universitario), se admite un nivel menos.

Tabla 1. Adaptación cultural de la escala ESTE

Escala ESTE original		Escala ESTE adaptada		Observaciones
Orden	Ítem	Orden	Ítem	
1	Ya no tengo a nadie cerca de mí	1	Tengo personas apreciadas cerca de mí	Eliminada
2	Mi familia se preocupa por mí	9	Alguien de mi familia se preocupa por mí	
3	No hay nadie de mi familia que me preste su apoyo, aunque me gustaría que lo hubiera	10	Alguien de mi familia me presta apoyo	
4	Realmente me preocupo por mi familia	11	Me preocupo por mi familia	Eliminada
5	Realmente pertenezco a mi familia	12	Siento que pertenezco a mi familia	
6	Me encuentro a gusto con la gente	17	Me encuentro a gusto con la gente	Igual
7	Tengo amigos a los que recurrir cuando necesito consejo	18	Tengo amigos a los que recurrir cuando necesito consejo	Igual
8	Mis amigos y familiares realmente me entienden	20	Mis amigos y familiares realmente me entienden	Eliminada
9	Mi familia es importante para mí	21	Mi familia es importante para mí	Eliminada
10	Tengo a alguien que quiere compartir su vida conmigo	3	Tengo una pareja que quiere compartir su vida conmigo	
11	Estoy enamorado de alguien que me ama	5	Estoy enamorado de alguien que me ama	Igual
12	Tengo un compañero sentimental que me da el apoyo y aliento que necesito	4	Tengo un compañero sentimental que me da el apoyo que necesito	
13	Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales	6	Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales	Igual
14	Contribuyo a que mi pareja sea feliz	7	Contribuyo a que mi pareja sea feliz	Igual
15	Tengo amigos con los que comparto mis opiniones	25	Tengo amigos con quien compartir	
16	Mis amigos entienden mis intenciones y opiniones	16	Mis amigos entienden mis intenciones y opiniones	Igual
17	Me gusta la gente con la que salgo	22	Me gusta la gente con la que salgo	Igual
18	Podría contar con mis amigos si necesitara recibir ayuda	23	Podría contar con mis amigos si necesitara recibir ayuda	Igual
19	No me siento satisfecho con los amigos que tengo	24	Me siento satisfecho con los amigos que tengo	
20	No tengo amigos que compartan mis opiniones aunque me gustaría tenerlos	15	Tengo amigos con los que comparto mis opiniones	
21	Me siento cercano a mi familia	13	Me siento cercano a mi familia	Igual
22	Me siento solo cuando estoy con mi familia	8	Me siento solo cuando estoy con mi familia	Igual
23	Me siento aislado sin apoyo o comprensión cuando cuento mis problemas	27	Me siento aislado sin apoyo o comprensión cuando cuento mis problemas	Igual
24	No me siento importante para nadie	28	Siento que no le importo a nadie	
25	Lo que es importante para mí no parece ser importante para la gente que conozco	14	Lo que es importante para mí no parece importante para los demás	
26	Estoy preocupado porque no puedo confiar en nadie	26	Estoy preocupado porque no puedo confiar en nadie	Igual
27	Me siento aislado de los demás	19	Me siento aislado	
28	Siento que no soy interesante	29	Siento que no soy interesante	Igual
29	A medida que me voy haciendo mayor, se ponen las cosas peor para mí	30	Siento que a medida que me voy haciendo mayor, se ponen las cosas peor para mí	
30	Me molestan ahora las cosas pequeñas más que antes	31	Me molestan ahora las cosas pequeñas más que antes	Igual
31	Me siento solo	1	Me siento solo	Igual
32	Siento que conforme me voy haciendo mayor soy menos útil	32	Siento que conforme me voy haciendo mayor soy menos útil	Igual
33	A veces siento que la vida no merece la pena de ser vivida	33	Siento que la vida no merece la pena de ser vivida	
34	Tengo miedo de muchas cosas	34	Tengo miedo de muchas cosas	Igual



ESCALA DE CALIDAD DE VIDA

WHOQOL-BREF



Versión adaptada de:

Murgieri, M. WHOQOL-100 Y WHOQOL-BREF. En red: Última actualización 30/03/2009.
http://www.llave.connmed.com.ar/portalnoticias_vernoticia.php?codigonoticia=17621

Torres M, Quezada M; Rioseco R, Ducci ME. Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF. Rev Med Chile 2008; 136: 325-333.

Otras referencias de interés:

Lucas R. Versión española del WHOQOL. Madrid: Ediciones Ergon. 1998

Versión original: OMS. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF World Health Organization 2004

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semana ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

Gracias por su ayuda

Normas de administración y puntuación

En Badía X, Alonso J. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. 4ta edición Barcelona: Lilly. 2007

- Concepto: Proporciona un perfil de calidad de vida percibida por la persona. Fue diseñado para ser usado tanto en población general como en pacientes. La WHOQOL-BREF proporciona una manera rápida de puntuar los perfiles de las áreas que explora, sin embargo no permite la evaluación de las facetas individuales de las áreas. Se recomienda utilizarla en epidemiología y en clínica cuando la calidad de vida es de interés, pero no es el objetivo principal del estudio o intervención.
- Existen dos versiones la WHOQOL-100 y la WHOQOL-BREF ambas con estudios de validación en español (que aún continúan completándose). La versión aquí recogida, la WHOQOL-BREF (26 ítems) produce un perfil de 4 dimensiones: Salud física, Salud psicológica. Relaciones sociales, Ambiente.

En Murgieri, M. WHOQOL-100 Y WHOQOL-BREF. En red: Última actualización 30/03/2009.

http://www.llave.connmed.com.ar/portalanoticias_vernoticia.php?codigonoticia=17621:

- Administración:
 - El tiempo de referencia que contempla el WHOQOL es de dos semanas.
 - El cuestionario debe ser autoadministrado.
 - Cuando la persona no sea capaz de leer o escribir por razones de educación, cultura o salud puede ser entrevistada.

Freire de Oliveira M, Ábalos Medina GM, Olmedo Alguacil M, Ramírez Rodrigo J, Fernández Pérez AM, Villaverde Gutiérrez C. Estudio comparativo de los instrumentos WHOQOL-BREF Y SF-36, para medir calidad de vida en mayores. Scientia, 2008; 3: En red: <http://www.revista-scientia.es/documentos/2008/3.pdf>

- Puntuación:
 - El instrumento WHOQOL-BREF ofrece un perfil de calidad de vida, siendo cada dimensión o dominio puntuado de forma independiente. Cuanto mayor

sea es la puntuación en cada dominio, mejor es el perfil de calidad de vida de la persona evaluada.

- Sin embargo no todos los ítems se puntúan de forma directa, hay que recodificar de forma inversa parte de las puntuaciones. Las instrucciones para la recodificación de estos ítems, sobre cómo calcular la puntuación en cada dominio y la estandarización de estas puntuaciones para compararlas con otras escalas se pueden consultar en: Organización Mundial de la Salud (OMS). WHOQOL-BREF Introduction, administration, scoring and version of the assessment. OMS. Ginebra. 1996: http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf (ver tablas 3 y 4 en páginas: 12 y 13).

En Bobes García, J; G.-Portilla, MP; Bascarán Fernández, MT, Saiz Martínez; PA, Bousoño García M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 3.ª edición. Barcelona: Ars Médica. 2004

- Puntuación:
 - Se obtiene un perfil del paciente y una puntuación sobre percepción de calidad de vida global y salud general. No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor calidad de vida.
 - Para su corrección se remite al lector a la versión española del WHOQOL: Lucas Carrasco R. Versión española del WHOQOL. Madrid: Ergón, 1998.