



# **TRABAJO FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL**

## **“La Soledad en Personas Mayores y el Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona”**

**Autora:**

D<sup>ª</sup>. Silvia Ballesteros Rebollo

**Tutora:**

D<sup>ª</sup>. María Elena Del Barrio García

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURSO 2016 - 2017

FECHA DE ENTREGA: 21 de Junio de 2017



*“La soledad se admira y desea cuando no se sufre, pero la necesidad humana de compartir cosas es evidente”*

*Carmen Martín Gaité*

## **ÍNDICE**

Resumen .....	6
Palabras clave .....	7
Abstract.....	7
Key words .....	7
CAPÍTULO I. PRESENTACIÓN.....	8
1. Introducción.....	8
2. Objetivos.....	11
3. Metodología .....	12
CAPÍTULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	13
1. Aproximación al concepto de vejez.....	13
2. Soledad en las personas mayores .....	17
2.1 Concepto.....	17
2.2 Factores que intervienen.....	20
3. Modelo de Atención Integral Centrada en la Persona .....	25
3.1 Modelo.....	25
3.2 Papel de la familia.....	30
3.3. Envejecimiento activo .....	32
4. Calidad de vida.....	35
CAPÍTULO III. INVESTIGACIÓN EMPÍRICA .....	39
1. Diseño metodológico.....	39
1.1. Participantes.....	40
1.2. Instrumento.....	41
1.3. Procedimiento .....	42
1.4. Aspectos éticos a tener en cuenta .....	43

2. Análisis de datos .....	44
3. Conclusiones generales del estudio .....	49
CAPÍTULO IV. PAPEL DEL TRABAJO SOCIAL .....	50
1. Estrategias y aportaciones desde el Trabajo Social.....	50
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES .....	55
CAPÍTULO VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	57
CAPÍTULO VII. ANEXOS .....	64

## **Índice de gráficas**

Gráfica 1: Esperanza de vida al nacer por edad y sexo, 1900-2030 .....	14
Gráfica 2: Evolución de la población mayor en España, 1900-2049 (Porcentaje) .....	16
Gráfica 3: Porcentaje de participantes .....	44
Gráfica 4: Media de edad .....	45
Gráfica 5: Hombres y mujeres en relación con la edad.....	45
Gráfica 6: Nivel de soledad social de los participantes .....	46
Gráfica 7: Nivel de soledad social en función del sexo.....	46
Gráfica 8: Nivel de soledad social en función de la edad .....	47
Gráfica 9: Nivel de soledad social en función de los años en la residencia .....	47
Gráfica 10: Nivel de soledad social en función del grado de dependencia.....	48
Gráfica 11: ¿Tiene amigos o familiares cuando le hacen falta? .....	48

## **Índice de figuras**

Figura 1: Clasificación de las personas mayores .....	15
Figura 2: Modelo AICP .....	28
Figura 3: Determinantes del envejecimiento activo .....	32
Figura 4: Diagrama del modelo conceptual de la OMS .....	36
Figura 5. Dimensiones e indicadores de la CDV (individual) .....	37

## **Índice de siglas**

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria

ACP: Atención Centrada en la Persona

AICP: Atención Integral Centrada en la Persona

CDV: Calidad de Vida

PIA: Plan individualizado de atención.

TFG: Trabajo de Fin de Grado

## **Resumen**

La soledad que presentan las personas mayores hoy en día es un tema de total relevancia social. Las estructuras demográficas, los tipos de familia, condicionan un estilo de vida distinto al de hace unos años. El progresivo envejecimiento de la población, en concreto en la Comunidad Autónoma de Castilla y León, conlleva a un incremento de la institucionalización de las personas mayores, por lo que los Centros Residenciales que atienden a estas personas deben adaptarse a la demanda existente, atendiendo sus necesidades físicas, psicológicas y sociales. Se trata de proporcionar una atención que intervenga en todas las dimensiones de la calidad de vida, es decir una atención sociosanitaria, dejando atrás el modelo asistencial.

Desde el trabajo social debemos actuar para prevenir y/o mejorar estas situaciones en las que se pueden ver inmersas las personas mayores con el fin de mejorar su calidad de vida y evitar situaciones de vulnerabilidad social, así como de posible exclusión social.

Un modelo de atención que se ajusta a la persona, es el modelo de atención integral centrado en la persona (AICP en adelante), el cual proporciona una atención adecuada de manera individual a cada usuario, contando con la familia como pilar fundamental en la intervención.

Para contrastar datos, se realiza una investigación en el Centro de Personas Mayores “Cardenal Marcelo (Valladolid) con el fin de conocer qué percepción tienen las personas mayores residentes sobre la soledad social percibida por ellos mismos.



## **Palabras clave**

Soledad, personas mayores, familias, centro residencial, atención integral centrada en la persona, calidad de vida, envejecimiento activo, Trabajo Social.

## **Abstract**

The solitude that the elderly are experiencing at present is such a social relevant issue. Nowadays, demographic structures and family sorts determine a different lifestyle from what existed some years ago. The progressive ageing of population, specifically in Castilla y Leon autonomous community, involves an increase of elderly people that live in institutions. Consequently, old people's homes that take care of these population must adapt to the real demand and focus on their physical, psychological and social needs. The aim is to provide such an assistance that takes part in every dimension of quality of life, that is to say a social sanitary approach instead of an strictly healthcare assistance. Social workers should act to prevent and improve these situations that can involve elderly people so that they have a better life quality and to avoid social vulnerability situations and social exclusion. An assistance model that adjusts to the person is the Integral Assistance Model Based on the Person (AICP in Spanish). This model provides every user with an appropriate individual assistance considering the family as the main point of the intervention. To match the data, an investigation in "Cardenal Marcelo" (Valladolid) care home has been performed with the aim of learning what's the elderly's perception about their own social solitude.

## **Key words**

Solitude, elderly, families, institution, integral assistance based on the person, life quality, active ageing, social work.

## **CAPÍTULO I. PRESENTACIÓN**

### **1. Introducción**

En los últimos años la demografía española ha sufrido numerosos cambios que tienen que ver con el aumento de la esperanza de vida y la baja natalidad, lo que ha dado lugar al envejecimiento de la población a un ritmo elevado. Los avances sanitarios, junto al desarrollo de la tecnología y la introducción de buenos hábitos para llevar una vida saludable, han logrado una importante reducción de las tasas de mortalidad, facilitando el crecimiento exponencial de la población de la tercera edad en nuestro país.

El progresivo envejecimiento de la población española se acompaña de una elevada existencia de personas en situaciones de vulnerabilidad, y otras, con importantes niveles de dependencia, sin familia o carentes de otras redes de apoyo social, siendo imposible garantizar el nivel necesario de cuidados adecuado a la persona y que puedan proporcionárselo su propio entorno, lo que conlleva una necesidad de atención en centros destinados a la satisfacción de necesidades de estas personas, ya que por ellas solas no son capaces de realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (más adelante como ABVD).

En la actualidad, el colectivo de personas mayores se caracteriza por poseer una elevada esperanza de vida y longevidad respecto a épocas pasadas, lo que supone numerosos cambios en las estructuras demográficas y diversas consecuencias organizativas en la sociedad. Las pirámides de población confirman la mayor longevidad de las personas mayores, y también que las personas mayores de sexo femenino poseen una mayor esperanza de vida respecto a los hombres. En el momento que la parte alta de la pirámide de población comienza a ensancharse, significa también que aumentan las necesidades de atención y cuidados hacia estas personas.

La salud de las personas de edad avanzada suele ser más delicada y frágil debido a las enfermedades asociadas al envejecimiento, así como la pérdida de relaciones, de actividades y de poder adquisitivo, en el ámbito social. Esto se relaciona con un incremento de la dependencia en todos los aspectos, afectando a la incapacidad de realizar las ABVD, siendo necesario el acceso a un centro residencial.

Por otro lado, la evolución sufrida en los tipos de familias existentes y los cambios de la sociedad actual, con relaciones más individualizadas y estilos de vida más independientes, dificulta el cuidado y fomenta el **sentimiento de soledad** en las personas mayores.

En ocasiones el ingreso en un centro residencial se produce de manera involuntaria, no es decisión de la persona mayor, sino de su familia, motivado por la falta de autonomía que presenta su familiar y la incapacidad de cuidados en su domicilio. El hecho de comenzar a vivir en un centro residencial supone un gran impacto, influye tanto en la persona mayor, como en la familia. Este cambio supone el aceptar unas normas, la autodeterminación de la persona puede verse mermada, así como la privacidad de la misma, sin olvidar el sentimiento de soledad que puede experimentar la persona mayor.

La AICP es un nuevo modelo desde el que se trata a las personas de una manera mucho más cercana, intentando que el cambio producido por el hecho de vivir en un centro residencial sea lo más amortiguado posible; se trata de crear espacios hogareños, donde la persona recuerde momentos cotidianos que podría haber vivido, sin olvidar a la familia, parte activa y pilar fundamental en este tipo de intervención.

Actualmente en los centros residenciales, existe una mayor sensibilización, ya que se trata a la persona desde su esfera biopsicosocial, se atiende a las personas como un todo, potenciando sus fortalezas y mejorando su autonomía; este tipo de atención recibe el nombre de Atención Integral Centrada en la Persona. Desde el Trabajo Social debemos hacer que este cambio, que irremediamente es un impacto en la vida de

las personas mayores, sea en la medida de lo posible, lo más “suave” que se pueda. Como profesionales debemos empoderar a la persona mayor y mantener y mejorar sus potencialidades, actuar desde la autodeterminación de la misma.

He escogido este tema por motivación personal. Durante los periodos de Prácticum I y II en el centro residencial “Cardenal Marcelo”, pude apreciar que muchos residentes se sentían solos y mantenían escasas relaciones sociales, tanto con otros residentes como con la familia, a pesar de estar rodeados diariamente de mucha gente. El tema de la soledad es un problema social, que no tiene la visibilidad que se merece, debemos concienciar a la ciudadanía de ello.

El presente trabajo se centra en el análisis de la soledad percibida o sentida por las personas mayores que se encuentran institucionalizadas en la residencia “Cardenal Marcelo” y como el nuevo modelo AICP puede mejorar esta percepción.

La primera parte del trabajo se centra en la fundamentación de los conceptos de vejez, y soledad, aportando diferentes definiciones de diversos autores y por otra parte centrándose de manera concreta en la soledad en las personas mayores, destacando los factores que intervienen. Se expone el nuevo modelo de atención residencial de “Atención Integral Centrada en la Persona”, mostrando el papel de la familia, la calidad de vida según Schalock y Verdugo, y por último el envejecimiento activo.

En la segunda parte del trabajo se realiza una investigación empírica en la Residencia de Personas Mayores “Cardenal Marcelo”, aplicando la Escala Este II de Soledad de una muestra de residentes para conocer su percepción personal sobre ello. A continuación, se exponen los resultados obtenidos con su análisis correspondiente. Por último, se muestran las aportaciones del Trabajo Social al modelo de atención, así como aspectos éticos desde el Código Deontológico de la profesión y las conclusiones generales del trabajo.

## 2. Objetivos

### **Objetivo general:**

- Conocer la percepción de soledad de las personas mayores que se encuentran residiendo en el centro residencial “Cardenal Marcelo” (Valladolid), analizando como la aplicación del nuevo Modelo AICP puede contribuir a su disminución.

### **Objetivos específicos:**

- Analizar la percepción del sentimiento de soledad de las personas mayores en el centro residencial.
- Estudiar la calidad de las relaciones sociales de las personas mayores con sus familiares.
- Analizar qué dimensiones de la calidad de vida se ven afectadas por el sentimiento de soledad de las personas mayores.
- Aportar una propuesta de intervención desde el Trabajo Social para el “Modelo AICP”.

### **3. Metodología**

Para realizar el Trabajo de Fin de Grado se ha llevado a cabo un estudio documental acerca de la soledad en las Personas Mayores en los Centros Residenciales y el modelo AICP.

La búsqueda de información comenzó en el mes de Enero de 2016 hasta Abril de 2016, utilizando el material bibliográfico de diferentes buscadores de internet, bases de datos y libros, como Dialnet, Google Scholar, Mendeley, la Biblioteca Municipal “Gonzalo de Berceo” (Burgos) y la biblioteca de la Universidad de Valladolid del Campus Miguel Delibes.

Una vez recabada la suficiente información, se fue seleccionando aquella más válida e importante que guardaba relación con el Trabajo de Fin de Grado (TFG en adelante).

Para llevar a cabo el estudio empírico se ha empleado la metodología cuantitativa. Se ha realizado la Escala Este II de Soledad a 14 residentes de la Residencia de Personas Mayores “Cardenal Marcelo”, y posteriormente se han analizado exponiendo los resultados en gráficas, analizando las respuestas detalladamente y sacando las conclusiones correspondientes.

## **CAPÍTULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

### **1. Aproximación al concepto de vejez**

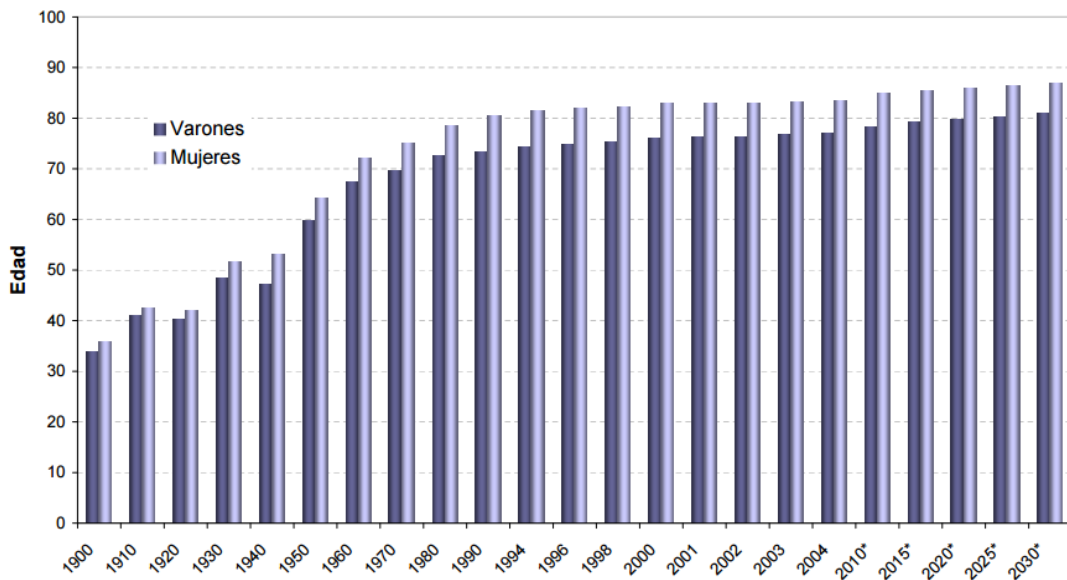
Las personas mayores son un colectivo heterogéneo y diverso que pese a una serie de circunstancias comunes presentan situaciones y necesidades diferenciadas que han de ser atendidas (diferentes grados de dependencia y/o autonomía personal, las formas de convivencia y composición de los hogares que pueda posibilitar el cuidado en ellos, diferentes grados de cobertura de prestaciones sociales....).

El proceso de envejecimiento conlleva apreciaciones negativas por parte de la sociedad, manteniendo estereotipos e infravaloraciones relacionadas con la falta de valor porque ya no “producen” y la consiguiente carga para la sociedad, dejando los aspectos positivos como la experiencia, sabiduría de lado.

La vejez según Pérez et al. (2004), es la etapa donde concluye el ciclo vital de las personas. En España, entendemos por persona mayor a aquella persona igual o con más de 65 años.

Podemos ver gráficamente la evolución que ha sufrido la sociedad española respecto a la demografía y su distribución por sexo provocada por el incremento de la esperanza de vida, revelando que la tasa de envejeciendo es en mayor grado femenina.

GRÁFICA 1: Esperanza de vida al nacer por edad y sexo, 1900-2030



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. INE: INEBASE

El notable incremento de la esperanza de vida, se traduce en un envejecimiento de la sociedad española, sobre todo en las mujeres.

Existen diferentes tipos de envejecimiento según Marín (2003):

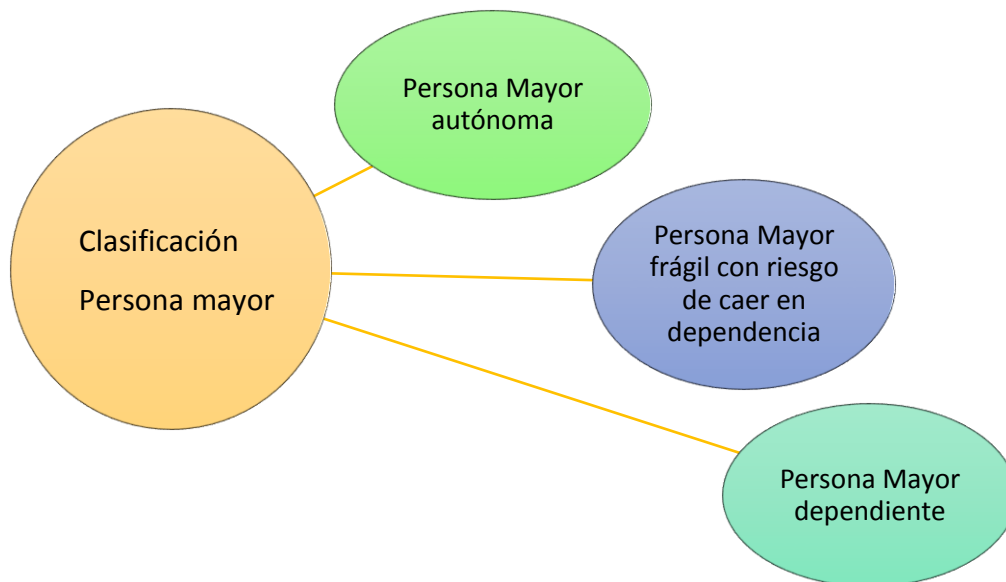
- **Envejecimiento físico:** Son aquellos cambios que se van produciendo en los órganos de la persona y las consecuencias a nivel funcional que conllevan. Algunos de los cambios se dan en el aspecto físico, tanto en los órganos de los sentidos, como en la capacidad psicomotriz.
- **Envejecimiento social:** Son aspectos relacionados con el cambio de roles a nivel individual y a nivel social a los cuales la persona mayor debe adaptarse. En el momento que la persona entra en la jubilación, el papel de trabajador desaparece por completo, como la pérdida de amistades por diferentes motivos (fallecimiento, cambio de domicilio...)



- **Envejecimiento psicológico:** Son aquellos cambios que la persona mayor experimenta, como pueden ser las características psicológicas de la persona, así como los mecanismos de adaptación de la propia persona ante los cambios físicos y sociales. Suele darse mayor interés por lo propio, la referencia principal es el pasado y suele aparecer una resistencia al cambio.

Espinosa, Muñoz y Portillo (2005), establecen una clasificación de las personas mayores según puedan encontrarse en las siguientes situaciones:

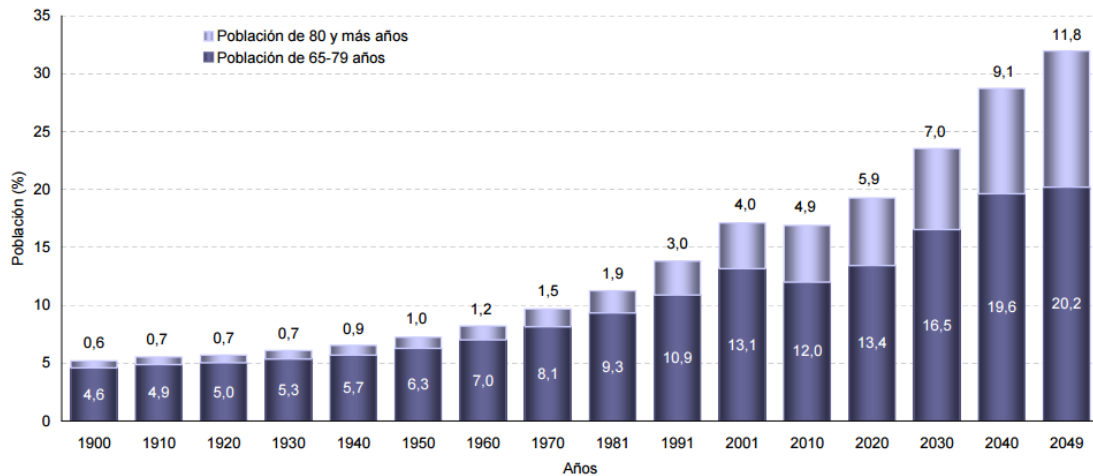
**Figura 1. Clasificación de las personas mayores**



Fuente: Elaboración propia a partir de Espinosa, Muñoz & Portillo (2005)

- **Persona mayor autónoma:** es aquella que realiza de manera autónoma las ABVD
- **Persona mayor frágil:** es aquella persona que aún no se encuentra en situación de dependencia pero que existe un grave riesgo de padecerla.
- **Persona mayor dependiente:** aquella que presenta una situación de dependencia debido a las pérdidas funcionales en la realización de las ABVD.

Gráfica 2: Evolución de la población mayor en España, 1900-2049 (Porcentaje)



Fuente: INE: INEBASE

La longevidad de la población provoca un progresivo crecimiento de la población de tercera edad, incrementándose cada vez más la población mayor de 80 años, convirtiendo a España en un territorio envejecido y con un alto grado de población con necesidad de cuidados.

## **2. Soledad en las personas mayores**

### **2.1 Concepto**

La soledad es un concepto muy amplio que abarca muchos factores. Según la Real Academia Española, la soledad es “la carencia voluntaria o involuntaria de compañía”. Se define **involuntaria** cuando por diferentes razones, como la muerte de un ser querido, la persona se encuentra sola, y por otro lado, **voluntaria**, cuando la propia persona es quien decide estar sola.

El concepto soledad, apareció por primera vez en el Siglo XIII, según afirman Muchinik y Seidmann (2004) la soledad es “la situación de una persona que está sola de manera momentánea o durable y asociada al aislamiento, al estado de abandono y a la separación” (cit. en Díez y Morenos 2015, p. 8)

La soledad tiene dos perspectivas, una negativa y otra positiva, donde la persona puede experimentar nuevas experiencias, como por ejemplo el autoconocimiento... Cuando la **soledad es voluntaria** tiene una **visión positiva** para muchos individuos ya que lo consideran un espacio de reflexión y crecimiento personal.

Sullivan (1959), realizó una de las primeras definiciones del concepto de soledad, la cual es “una experiencia displacentera asociada a la carencia de intimidad interpersonal” (cit. en Montero y Sánchez, 2001, p.20), dando una visión negativa de la soledad que experimenta un individuo cuando no posee relaciones sociales con otras personas.

Para los autores Peplau y Perlman (1981), “la soledad es una experiencia displacentera que ocurre cuando la red de relaciones sociales de una persona es deficiente en algún

sentido importante, ya sea cualitativa o cuantitativamente” (cit. en Montero y Sánchez, 2001, p.20), por lo que se puede afirmar que es un sentimiento personal, que cada persona puede manifestar en un momento determinado en función de las circunstancias en las que se encuentre.

Peplau y Perlman (1982, cit. en Montero y Sánchez, 2001, p.20) señalaron tres características comunes que tiene la soledad: “Es el resultado de **deficiencias en relaciones personales**, es una **experiencia subjetiva** que contrasta con la evidencia física del aislamiento social y es una **experiencia estresante y displacentera**” .

Jong – Gierveld (1987, cit. en Montero y Sánchez, 2001, p.23), define la soledad como “experiencia personal y subjetiva”. Contempla el modelo multidimensional de la soledad, donde se plantean cuatro factores principales:

- Características descriptivas de la red social
- Evaluaciones subjetivas de la red social, es decir, las que hace la propia persona.
- Variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, tipo de vivienda...)
- Características de la personalidad

Este modelo hace referencia a que no incide en la persona el número de contactos que existan en la red social en su sentimiento de soledad, sino que lo que interesa es la calidad de los mismos.

La soledad es un estado de ánimo en el que se encuentra la persona en el momento que ve mermadas sus relaciones sociales que ella misma quiere. (Expósito y Moya, 1999).

Según Bermejo (2005, p. 2), la **soledad** es “una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional”.

La soledad se experimenta fácilmente en la **etapa de la vejez** porque va acompañada de una sucesión de pérdidas de diferente índole (pareja, trabajo, estatus, capacidades...) que promueven esta experiencia. Es necesario distinguir entre **soledad objetiva** donde la persona mayor decide voluntariamente vivir sola o realizar actividades en soledad y la **soledad subjetiva** como sentimiento negativo asociado a la falta de relaciones sociales y apoyo emocional; este sentimiento de soledad es el que repercute en la manera de percibir a la persona sus relaciones, su calidad de vida y su autoestima. En muchas ocasiones uno puede sentirse solo, aunque pertenezca a un grupo. (Rodríguez, 2000).

Una de las definiciones más actuales, es la de Torres et al (2012), quien concibe la soledad como “un **proceso dinámico y complejo** que abarca tanto el ámbito privado como el público” (p.7). Esta concepción implica que el tratamiento de la soledad requiera de un enfoque psicosocial.

Torres et al. (2012) expresan que la palabra soledad posee **varias acepciones** como son:

- Abandono
- Aislamiento
- Alejamiento de un lugar
- Melancolía
- Pena
- Dolor interno

Es un concepto amplio y multifactorial que en cada persona se manifiesta de diferente manera. La persona puede atravesar una situación insatisfactoria de enfrentamiento a la soledad por diferentes motivos, como pueden ser, el duelo, diferentes etapas del ciclo vital como la jubilación, la vejez, separación del núcleo conyugal y en ocasiones la pérdida de salud.

Para Montero y Sánchez (2001, cit. Torres et al 2012), los esquemas conceptuales de la soledad son: Los **fenomenológicos**, aquellos que son subjetivos, que cada persona posee de su propia experiencia en soledad y los **cognoscitivos**, que tienen que ver con la percepción que tiene la sociedad y la percepción interpersonal.

Todos los **autores coinciden en dar un sentido negativo a la soledad**, señalando que es un estado que les hace sentirse mal, relacionado con la deficiencia en sus relaciones sociales y con una vivencia subjetiva e individual de la misma.

## 2.2 Factores que intervienen

### -Salud física y mental

La salud, tanto física como mental, puede verse afectadas en las personas mayores a causa de su percepción negativa sobre la soledad. Bermejo (2006, citado en Caviedes, 2015) expone que “el sentimiento de soledad tiene un efecto debilitador del sistema inmunológico”.

Bazo (1989, citado en Caviedes, 2015) explica que la soledad y la salud están íntimamente relacionadas de manera que “la soledad puede aumentar la vulnerabilidad a la enfermedad y la enfermedad puede ser la solución para romper la soledad”.

Por otro lado, el incremento de la supervivencia en la población conlleva mayor dependencia originada por el aumento de enfermedades y la pérdida de capacidades propias de la edad.

### **-Edad**

A medida que la edad va aumentando, la sensación de soledad aumenta también. Esto puede explicarse por la disminución de redes sociales, fallecimiento de personas del entorno, la jubilación, las limitaciones físicas. Según Pinquart y Sorensen, citado en Cardona, Villamil, Henao & Quintero 2013) la soledad puede ser representada en forma de “U”, donde esta se siente alta en la juventud, baja en la etapa adulta y alta en la etapa de la vejez.

Un estudio realizado en Suecia en el año 2010(Cardona et al. 2013) con personas entre 85 y 103 años, señalaba como causa principal de soledad, la muerte de familiares cercanos. También relacionaba como causa importante de soledad las limitaciones físicas que dificultan las relaciones con los demás.

### **-Familia**

El concepto de familia, varía en función en la época en la que nos encontremos, ya que el contexto, y los cambios en la sociedad influyen en el funcionamiento y la dinámica familiar. Este concepto enlaza aspectos tanto biológicos, sociales, como jurídicos.

Durkheim, definió a la familia como “forma grupal más sencilla y antigua de la humanidad” (citado en Grau, 2016, pp.28), constituyendo el modo más antiguo de agrupación de las personas.

El concepto va variando en función del contexto. Las familias se van adaptando a los cambios, por lo que van surgiendo nuevos modelos de familia, uno de ellos es **la familia nuclear**, que es una característica común en las sociedades modernas, que se basa en un hecho natural con la función de reproducción (Sahlins 2011, citado en Grau, 2016).

Se ha ido evolucionado del concepto de familia católica concebida como matrimonio con descendencia e indisoluble, donde prima el patriarcado, con la existencia de roles muy marcados, especificando roles para mujeres (cuidado de la familia, incluidos los ancianos) y roles para hombres (trabajo fuera del hogar familiar), a una familia nuclear, motivado por la industrialización, el gran éxodo rural, la incorporación de la mujer al mundo laboral, la utilización de anticonceptivos, la ley del divorcio en 1981 la cual da lugar a numerosos cambios en las estructuras familiares, como la aparición de muchas disoluciones matrimoniales fomentando una gran existencia de familias monoparentales. Aun así, la solidaridad de las familias en España es un aspecto que las caracteriza y también gana intensidad en el terreno emocional. (Grau, 2016)

Según Valdivia (2008), los **tipos de familia** con los que nos encontramos varían unos de otros, pero los más comunes hoy día son:

- La **familia nuclear reducida**: Un número de hijos reducido, teniendo los abuelos que ayudar a los hijos en el cuidado de los nietos, mientras tengan capacidad para ello.
- La **familia monoparental**: Aquella que solo tiene un progenitor.

Este tipo de familias ha aumentado notoriamente, debido a los cambios en la sociedad española, presentando muchas dificultades para el cuidado y atención de las personas mayores, lo que contribuye al incremento de la soledad.



**-Socioeconómicos.**

Son varios aspectos socioeconómicos los que intervienen, por un lado, según Filardo (2011, p 212), las pensiones de jubilación “suponen uno de los gastos más importantes de la Seguridad Social”. Por lo que con el progresivo incremento de la población y el aumento de la esperanza de vida van a provocar que el sistema de pensiones vaya disminuyendo su capacidad, traduciéndose en una disminución de las pensiones, dando lugar a una escasez de poder adquisitivo en las personas mayores y más aún en las mujeres.

Por otro lado la situación laboral es muy diferente hoy día, siendo la movilidad geográfica laboral uno de los aspectos que más condicionan el cuidado de los mayores, resultando como opción de cuidado el ingreso en un centro residencial.

**-Relevancia social.**

En la etapa de la vejez se experimentan una serie de pérdidas en los roles y en los grupos tanto a nivel profesional como personal. Generalmente las personas mayores tienen una imagen de demandantes de servicios y cuidados, y no tanto como personas activas en la sociedad. Es por ello que es necesario conocer la realidad y redefinir las etiquetas asignadas a las personas mayores. No es hasta las últimas fechas cuando se está comenzando a poner el acento en el envejecimiento activo y a la participación en la sociedad de las personas mayores.

Domínguez (2011), manifiesta que “El hecho de ser mayor no conlleva perder valor como ciudadano. Seamos además conscientes que son una fuente de riqueza, con los años han adquirido conocimientos y experiencias que no se puede desperdiciar” (p.81). El envejecimiento de la población española, supone un gran progreso por un lado, pero

por otra parte, es un reto para las políticas sociales y los sistemas de bienestar social, contribuyendo éstos para que las personas mayores puedan seguir teniendo un nivel alto de participación en la sociedad y evitando la soledad que puedan sentir.

### **3. Modelo de Atención Integral Centrada en la Persona**

#### **3.1 Modelo**

El 5 de Febrero de 2016, se implantó el modelo actual de atención en los centros residenciales de carácter público de Castilla y León, regulado por el Decreto 2/2016, de 4 de Febrero 2016, *de autorización y funcionamiento de los centros de carácter social para la atención a las personas mayores en Castilla y León*. Boletín Oficial de Castilla y León, 24, de 5 de Febrero de 2016.

En la actualidad se encuentra recurrido, lo cual puede originar pequeños cambios pero no en la parte que se trata en el TFG.

El objetivo de este modelo (Rogers, 1961, citado en Martínez 2014) busca la individualización de la atención que se proporciona a las personas, siendo los propios usuarios los protagonistas, empoderarlos para que sigan siendo los dueños de sus propias vidas y tomen sus propias decisiones. El origen de este modelo, proviene de la psicología humanista, en concreto de Carl Rogers, y la terapia centrada en el cliente. La terapia centrada en el cliente consiste en que es el propio usuario quien guía la terapia ya que él, sabe más sobre sí que el terapeuta, y el profesional debe manifestar empatía, generar un clima de confianza en el cliente y debe mostrarse auténtico y congruente. Bien es cierto que aunque la experiencia es subjetiva por el paciente, el profesional debe guiarle en el autoconocimiento para alcanzar las metas propuestas, es decir, el cambio. (Arias, 2015)

En la Constitución Española de 1978 se destacan en sus artículos 9.2 y 10, los principios básicos que van a regir este modelo: Dignidad, autonomía, libertad y participación. (Vilá, 2014)

Según (Rodríguez, 2014) el concepto **dignidad** es el **eje fundamental** del modelo de atención, basándose en el respeto integral de la persona a través de la aceptación de los siguientes principios:

- Autonomía
- Individualidad
- Independencia
- Libertad
- Integralidad
- Participación
- Inclusión social
- Continuidad de atención

El respeto a los principios de **autonomía, libertad y participación**, son claves para el desarrollo de este modelo, referido al control que tiene una persona sobre su propia vida, donde elige, decide y es la única responsable de sus actos y las consecuencias correspondientes. Las personas mayores deben mantener su capacidad de decisión, aunque bien es cierto que para ello en muchas situaciones puedan necesitar apoyos. Es importante saber que la autonomía no es algo absoluto, es decir, la persona usuaria puede ser competente para algunos aspectos de la vida y para otros no, por lo que en aquellos que no es completamente competente, se le deben de proporcionar las ayudas para que pueda seguir gestionando su propia autodeterminación.

Con el transcurso del tiempo, la pérdida de capacidades se va haciendo más notoria y es aquí donde la rutina tiene una gran importancia, debido a que se convierte en un facilitador para las personas mayores. La creación de espacios cotidianos otorga a las personas mayores su propia identidad teniendo en cuenta que la persona mayor ha ido elaborando su propio proyecto de vida y los entornos significativos dotan de sentido a su identidad personal. (Sancho y Yanguas, 2014)

Según Rodríguez (2014, p.120) la AICP es:

La que promueve las condiciones necesarias para la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de las personas partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva.

Según Goikoetxea (2015) los **sujetos importantes** y que participan en el proceso de intervención, en este modelo de atención son:

- **La persona usuaria**, que es quien expresa la manera que quiere ser atendida, partiendo desde sus gustos, preferencias y escala de valores.
- **La familia y entorno cercano**, participan en la atención y prestación de cuidados, son actores activos en el proceso
- **Los profesionales**, pieza fundamental en el proceso de atención. Se establece una relación triangular, usuario-profesionales-familia, con el objetivo de favorecer la inclusión social y la protección de la persona.

Son clave en la prestación de este tipo de atención, siendo el profesional de referencia una de las personas más cercanas a la persona mayor en el centro residencial y quien mejor le conoce ya que a lo largo del tiempo se va creando un vínculo afectivo y una relación de confianza.

- **La organización social** en la que nos encontramos, es quien posee los recursos y atenciones que necesita la persona mayor para poder cubrir las necesidades que presenta.
- **La sociedad**, representada por la administración pública la cual establece la normativa donde se regulan los derechos de las personas (Goikoetxea, 2014).

Por lo tanto, la AICP, se puede representar de una manera gráfica:

**Figura 2: Modelo AICP**



Fuente: Elaboración propia a partir de Rodríguez 2014.

Este modelo de atención, aporta un gran apoyo para la satisfacción de necesidades y demandas personales, afectivas, sociales y materiales, favorece la convivencia entre los residentes, el disfrute de la vida y la **autodeterminación y dignidad** de las personas mayores, sin olvidar la colaboración muy necesaria de la familia.

Aspectos fundamentales para poder proporcionar una AICP:

- **Proyecto de vida:** es la dirección que una persona establece acerca de su propia vida, donde se tienen en cuenta los valores, creencias y preferencias. Sancho y Yanguas (2014) afirman que “La continuidad de los proyectos es la continuidad de la vida”.

- **Historia de vida:** Es una narración que consta de los hechos más significativos de la propia persona a lo largo del tiempo, intentando exponer sus vivencias y acontecimientos (Pereira 1991, citado en Veras, 2010 pp.144), por lo tanto a través de la historia de vida conocemos más en profundidad a la persona, por lo que podemos aportar una atención mucho más cercana.
- **Planes Individualizados de atención (más adelante como PIA):** A partir de la historia de vida se conocen los gustos y los deseos de las personas con las que se trabaja. La persona usuaria participa activamente en la realización del Plan Individualizado de Atención.
- **Profesional de referencia:** es aquel profesional que conoce bien a la persona usuaria, los aspectos fundamentales para proporcionar la AICP respetando los principios antes mencionados; deberá ser un profesional cercano, flexible, y con capacidad de coordinarse con la familia y con el usuario.
- **Unidades de convivencia:** Son grupos pequeños donde se desarrolla la vida de las personas mayores. El funcionamiento y diseño es muy similar al de una casa. Las actividades que se realizan son las que han decidido las personas usuarias en base a sus gustos y preferencias (cocinar, leer, ver la tele, coser...). Es un espacio donde los horarios los ponen los propios usuarios, intentado asemejarse lo más posible a un entorno hogareño.

### 3.2 Papel de la familia

Cuando una persona mayor vive en un Centro de Personas Mayores, la familia tiene un papel muy importante en el centro, complementa las funciones de los profesionales en el cuidado diario de la persona mayor, no significa abandono familiar en ningún modo. EL modelo otorga un **papel activo** a las familias en el proceso de atención a las personas mayores.

Bien es cierto que en el momento que se procede al ingreso de la persona mayor, afloran sentimientos ambiguos, tanto en la familia como en la persona mayor, la inseguridad es una manifestación generalizada en ambas partes. Tras esto, se pretende que exista un proceso de adaptación de ambos a la nueva situación que se va a atravesar. El modelo señala la importancia de la implicación de la familia en el ingreso y adaptación de su familiar en el centro residencial.

La participación de la familia en el proceso de intervención, favorece el hecho de conocer a la persona usuaria más en profundidad ya que podemos conocer la historia familiar, coordinar la actuación de la propia familia con los recursos profesionales, contribuir a la elaboración de la historia de vida, el proyecto de vida y el PIA, lo que conduce a la mejora de la calidad de la intervención. (Díaz- Veiga, 2014)

La **relación entre profesionales y familia es fundamental** para que la intervención sea exitosa, de esta manera se fomenta la independencia de la persona mayor, ya que realizando un trabajo coordinado y colaborativo, se otorga la atención desde el conocimiento de los gustos y preferencias de la persona, respetando en todo momento su dignidad y autodeterminación. Se trata de normalizar la prestación de cuidados, intentado potenciar la inclusión social y la cercanía a la persona usuaria, haciéndole sentir protagonista de su proceso.



La **familia** como **fuentes de información** para la elaboración del PIA, de la historia de vida y del proyecto de vida, se constituye en un elemento activo, creando la necesidad de trabajar conjuntamente con el usuario y profesionales en la consecución de los objetivos planteados, siendo un recurso para los propios profesionales, aportando un mayor vínculo de confianza y así mejorando la calidad de la intervención.

El binomio individuo-familia puede aportar:

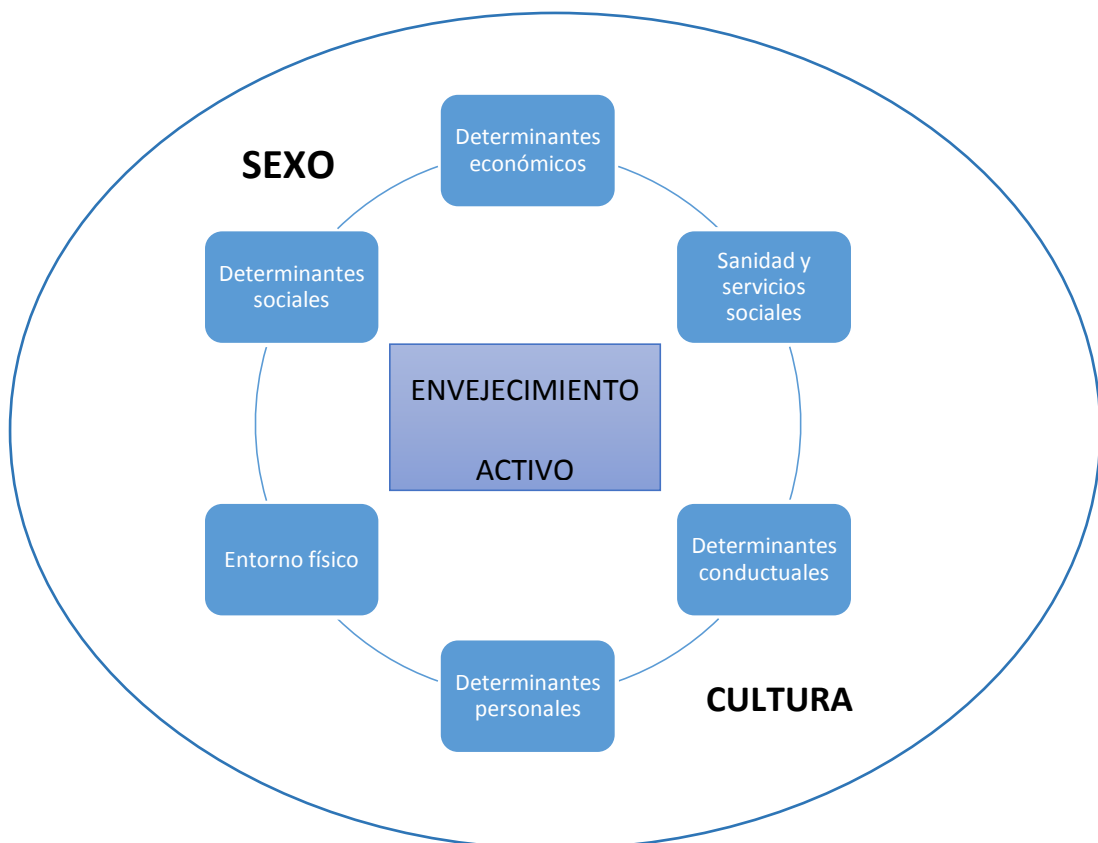
- Estilo de vida de la persona
- Gustos y preferencias
- Valores
- Biografía de la persona mayor
- En ocasiones podemos acudir como profesionales a la propia familia para solucionar alguna duda.

Para las familias, el hecho de participar y tener una mayor implicación en la atención de su familiar, aporta un mayor vínculo de confianza entre los profesionales, la familia y la organización, lo que genera un mayor bienestar y tranquilidad.

### 3.3. Envejecimiento activo

El envejecimiento activo, se define según la OMS (2002) como “proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad que tienen como fin mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. (Citado en Rodríguez, 2014, pp.95.) Este modelo se apoya en tres pilares: La seguridad, la salud y la participación. (Rodríguez, 2014).

**Figura 3: Determinantes del envejecimiento activo**



Fuente: Rodríguez (2014), pp.95.

**El envejecimiento activo impregna toda la intervención del modelo AICP**, teniendo en cuenta los diferentes determinantes, que están inmersos en el proceso y en interrelación permanente, otorgando un papel principal a la persona objeto de atención en el desarrollo de su proyecto vital.

Envejecimiento activo “hace referencia a una participación continua de las personas en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, y no solo la capacidad para estar físicamente activo o participar en el mundo del trabajo” (Rodríguez, 2014, pp. 96).

Uno de los factores que intervienen en el envejecimiento activo son aquellos que están relacionados con el entorno físico y social en el que se desenvuelve la persona mayor. La accesibilidad al entorno facilita en gran medida el desenvolvimiento cotidiano de la persona mayor, favoreciendo a su óptima integración en el medio, se intentan frenar aquellos obstáculos que favorecen la inactividad y la participación social.

“Las personas mayores tienen muchas posibilidades para disfrutar de un ocio que sea significativo, pero en ocasiones carecen de las destrezas o habilidades necesarias” (Giró, 2006). Para ello existen numerosas actividades como la universidad de la experiencia, o actividades de termalismo para poder seguir continuando su proyecto vital de una manera activa.

Según Giró (2006, Pp. 27) existen algunas claves para envejecer con éxito: “entrenar el cuerpo y la memoria, desarrollar alguna tarea productiva, cultivar las amistades y tener algunas características intrínsecas de personalidad flexible, percepción de autoeficacia y un sentimiento positivo hacia el propio proceso de envejecimiento.”

Por parte de los altos cargos políticos, el envejecimiento activo debe ser considerado un objetivo de gran importancia, llevando a cabo políticas activas, con el fin de mejorar la autonomía, la productividad (ya sea a través de actividades remuneradas o no como el voluntariado) y la salud de las personas mayores, dándoles cabida en el proceso político y en la comunidad en general. (Giró, 2006).

La puesta en práctica de este modelo “envejecimiento activo” es esencial ya que **favorece el desarrollo personal de cada persona**, mejorando su calidad de vida.

#### **4. Calidad de vida**

Según la OMS (1993, citado en Salazar, Torres, Pando, Aranda & Zúñiga 2011), la calidad de vida es (CDV en adelante):

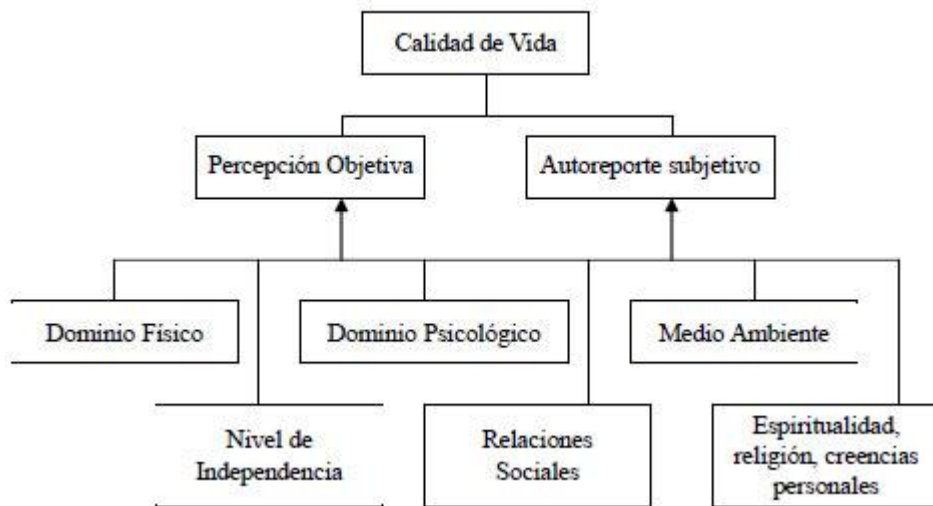
La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

A lo largo de la historia son numerosas las definiciones que aportan diferentes autores. El concepto de Calidad De Vida ha ido evolucionando a lo largo de las décadas. El empleo de este concepto hace retroceder hasta la finalización de la Segunda Guerra Mundial (1945), en concreto en Estados Unidos, debido a la curiosidad de saber cuál era la percepción de las personas acerca de su propia vida (Campbell, 1981 & Meeberg, 1993, citado en Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

En los años 80, en el terreno de la Discapacidad Intelectual, la CDV fue un concepto clave. La CDV llegó a ser el medio por el cual se podría alcanzar la igualdad, aportó un mismo lenguaje, dirigido a la normalización, e integración, sin olvidar la importancia de la evaluación de los programas, dando una gran importancia a los resultados de calidad. Con todo esto el término CDV fue introduciéndose en los programas de Servicios Sociales. En la década de los años 90, el énfasis se puso en los grupos y organizaciones, con el objetivo de promover el cambio en los sistemas. (Schalock y Verdugo, 2009).

Hoy en día, no existe un consenso en las definiciones de CDV, pero sí que en todas ellas se mencionan las palabras, bienestar, satisfacción, concepto multidimensional, lo que puede dar una aproximación al respecto, teniendo en cuenta a los autores.

**Figura 4. Diagrama del modelo conceptual de la OMS**



Fuente: Urzúa & Caqueo- Urizar (2012)

Desde esta perspectiva de la OMS, es importante señalar que en la CDV existen factores objetivos y subjetivos.

Para Verdugo y Schalock (2013, citado en Verdugo, 2014) el concepto de CDV es:

Un estado deseado de bienestar personal compuesto por varias dimensiones centrales que están influenciadas por factores personales y ambientales. Estas dimensiones centrales son iguales para todas las personas, pero pueden variar individualmente en la importancia y valor que se les atribuye. La evaluación de las dimensiones está basada en indicadores que son sensibles a la cultura y al contexto que se aplica.

**Figura 5. Dimensiones e indicadores de la CDV (individual)**

Dimensiones	Indicadores
1. Bienestar físico	Salud física, ABVD, ocio...
2. Inclusión Social	Participación, apoyos...
3. Bienestar emocional	Salud mental, auto-concepto, autoestima
4. Desarrollo personal	Educación, habilidades...
5. Relaciones interpersonales	Amistades, apoyos...
6. Derechos	Privacidad, voto
7. Bienestar material	Empleo, vivienda, seguridad económica
8. Autodeterminación	Autonomía, independencia

Fuente: Elaboración propia a partir de Schalock y Verdugo (2003).

Se considera que para tener una adecuada CDV individual se deben tener satisfechas las 8 dimensiones, considerando aspectos objetivos y subjetivos.

Un estudio realizado por Urciuoli, Dello, Padoani & De Leo (1988, citado en Schalock y Verdugo, 2003, pp.165), consistió en la evaluación de la percepción de la CDV de personas mayores superior a 80 años, donde una parte se encontraban institucionalizadas y otras residiendo en su propio hogar. Los resultados demostraron **que no existían diferencias entre unos y otros**, excepto que, en los primeros, existía una característica, la cual es que eran más dependientes para las ABVD.

Según Fernández- Ballesteros (1998, citado en Urzúa & Caqueo- Urizar, 2012) en el desarrollo del concepto de CDV, se puede afirmar que **la CDV es subjetiva**, la importancia que se le aporta a cada dimensión varía de una persona a otra y el valor que

se le otorga a cada dimensión es cambiante respecto a la etapa del ciclo vital en la que se pueda encontrar una persona.

Como se ha mencionado anteriormente, algunas de **estas dimensiones se relacionan en la percepción de soledad de una persona**, bien puede ser tanto en el bienestar físico, emocional, en la inclusión de la persona mayor en la sociedad, en sus relaciones interpersonales y en su autodeterminación. En definitiva, se trata de comprender que en la percepción de soledad de una persona mayor todas las dimensiones se pueden ver afectadas.

El modelo actual de calidad de vida sirve como referente para la actuación de los profesionales de los servicios sociales, con las personas mayores y las personas con discapacidad ya que está **directamente relacionado con el modelo de atención AICP**, interviniendo en las dimensiones de la calidad de vida, intentando que todas ellas estén plenamente satisfechas.



## **CAPÍTULO III. INVESTIGACIÓN EMPÍRICA**

### **1. Diseño metodológico<sup>1</sup>**

La investigación se lleva a cabo en el Centro de Personas Mayores “Cardenal Marcelo”, dependiente del Diputación Provincial de Valladolid. La residencia, se encuentra ubicada en el Barrio Girón, de la provincia de Valladolid, más concretamente en la Avd. Recreos nº 5.

La Residencia Cardenal Marcelo se inauguró en el año 1975 en Valladolid, para atender a las personas residentes en los pueblos de la provincia, para la satisfacción de sus necesidades.

Es un Centro Gerontológico Polivalente, abierto, integral, participativo y de desarrollo personal, en el que viven de manera temporal o permanente personas mayores de 65 años, que no pueden satisfacer sus necesidades por si mismos o por otros recursos. El centro residencial, dispone de 206 plazas de titularidad pública.

La atención se ajusta a las necesidades específicas de cada persona (Plan de Atención individual), conforme a la valoración de sus capacidades y necesidades de cuidados, estableciéndose evaluaciones periódicas y una rápida respuesta ante cambios importantes en la carga de cuidados. También lo podemos definir como un centro gerontológico abierto, es decir ubicado en el entorno urbano y en permanente contacto con el resto de recursos de la zona, estimulando la incorporación a la vida del centro a familiares y entes de iniciativa social y ciudadana. Es un lugar de desarrollo personal y

---

<sup>1</sup> Este apartado se ha elaborado a partir de la información aportada por la Dirección del Centro Residencial “Cardenal Marcelo”.

de vida. La atención que ofrece el centro es de carácter integral, abordando tanto las necesidades sociales como las sanitarias. Esta atención es interprofesional, trabajando en Equipo entorno a un P.A.I. establecido conjuntamente.

La misión del centro residencial es proporcionar a las personas apoyo en su proyecto de vida personal, orientándolas a la mejora continua de su calidad de vida, desde la implantación del modelo de Atención Centrado en la Persona.

La visión del centro residencial es conservar una organización de profesionales con alto nivel de formación y gran humanismo que hagan de la Residencia Cardenal Marcelo un reclamo entre mayores y familias de la Provincia, diferenciándose de los demás centros gerontológicos, por el carácter familiar del mismo, apoyando de esta forma, a conseguir un envejecimiento más saludable, buscando siempre lo mejor dentro de lo posible.

### **1.1. Participantes**

En el estudio realizado, han participado **catorce residentes** seleccionados de manera aleatoria, con el único criterio, que no tener deterioro cognitivo, ya que se deben poseer una serie de capacidades cognitivas para responder a la escala planteada. Tanto el número de residentes como la designación de los mismos, ha sido realizada con el criterio de la Trabajadora Social del Centro Residencial, sin posibilidad de cambio, por lo que la muestra no constituye una muestra representativa.

Los participantes tienen edades comprendidas desde los 71 años hasta los 93 años. Han participado 6 mujeres y 8 hombres.

Tanto el número de residentes como la elección de los mismos fueron realizados por la trabajadora social, por lo que no constituye una muestra representativa.

Se han tenido en cuenta las siguientes variables:

- Edad
- Estado Civil
- Sexo
- Tiempo de estancia en el centro residencial
- Grado de dependencia

## 1.2. Instrumento

Se ha utilizado la **escala ESTE II** (*Anexo 6*), es una escala multidimensional validada y revisada en 2009, que mide la soledad social. La escala está constituida por 15 ítems con 3 posibles respuestas en cada uno de ellos que serían: siempre, a veces o nunca a los cuales se les aplica un valor de 0, 1 y 2.

Son tres factores los que se miden con esta escala

- Factor 1: Percepción de apoyo social.
- Factor 2: Uso del mayor de nuevas tecnologías.
- Factor 3: índice de participación social del mayor

SOLEDAD SOCIAL	
NIVELES	PUNTUACIÓN
Bajo	0 a 10 puntos
Medio	11 a 20 puntos
Alto	21 a 30 puntos

La fiabilidad de esta escala está demostrada “utilizando el estadístico *alfa de Cronbach* como medida de la consistencia interna poniéndose un coeficiente de 0.66 para los 17 ítems que presenta la escala”. (Pinel, Rubio & Rubio, 2009)

### **1.3. Procedimiento**

- Hubo un primer contacto con la trabajadora social de la Residencia, informándola sobre el tema de estudio y los objetivos que se pretenden alcanzar, por su parte hubo un gran interés y accedió a la realización del mismo. Seguidamente la trabajadora social comentó a la Dirección del Centro la investigación que se quiere llevar a cabo y no hubo inconveniente.
- La trabajadora social del centro residencial realizó una selección aleatoria de los participantes, excluyendo a aquellos usuarios con deterioro cognitivo.
- Una vez informada la dirección y con su autorización, acudí al centro, nos reunimos en una sala, junto con la trabajadora social, fuimos leyendo cada pregunta y cada participante respondió de manera individual y anónima a las preguntas. Hubo algunas personas que tuvieron alguna dificultad en el desarrollo de la escala por lo que tanto la trabajadora social como yo ayudamos a las personas a resolver las dudas. Pedí entrevistar como mínimo a 20 personas pero desde la Residencia, valoraron que con 14 personas era suficiente para la investigación. La trabajadora social se encargó de informar y elegir quiénes (de manera aleatoria) y cuántos usuarios participaron.
- Al finalizar el proceso se agradeció a los asistentes su participación, y en especial a los profesionales y dirección del centro, y su colaboración.
- Por último, realicé el análisis de datos extrayendo las principales conclusiones del estudio realizado, acompañado por tablas y gráficas.

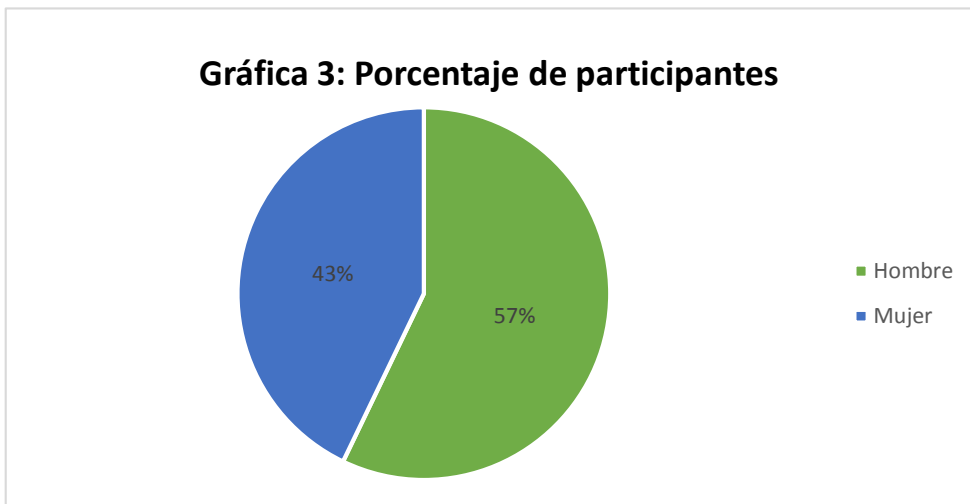
#### 1.4. Aspectos éticos a tener en cuenta

En la realización de esta investigación la ética profesional es un aspecto fundamental para el desarrollo de la misma. Se han utilizado conceptos éticos como:

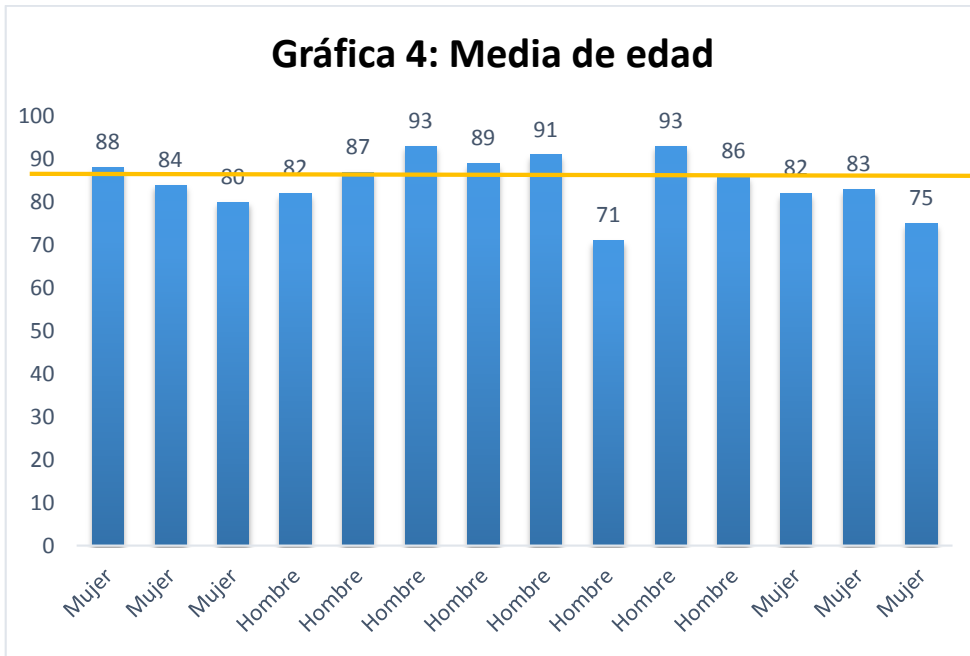
- **Respeto a la intimidad y a la dignidad de la persona.**
- **Participación voluntaria y consentimiento informado:** Todos los participantes han sido conscientes e informados de la utilidad de la información.
- **Sin daño para los participantes:** Participar en este estudio no ha dañado las capacidades ni el desenvolvimiento cotidiano de las personas mayores.
- **Anonimato y confidencialidad:** El estudio es totalmente anónimo, sin posibilidad de identificar las respuestas con ningún usuario.

## 2. Análisis de datos

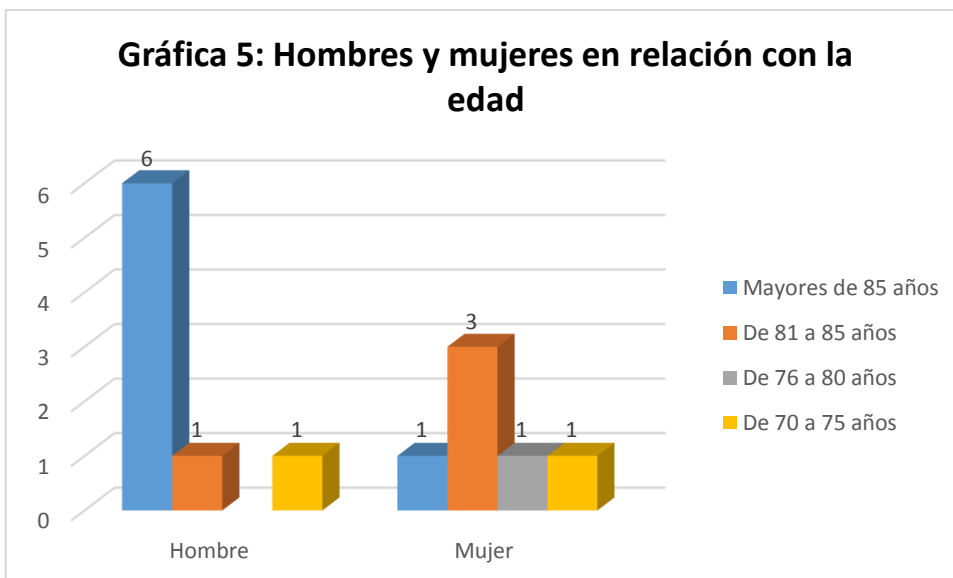
La Escala Este II mide la soledad social, ha sido llevado a cabo usuarios de la Residencia “Cardenal Marcelo” de la ciudad de Valladolid. Un rasgo común es que todos los participantes superan los 65 años de edad, son usuarios del centro residencial y ninguno tiene pareja.



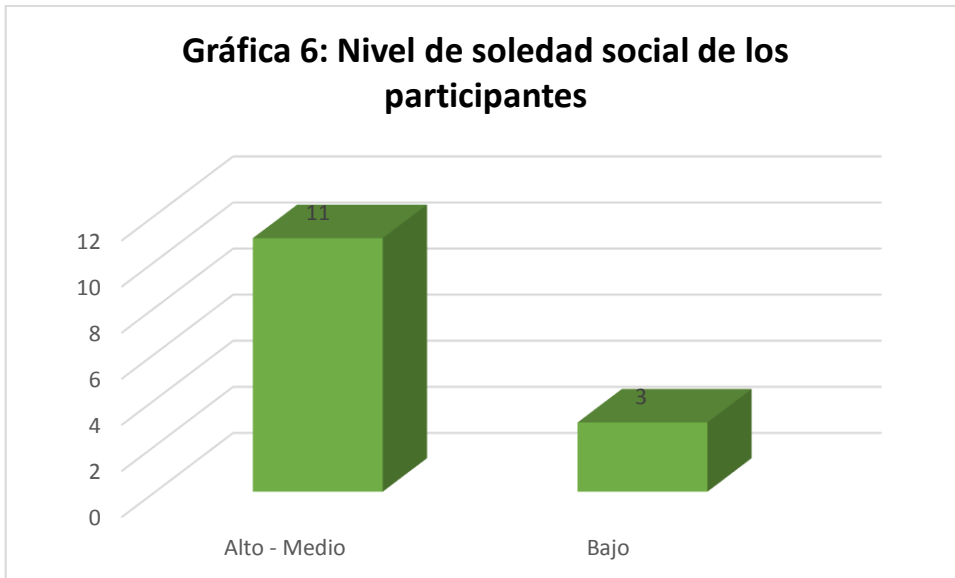
En el estudio han participado 6 mujeres y 8 hombres con edades comprendidas entre 71 y 93 años, cuya media de edad es de 84, 57 años, con la siguiente distribución del 43 % perteneciente a las mujeres y el 57 % a los hombres.



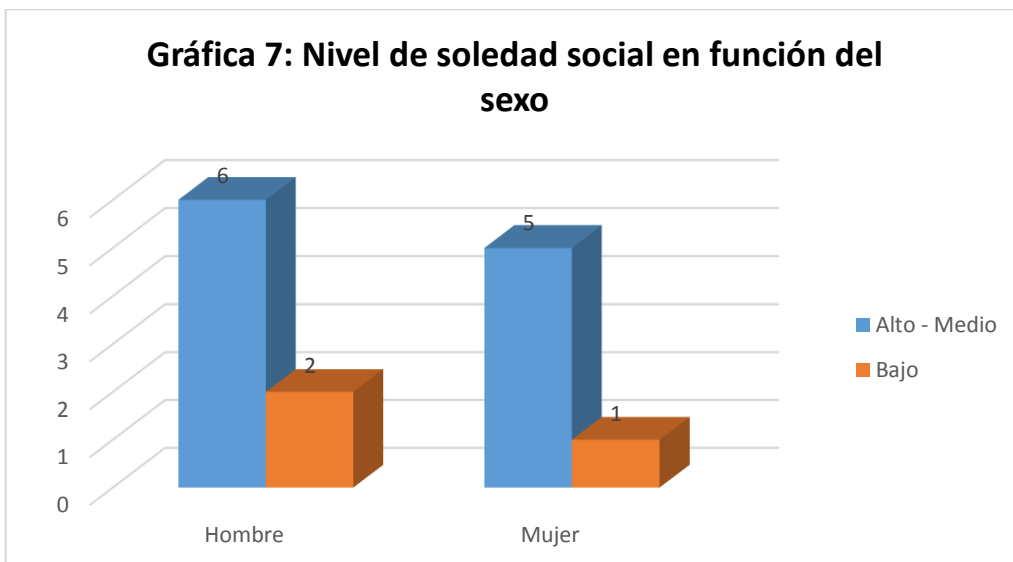
El estudio oscila entre las edades de 71 a 93 años. La edades que más presentes han estado en el estudio han sido las de 82 y 93 años, por dos participantes en cada una. Con los datos obtenidos la media de edad de los participantes es de **84 años**.



La mayoría de los hombres se sitúan en una edad superior a 85 años, mientras que las mujeres participantes se encuentran en un rango entre los 81 y 85 años.

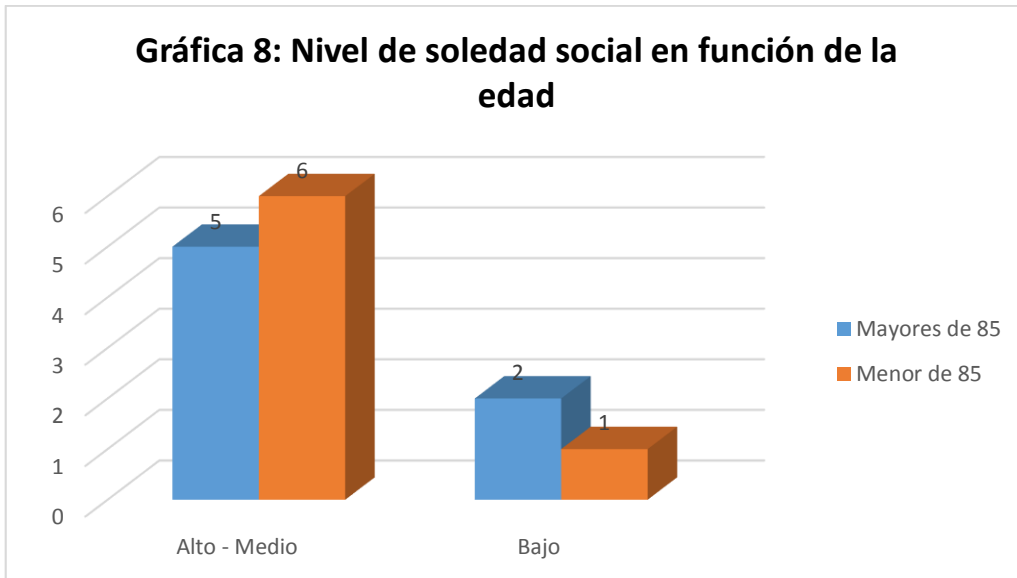


Los datos muestran que la mayoría de los encuestados presentan un nivel alto - medio de soledad social (11 participantes), tan solo 3 de los participantes presentan un nivel de soledad bajo.

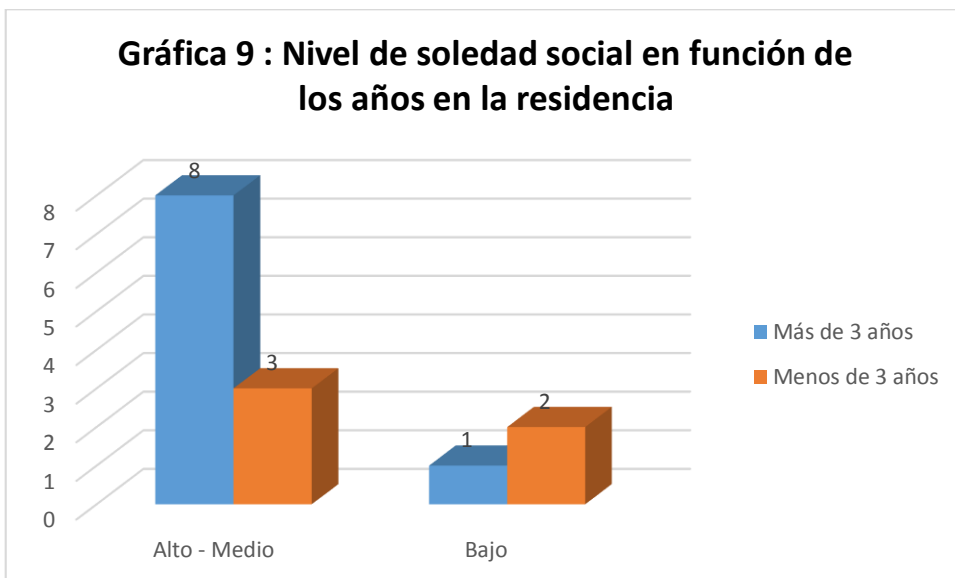


El **nivel de soledad social es muy igualitario en ambos sexos**, ya que alcanzan un nivel de soledad social alto- medio mayoritariamente.

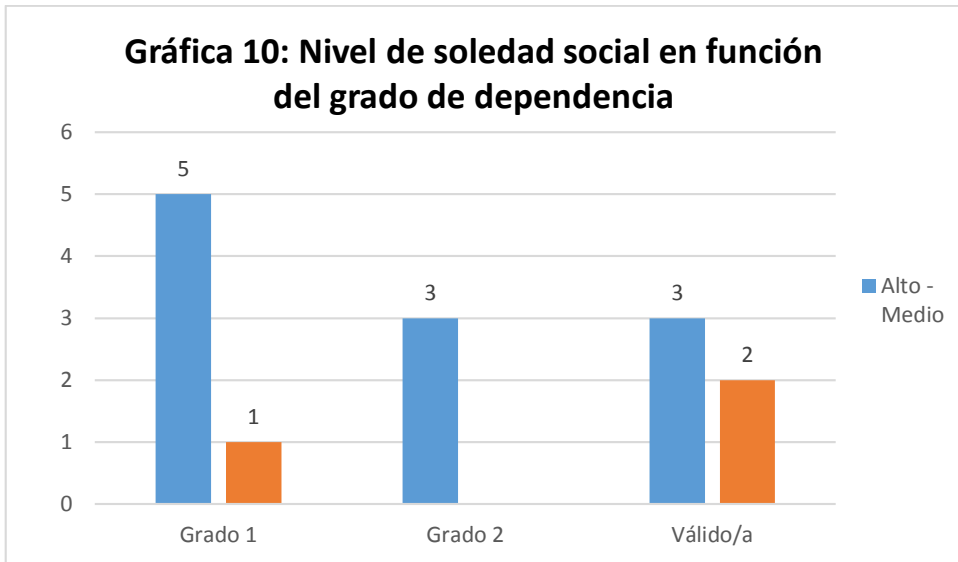




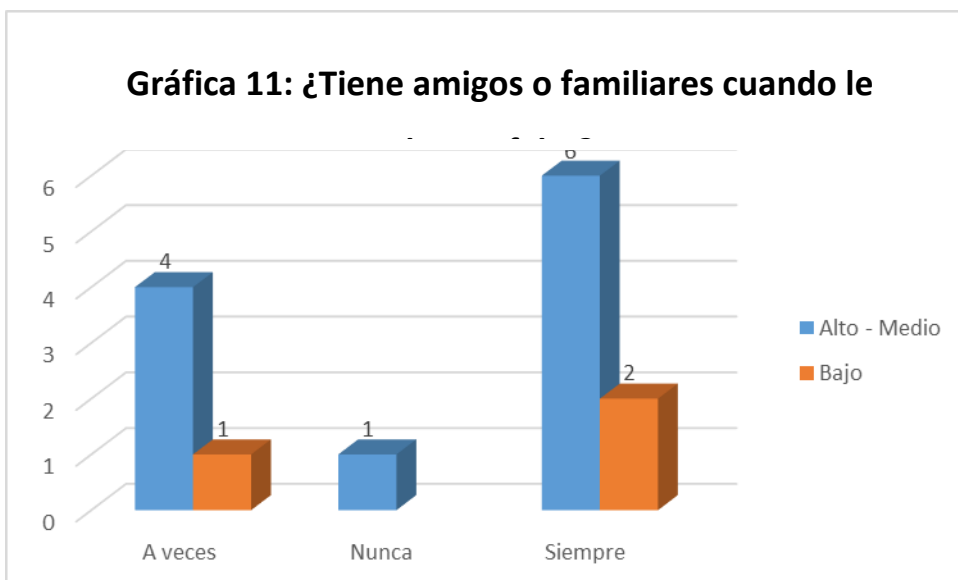
No parece que haya diferencias significativas en el nivel de soledad social de los participantes, en función de la edad.



Se puede afirmar que a más años en la residencia el nivel de soledad social aumenta.



El grado de dependencia no parece relevante en la percepción de soledad de las personas mayores.



Las personas mayores y menores de 85 años, en su mayoría reflejan que siempre tienen a familiares o a amigos que les puedan ayudar en un momento determinado, pero aun así el sentimiento de soledad alcanza el nivel alto- medio.

### **3. Conclusiones generales del estudio**

Aunque la muestra no es representativa, y por lo tanto, no se pueden extraer conclusiones relevantes, no parece que el nivel de soledad social esté ligado al grado de dependencia, edad, sexo, necesidad de amigos y/o familiares en un momento determinado únicamente, si no que como se expone a lo largo del TFG, **influyen muchos factores** interrelacionados entre sí, sin embargo se pone de manifiesto que la mayoría de ellos tiene una percepción de soledad elevada, confirmando así que el **sentimiento de soledad** tiene un **fuerte componente subjetivo** que hay que atender. El modelo de atención AICP puede incidir en esa percepción de la soledad individualizada de cada persona, trabajando aspectos presentes en cada una de las dimensiones que conforman la CDV, intentando mejorarlas.

## **CAPÍTULO IV. PAPEL DEL TRABAJO SOCIAL**

### **1. Estrategias y aportaciones desde el Trabajo Social**

A largo del TFG hemos evidenciado que la soledad de las personas en los centros residenciales tiene que ver, sobre todo, con **la percepción** que cada uno tiene de la misma, siendo un factor importante en esta percepción, las relaciones familiares o de amistad que se mantienen; el modelo de atención AICP favorece la implicación e integración de la familia, ayudando al desarrollo de la dimensión de relaciones sociales y por tanto, incidiendo en la disminución de percepción de esa soledad.

El **objetivo primordial del modelo AICP**, es mejorar la calidad de vida de la persona mayor, respetando en todo momento su dignidad y su autodeterminación, partiendo siempre desde las habilidades y capacidades de la persona, intentando mantenerlas o incluso mejorarlas. Es una dinámica participativa, donde el profesional trata de empoderar a la persona mayor, para dotarla de capacidades con el fin de que sea ella misma (la persona mayor) quien siga teniendo las riendas de su propia vida, sin que la edad sea un impedimento.

Algunas recomendaciones atendiendo al nuevo modelo de atención AICP, pueden ser las siguientes:

- **Respecto a las familias:** Desde el primer momento del comienzo de la relación profesional, el profesional de Trabajo Social debe implicar a la familia, favoreciendo una comunicación bidireccional que posibilite que la persona mayor reciba la mejor atención posible. Favorecerá establecer reuniones periódicas, al menos una vez al mes, para comentar la evolución de la persona residente en todos los aspectos, afectivos, emocionales, físicos, adaptación, etc... ajustando las funciones de cada parte en el proceso

- **Respecto a los profesionales:** Hay que destacar que con la implantación del nuevo modelo de atención AICP, personal auxiliar toma gran importancia, ya que debido al alto tiempo de contacto que tienen con los residentes, manejan una gran información sobre las distintas dimensiones que afectan a la persona
- **Respecto a la organización:** La propuesta de actividades, y en general la vida del centro, debe ser adaptada a los intereses y preferencias de las personas residentes, de manera que esto genere un clima de convivencia óptimo. Las actividades deben ir dirigidas a mantener y promover la autonomía personal de cada uno. Se deben crear infraestructuras que dejen a un lado el concepto de “residencia de personas mayores” y dotar espacios con sentido para las personas que habitan en él.

Según Goitkoexea (2013, p.427) “El objetivo del buen trato a las personas mayores es posibilitar una vida realizada”. Los profesionales del Trabajo Social deben considerar a la persona mayor como parte activa del proceso de intervención, proporcionando protagonismo al usuario y así mejorar la calidad en la atención.

El ingreso de una persona en un centro residencial es un momento vital para establecer la relación terapéutica e iniciar una relación de confianza, por lo que es una etapa a cuidar para que ponga las bases de nuestra intervención, de manera que facilite la adaptación a la nueva situación, tanto de la persona mayor como de la familia. Por parte de la organización hay una clara predisposición de adaptación al usuario.

Cantero et al (2010) proponen **protocolos de preingreso, ingreso y adaptación**, que son fundamentales para una intervención de calidad. Se trata de sistematizar experiencias para que se lleguen a alcanzar resultados óptimos y mejorar la calidad de vida de las personas, facilitando y suavizando el cambio que va a producirse en sus vidas.

Tanto en el **Protocolo de Preingreso** (*Anexo 1*) como en el **Protocolo de Ingreso** (*Anexo 2*) se refleja que el responsable es la dirección del centro pudiendo delegar en profesionales de la intervención psicosocial. Se trata de favorecer el ingreso tomando contacto por parte de la residencia con el futuro usuario intercambiando información y a proporcionar un acogimiento lo más beneficioso a la persona, respectivamente.

En el **Protocolo de Adaptación** (*Anexo 3*) los responsables son los integrantes del equipo multiprofesional, se trata de ajustar la nueva vida de la persona en el centro residencial mediante un plan de acción individualizado, desarrollando a la vez una atención continuada.

Por último, en el **Protocolo de Atención Familiar Continuada** (*Anexo 4*) se refleja el papel del trabajador social, quien es el responsable del mismo. Se encarga:

- En el preingreso: del contacto inicial y de la entrevista correspondiente.
- En el ingreso y la adaptación es quien recibe, acoge y realiza una visita por el centro tanto al usuario como a la familia, y quien presenta a los **profesionales de referencia**.
- En la estancia de la persona en el centro residencial, los profesionales junto a la persona mayor realizan un **PIA**, donde la atención continuada es fundamental.

El profesional del Trabajo Social dentro del centro residencial, por tanto, contribuye al desarrollo y aplicación del modelo AICP con el objetivo, entre otros, de disminuir o eliminar si es posible esa percepción de soledad, interviniendo en diferentes áreas.

Dirige su actuación hacia la persona mayor realizando un **seguimiento continuo** para ver su evolución, realizando programas y actividades que den ocupación al tiempo libre de las personas mayores ayudándoles en su proceso de superación de la soledad, introduciendo aspectos que mejoren su bienestar, la percepción de control de su vida, la adaptación a la dinámica mutua entre el centro y sus rutinas y costumbres,

favoreciendo el desarrollo y/o mantenimiento de sus redes de apoyo así como el mantenimiento de su salud y autonomía.

El **trabajo en red** es una herramienta básica a utilizar para un trabajo de calidad, abordando las situaciones desde distintos puntos de vista y enfoques, a través de reuniones periódicas, no solo con el equipo de trabajo para programar la intervención y así atender las demandas tanto de la persona mayor como de la familia, sino también con organizaciones externas y comunitarias que posibiliten la integración con el entorno, de la persona y del propio centro.

Conocer el contexto del que proceden y en el que se desenvuelven las personas favorece la atención de los factores de riesgo de soledad en personas mayores, posibilitando que las intervenciones sean de calidad, conociendo todas las esferas de las cuales la persona forma parte.

Por tanto, como profesional movilizador de recursos, tanto personales como externos a la persona, la actuación en Trabajo Social promoverá intervenciones en el entorno, con la familia, con la institución y con la persona, favoreciendo, entre otras, las siguientes actuaciones:

- Animar a la participación de la vida cultural de la zona.
- Desarrollo de actividades sociales programadas
- Empleo de recursos y redes de apoyo formal e informal.
- Favorecer la participación en la vida económica y social de la residencia y/o del barrio.
- Actividades individualizadas y adaptadas relacionadas con la profesión o actividad que realizaba cada persona (si era costurera, un taller de costura, si era pintor, un taller de pintura...)

- Realización de actividades con la familia de modo que favorezcan la relación con el familiar ingresado y la participación en la vida del centro.
- Colaborar con el resto de profesionales del equipo del cual forma parte, proporcionando así una atención integral.
- Máxima coordinación con las instituciones, centros y servicios existentes en la comunidad.

Por último, orientar a las personas con las que trabajamos y fomentar el envejecimiento activo es un papel fundamental del profesional de trabajo social, posibilitando que la persona mayor pueda envejecer siendo la protagonista de su propia vida, promoviendo el desarrollo personal y la ocupación del tiempo libre. Este desarrollo personal se contempla en la vida de una persona a lo largo de todo el ciclo vital de la misma por lo que se hace necesario preparar para un envejecimiento activo, mantenerlo y promoverlo en la tercera edad al igual que en las otras etapas de la vida.



## **CAPÍTULO V. CONCLUSIONES**

Tras haber realizado este trabajo, por una parte, se puede afirmar que los Centros Residenciales de personas mayores son un servicio totalmente necesario para poder garantizar una atención continuada, integral y de calidad a las personas mayores que por distintas causas no pueden permanecer en su entorno habitual y a sus familias, y por otro, que el modelo AICP puede mejorar la atención que se les presta en dichos centros, proporcionando una atención lo más cercana posible e intentando que la imagen que ofrece el centro sea un hogar donde las personas sigan desarrollando su proyecto vital siendo los protagonistas de su propia vida.

Los objetivos del trabajo han consistido en realizar un estudio teórico respecto a la soledad en las personas mayores, el impacto en la calidad de vida y cómo se puede reducir mediante el nuevo modelo de atención AICP, realizando un pequeño estudio empírico en concreto en la residencia de personas mayores “Cardenal Marcelo”. Dicho trabajo confirma que las personas mayores se sienten solas aunque estén rodeadas de gente, y además, es una percepción muy subjetiva.

Los profesionales del Trabajo Social deben abordar el problema de la soledad en las personas mayores como un aspecto importante que puede afectar a otras áreas de la vida de una persona. En la etapa de la vejez se producen, numerosos cambios vitales los cuales pueden incrementar este sentimiento de soledad.

Los cambios sociales que se producen en la tercera edad, como son los cambios en los roles tanto a nivel individual como en la sociedad, condicionan muchas veces el desarrollo óptimo de la persona mayor, dándose en ocasiones situaciones de dificultad.

La detección de esta problemática de una manera precoz favorece la rápida intervención para dar respuesta a la situación planteada evitando consecuencias negativas a las personas que lo sufren.

El sentimiento de soledad, y en general las relaciones sociales escasas, inciden en la salud de las personas, provocando de esta manera una reacción negativa, que favorece el aislamiento, en detrimento del bienestar de las personas.

Hoy en día las personas mayores en su gran mayoría experimentan sentimientos de soledad, bien sea porque carecen de familiares o amigos, por factores sociales, o simplemente, porque sea una percepción que tienen, siendo difícil su detección, bien porque presentan incapacidad para expresarlo o porque los profesionales y personas de alrededor no sabemos detectarla. El nuevo modelo de atención AICP requiere de intervenciones totalmente personalizadas e individualizadas, muy relacionadas con la cotidianidad, acompañando a la persona mayor en el proyecto vital e intentando aumentar y/o mantener su calidad de vida, favoreciendo la disminución de esa percepción de soledad.

La aplicación de este modelo otorga mayor presencia a la persona mayor y a su familia, mayor autonomía, mayor capacidad de elección, mejor coordinación de servicios, y por tanto, mayor incremento en su calidad de vida. Es un modelo respetuoso con las personas mayores en centros residenciales, favoreciendo un envejecimiento activo que posibilite continuar con los planes de vida, aunque se esté en un centro residencial, satisfaciendo sus necesidades vitales, respetando su plena dignidad, sus intereses y preferencias, contando con su participación real y disminuyendo esa “percepción de soledad” que impregna la vejez.

## **CAPÍTULO VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Alberdi, I. (1999). *La nueva familia española*. Madrid: Taurus.
- Arias, W. (2015). Carl R. Rogers y la Terapia Centrada en el Cliente. *Av. Psicol*, 23 (2), 141-148.
- Bermejo, J. C. (2005). La soledad en los mayores. *ARS MEDICA, Revista de Estudios Médico Humanísticos*, 8, (8), 139-158. Recuperado de [https://josecarlosbermejo.es/sites/default/files/ars\\_medica\\_-\\_la\\_soledad\\_de\\_los\\_mayores.pdf](https://josecarlosbermejo.es/sites/default/files/ars_medica_-_la_soledad_de_los_mayores.pdf)
- Bezanilla, J. M., & Miranda, M. A. (2013-2014) La familia como grupo social: una re-conceptualización. *Alternativas en Psicología. Revista semestral*, 29, 58-73.
- Cantero, C., Cadiñanos, V., Carrillo, L., Arretxe, J., León, N., Olalkiaga, F., . . . López, I. (2010). *Protocolos de actuación. Residencias de Personas Mayores. Servicio Foral Residencial*. Diputación Foral de Navarra, Bilbao.
- Cardona, J., Villamil, MM., Henao, E., & Quintero, A., (2013). El sentimiento de soledad en adultos. *Medicina. UPB*, 32, (1), 9-19.
- Carrasco, J. P. B., & Jiménez, F. C. (2011). Familia: objeto y sujeto de estudio histórico. *Norba. Revista de historia*, 24, 11-12.

- Caviedes, EA. (2015). Relación entre el sentimiento de soledad y el bienestar psicológico en adultos mayores del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield. *Revista Científica Alas Peruanas*, 3(1), 1-12.
- Decreto 2/2016, de 4 de Febrero 2016, *de autorización y funcionamiento de los centros de carácter social para la atención a las personas mayores en Castilla y León*. Boletín Oficial de Castilla y León, 24, de 5 de Febrero de 2016.
- Díaz- Veiga, P. (2014). El papel de la familia en el proceso de atención según el modelo ACP. En P. Rodríguez y A. Vilá. (Coord), *Modelo de Atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y discapacidad*. (294-302). Madrid: Tecnos.
- Díez y Morenos (2015). *La soledad en España*. Madrid: Fundación ONCE y Fundación AXA. Recuperado de [http://www.fundaciononce.es/sites/default/files/soledad\\_en\\_espana.pdf](http://www.fundaciononce.es/sites/default/files/soledad_en_espana.pdf)
- Domínguez, C (2011). Buen trato. Con mis vecinos. En M<sup>o</sup> P. Gómez y P. Díaz. (Coord), *Guía Práctica del buen trato a personas mayores*. (79-87). Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.
- Espinosa, JM., Muñoz, F & Portillo, J. (2005). Clasificando a las personas mayores, Una visión dinámica. *Medicina de Familia (And)*. 6 (3) Pp.167-168
- Expósito, F., & Moya, M. (1999). Soledad y apoyo social. *Revista de Psicología social*, 14, (2-3), 297-316.

- Filardo, C. (2011). Trabajo Social para la Tercera Edad. *Documentos de Trabajo Social*, (49), 204-219.
  
- Giró, J. (2006). El envejecimiento activo en la sociedad española. En J. Giró (Coord.), *Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo* (pp.15-36). Universidad de La Rioja: Servicio de Publicaciones.
  
- Goikoetxea, M. (2013). Ética y buen trato a personas mayores. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, (41), 424-448.
  
- Goikoetxea, M. (2014). La ética como referente de la atención integral y centrada en la persona. En P. Rodríguez y A. Vilá. (Coord), *Modelo de Atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y discapacidad*. (59-83). Madrid: Tecnos.
  
- Goikoetxea, M., Zurbanobeaskoetxea, L., Mosquera, Á., & Pablos, B. (2015). Código Ético para la atención sociosanitaria a las personas mayores. *Cuadernos Deusto de Derechos Humanos*, 78
  
- Grau, J. (2016). *Nuevas formas de familia: Ámbitos emergentes*. Barcelona: Bellaterra.
  
- Imsero, I. (2016). *Imsero. Instituto de Mayores y Servicios Sociales : Centros Residenciales*. *Imsero.es*. Recuperado de [http://imsero.es/imsero\\_01/centros/centros\\_personas\\_mayores/centros\\_residenciales/index.htm](http://imsero.es/imsero_01/centros/centros_personas_mayores/centros_residenciales/index.htm)

- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2014). Las Personas Mayores en España Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Observatorio de Personas Mayores. Madrid. Recuperado de: [http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/22029\\_info2014pm.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/22029_info2014pm.pdf)
- Marín, JM. (2003). Envejecimiento. *Salud pública y educación para la salud*. 3 (1), 28-33.
- Martínez, T. (2014). La atención personalizada en los servicios gerontológicos. En P. Rodríguez y A. Vilá. (Coord), *Modelo de Atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y discapacidad*. (280-293). Madrid: Tecnos.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales (2000). *Las Personas Mayores y las Residencias. Un modelo prospectivo para evaluar las Residencias*.1. Gobierno de España. Recuperado de <http://www.zaintzea.org/documentacion/Las%20Personas%20Mayores%20y%20las%20Residencias.pdf>
- Montero, M., y Sánchez, JJ. (2001). La Soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual. *Salud Mental*. 24 (1), 19-27
- ONU (2002). *Envejecimiento activo: un marco político*. Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento. Madrid. 74-105.
- Pérez, G., Montoya, JM, Requejo, A., Sarrate, MA., Pérez, M<sup>a</sup>V., Monreal, M<sup>a</sup>C (2004). *Calidad de vida en personas mayores*. Madrid: Dykinson.

- Pía, M. (1992). Las residencias de ancianos y su significado sociológico. *Papers*, 40, 121-135.
- Pinel, M., Rubio, L., Rubio, R. (2009). Un instrumento de medición de soledad social: Escala Este II. Ed. Universidad de Granada, Granada.
- Rodríguez, M. (2000). La soledad de las personas mayores. Universidad Pontificia de Salamanca, 21, 57-68.
- Rodríguez, P. (2014). La atención integral y centrada en la persona (AICP). Bases y principales referentes. En P. Rodríguez y A. Vilá. (Coord), *Modelo de Atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y discapacidad*. (91-112). Madrid: Tecnos.
- Rodríguez, P. (2014). Conceptualización del modelo de atención integral y centrada en la persona (AICP). En P. Rodríguez y A. Vilá. (Coord), *Modelo de Atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y discapacidad*. (113-121). Madrid: Tecnos.
- Salazar, JG., Torres, TM., Pando, M., Aranda, & C., Zúñiga, E. (2011). Dimensiones conceptuales sobre calidad de vida en estudiantes de psicología, México. *Revista iberoamericana de psicología: Ciencia y Tecnología*, 4 (1), 47-58.

- Sancho, M y Yanguas, J. (2014). Evidencias sobre el bienestar cuando se realizan actividades plenas de sentido para las personas. La influencia de los entornos significativos. En P. Rodríguez y A. Vilá. (Coord), *Modelo de Atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y discapacidad*. (303-315). Madrid: Tecnos.
- Schalock, R y Verdugo, M.A. (2003). *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial.
- Schalock, R. & Verdugo, M.A. (2009). Revisión actualizada del concepto de calidad de vida. *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad: instrumentos y estrategias de evaluación* (pp. 29-42). Amarú.
- Torres, A., Beltrán, FJ., Saldívar, A., Lin, D., Barrientos, M<sup>o</sup>., & Monje, D. (2012). La soledad ¿Un mal de nuestro tiempo? *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 3 (1), 1-25. Recuperado de [http://cienciasdelasaluduv.com/site/images/stories/3\\_1/3\\_1Soledad.pdf](http://cienciasdelasaluduv.com/site/images/stories/3_1/3_1Soledad.pdf)
- Urzúa, A. & Caqueo- Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30 (1), 61-71
- Valdivia, C. (2008). La familia: concepto, cambios y nuevos modelos. *Revista La Revue du REDIF*, 1, 15-22.
- Veras, E. (2010). Historia de vida: ¿Un método para las ciencias sociales? *Cinta moebio*, 39, 142-152.

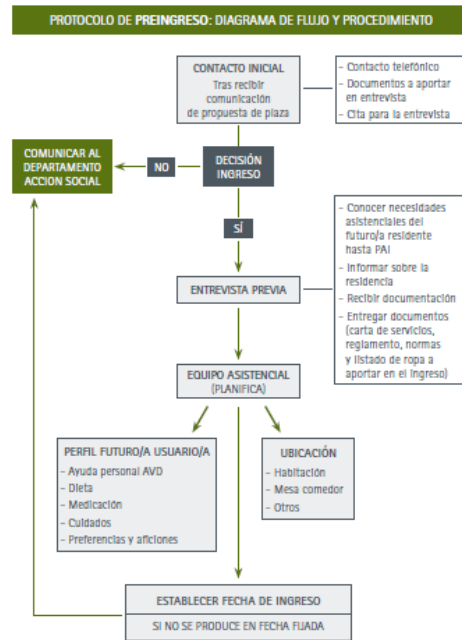


- Verdugo, M.A. (2014). EL modelo de calidad de vida en personas con discapacidad y personas mayores. En P. Rodríguez y A. Vilá. (Coord), *Modelo de Atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y discapacidad*. (84-90). Madrid: Tecnos.
- Vilá, A & Mancebo (2014). El nuevo paradigma legislativo y su relación con el modelo AICP. En P. Rodríguez y A. Vilá. (Coord), *Modelo de Atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y discapacidad*. (122-134). Madrid: Tecnos.

## CAPÍTULO VII. ANEXOS

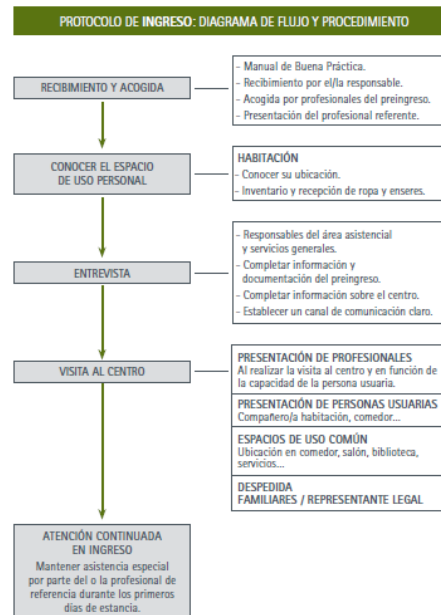
### Anexo 1. Protocolo de preingreso

DOCUMENTO:	PROTOCOLOS ASISTENCIALES
PROCESO:	ATENCIÓN INICIAL
SUBPROCESO:	PREINGRESO
<b>DENOMINACIÓN: PROTOCOLO DE PREINGRESO</b>	
DEFINICIÓN	Conjunto de actuaciones que se realizan desde la residencia, mediante el contacto directo con la persona propuesta y/o representante, para favorecer el ingreso en condiciones óptimas.
OBJETIVOS	Propiciar el conocimiento mutuo y el Intercambio de documentación. Ofrecer un canal de comunicación claro entre la residencia y la persona usuaria, su familia, referente o representante legal. Informar sobre las características y funcionamiento de la residencia. Facilitar la toma de decisión por parte de la persona usuaria o su representante legal. Minimizar los efectos adversos del cambio de domicilio y entorno relacional.
ALCANCE	El protocolo está dirigido a la persona propuesta, su representante legal y familiares y/o referente, así como a las y los profesionales que intervienen en alguna de las actuaciones que se llevan a cabo durante la fase de preingreso.
RESPONSABLE	La responsabilidad del protocolo recae en la dirección de la residencia o persona en quien se delegue (la designación debe estar debidamente registrada), preferentemente del área de Intervención psicosocial. Las actuaciones pertinentes en cada fase del proceso corresponden a las y los profesionales de las categorías implicadas en la ejecución de las mismas.



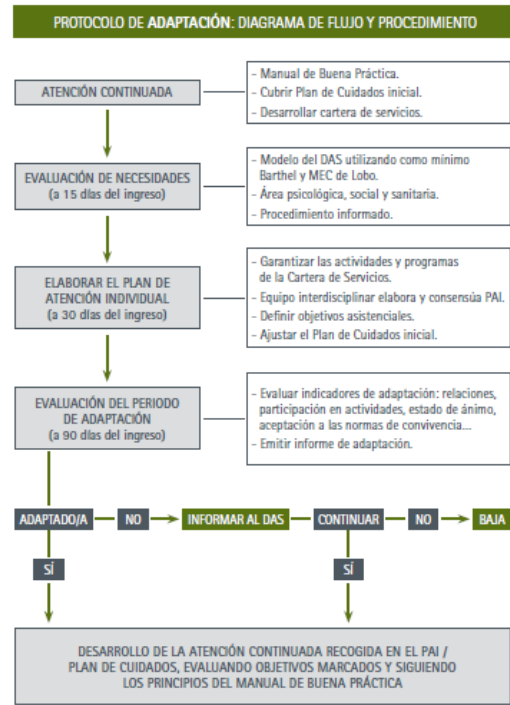
### Anexo 2. Protocolo de ingreso

DOCUMENTO:	PROTOCOLOS ASISTENCIALES
PROCESO:	ATENCIÓN INICIAL
SUBPROCESO:	INGRESO
<b>DENOMINACIÓN: PROTOCOLO DE INGRESO</b>	
DEFINICIÓN	Conjunto de actuaciones encaminadas a recibir, acoger y presentar a la nueva persona usuaria, sus familiares y/o referente, o su representante legal, en la que va a ser su nueva vivienda. Se inicia con el recibimiento y se extiende a los primeros días de estancia en la residencia.
OBJETIVOS	Conocer a profesionales que le van a atender inicialmente y personas con las que más estrechamente va a convivir. Conocer los espacios de uso personal y los comunes de uso cotidiano. Minimizar los efectos adversos del cambio de domicilio previo a la residencia. Establecer los canales de comunicación, favorecer la expresión de sus sentimientos y tranquilizarle mediante la generación de confianza y seguridad.
ALCANCE	El protocolo está dirigido a la persona usuaria, su representante legal y familiares, así como a las y los profesionales que intervienen en alguna de las actuaciones que se llevan a cabo durante el ingreso.
RESPONSABLE	La responsabilidad del protocolo recae en la dirección de la residencia o persona en quien se delegue (la designación debe estar debidamente registrada), preferentemente del área de intervención psicosocial. Las actuaciones pertinentes en cada fase del proceso corresponden a las y los profesionales de las categorías implicadas en la ejecución de las mismas, con especial relevancia del o la profesional referente durante la fase de ingreso.



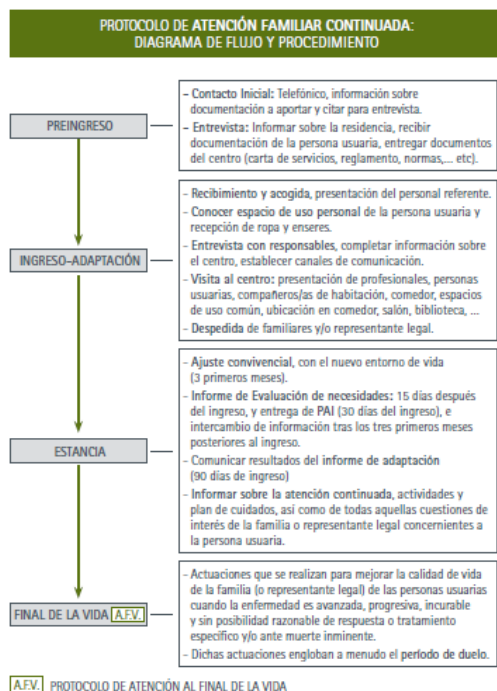
### Anexo 3. Protocolo de adaptación

DOCUMENTO:	PROTOCOLOS ASISTENCIALES
PROCESO:	ATENCIÓN INICIAL
SUBPROCESO:	ADAPTACIÓN
DENOMINACIÓN	<b>PROTOCOLO DE ADAPTACIÓN</b>
DEFINICIÓN	Conjunto de actuaciones encaminadas a completar un periodo de ajuste convivencial (nuevo proyecto vital) entre la persona usuaria y sus familiares con el nuevo entorno de vida (el centro con sus características y funcionamiento y las y los profesionales que les van a atender durante su estancia en el mismo). Se inicia tras el ingreso y se extiende a los tres primeros meses de estancia en la residencia.
OBJETIVOS	Realizar la evaluación de necesidades, informando de los resultados a la persona usuaria o su representante legal. Con los datos aportados por la evaluación de las necesidades, elaborar el Plan de Atención Individual (PAI), cubriendo las actividades y programas de la cartera de servicios y marcando los objetivos asistenciales. Asegurar la continuidad del Plan de Cuidados inicial ajustándolo para la fase de atención continuada. Evaluar la adaptación de la persona usuaria al centro al finalizar el plazo de los tres meses posteriores a su ingreso.
ALCANCE	El protocolo está dirigido a la persona usuaria o su representante legal y sus familiares, así como a las/os profesionales que intervienen en las actuaciones que se llevan a cabo durante la fase de adaptación en el centro.
RESPONSABLE	La responsabilidad del protocolo recae en el equipo multiprofesional de la residencia, representado por la persona responsable o coordinadora del mismo. Las actuaciones pertinentes en cada fase del proceso corresponden a las y los profesionales de las categorías implicadas en la ejecución de las mismas.



### Anexo 4. Protocolo de atención familiar continuada

DOCUMENTO:	PROTOCOLOS ASISTENCIALES
PROCESO:	ATENCIÓN INTEGRAL CONTINUADA
SUBPROCESO:	ASISTENCIA PSICOSOCIAL
DENOMINACIÓN	<b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN FAMILIAR CONTINUADA</b>
DEFINICIÓN	Conjunto de actuaciones que se realizan con la familia o representante legal (en su caso) y que abarcan desde la fase de preingreso y a lo largo de toda la estancia de la persona usuaria, encaminadas a mejorar su calidad de vida en el centro.
OBJETIVOS	Recoger y aportar información a la familia o representante legal de la persona usuaria. Facilitar la comunicación y la participación en los cuidados a la persona usuaria, tanto a la familia o representante legal como a las personas allegadas, en todos los aspectos de la residencia. Proporcionar asesoramiento o información, así como hacerles partícipes de los resultados. Apoyarles en la toma de decisiones y momentos difíciles. Favorecer actitudes de aceptación y expectativas adecuadas hacia la persona usuaria y hacia el centro.
ALCANCE	El alcance del protocolo es a la persona usuaria y a su familia o representante legal, personas allegadas así como a las y los profesionales que participan en la atención a la familia.
RESPONSABLE	La responsabilidad del protocolo es del o la trabajadora social o persona responsable en quien se delegue. Es imprescindible nominalizar en todos los casos la persona responsable o persona referente.



**Anexo 5: Presentación del estudio en el centro residencial**

**ESCALA ESTE II DE SOLEDAD. INVESTIGACIÓN EN LA RESIDENCIA  
“CARDENAL MARCELO” (DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE VALLADOLID).**

Mi nombre es Silvia Ballesteros, alumna del 4º Grado de la Universidad de Valladolid. Estoy realizando una investigación para mi Trabajo de Fin de Grado, con el propósito de conocer la percepción de soledad de los residentes de la Residencia “Cardenal Marcelo” (Valladolid).

Las respuestas son totalmente anónimas, estarán tratadas con un grado alto de confidencialidad y su uso estará únicamente destinado a la investigación que se está realizando.

Responda a las preguntas con total sinceridad.

Muchas gracias por su participación.

**Anexo 6: Escala Este II de Soledad Social.**

**SEXO:**    **Hombre**                      **Mujer**

**ESTADO CIVIL:**    **Soltero /a**                      **Casado/a**                      **Separado/a**                      **Viudo/a**

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