

Irene Martín Barbó

**LA SOLEDAD VIVIDA POR MUJERES MAYORES QUE VIVEN
SOLAS: DETECCIÓN DE NECESIDADES**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por la Sra. Glòria Carol Moyano

Grado en Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Coma-ruga, El Vendrell

2015

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
MARCO TEÓRICO	4
MAGNITUD DE LA SITUACIÓN ACTUAL	4
La emergencia de la soledad.....	4
LA SOLEDAD EN LA VEJEZ.....	5
Factores causales de la soledad	7
ABORDAJE DEL ENVEJECIMIENTO DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA.....	9
Tipología de pacientes ancianos	9
Programas de atención primaria.....	12
Papel de enfermería	18
OBJETIVOS	26
METODOLOGÍA	27
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	33
Categoría 1: Expresión del sentimiento de soledad.....	33
Categoría 2: La salud como motivo de preocupación y condicionante del sentimiento de soledad	35
Categoría 3: Fuentes de satisfacción derivadas de vivir solas.....	39
Categoría 4: Fuentes de insatisfacción derivadas de vivir solas	40
Categoría 5: Estrategias utilizadas para combatir la soledad.....	41
Categoría 6: Necesidades alteradas relacionadas con la soledad	43
Categoría 7: Escasa o nula utilización de los servicios sanitarios.....	46
CONCLUSIONES	48
BIBLIOGRAFIA	50
ANEXOS	55
ARTÍCULO	128

INTRODUCCIÓN

Hasta no hace mucho, las personas envejecían sabiendo perfectamente qué sucedería si dejaban de valerse por sí mismas, es decir, quién se encargaría de cuidarlas y dónde lo haría. Siempre había algún familiar en concreto dispuesto a encargarse y a cuyo domicilio debían trasladarse si enfermaban, para permanecer allí el resto de sus días.

El principal motivo de estas mudanzas acostumbraba a ser más bien la viudez que no el deterioro de la salud. La muerte del cónyuge, solía suceder a una edad mucho más temprana que la actual, hecho que conducía de inmediato a muchas personas hasta la vivienda de alguno de sus hijos o, preferentemente, de sus hijas, o bien de varios turnándose. Huyendo de la soledad, aunque empujadas también por la escasez de medios económicos, se establecía una convivencia plurigeneracional, si incluimos a los nietos y nietas, que perduraba hasta que el abuelo o abuela fallecía.

Pues bien, las antiguas pautas de convivencia y solidaridad con las personas mayores están en proceso de cambio. Aquella tranquilidad con la que de un modo u otro se envejecía se ha ido transformando dando paso a la inquietud de no saber con certeza quién se ocupará de prestarles cuidados el día en que los requieran. Este importante cambio social se ha visto influido de manera muy decisiva por la incorporación de la mujer en el mundo laboral, ya que esta era la principal encargada del cuidado familiar.¹

La opción de residir solo es una decisión en claro aumento entre el colectivo de las personas mayores españolas. Tras perder a la pareja, la permanencia en el propio hogar se presenta como una opción cada vez más preferida por las personas mayores. Esta preferencia de vivir solo, no es sino el reflejo del deseo que manifiestan de continuar viviendo en su casa, incluso cuando su estado de salud disminuya y pueda verse afectado por situaciones de dependencia que requieran el apoyo de otra persona.² Todo esto nos lleva a reflexionar sobre las consecuencias que puede tener en el bienestar integral de las personas mayores.

La motivación principal de este trabajo es profundizar en el conocimiento sobre la vivencia subjetiva de esta realidad social actual, realizando un análisis de la experiencia de tres mujeres mayores de 75 años que viven solas indagando en sus condiciones de vida, sus problemas, sus redes de apoyo, sus motivaciones, sus sentimientos y sus actividades diarias para reflexionar sobre la vulnerabilidad y las necesidades de estas, donde la enfermera tiene un papel principal, ya sea a la hora de detectar las necesidades como de poder articular los recursos para poderlas satisfacer.

Por este motivo, el objetivo principal que me planeo es explorar como influye la soledad en la vida diaria de tres mujeres mayores de 75 años que viven solas con el fin de poder detectar posibles necesidades alteradas.

MARCO TEÓRICO

1. MAGNITUD DE LA SITUACIÓN ACTUAL

El envejecimiento de la población es un fenómeno mundial y los grupos de personas de 65 y más años comienzan a ser un segmento importante en todos los países. En España, según el informe realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) sobre “Proyección de la población de España para el período 2014-2064, si se siguen manteniendo las tendencias demográficas actuales, el porcentaje de población de 65 años y más, que actualmente se sitúa en el 18,2% de la población, pasará a ser del 24,9% dentro de quince años (en 2029) y del 38,7% dentro de cincuenta años (en 2064).³

Este incremento del número de personas mayores va unido a la aparición de nuevas realidades, entre ellas está la soledad en la que viven muchas de ellas. Según la última encuesta continua de hogares del Instituto Nacional de Estadística (INE), en España hay 4.535.100 hogares unipersonales, es decir, formados por una única persona. De esta cifra, 1.853.700 (un 40,9%) corresponden a personas de 65 o más años que viven solas. Y, de ellas, un 72,2% están formados por mujeres (1.337.700 hogares).⁴

En 1998 el porcentaje de personas mayores que vivían solas era de 14,25% respecto al total de hogares unipersonales. En 2006, casi una década después, dicho porcentaje aumentó al 21,4%⁵ y actualmente se encuentra en un 40,9%. La información demográfica pone en relieve que en la sociedad actual la forma solitaria de residir se está expandiendo entre las personas mayores.

La tendencia a vivir sólo es diferente según sexo y edad. Así, es más elevada en los hombres hasta que llegan a 55 años, y mayor en las mujeres a partir de 65 años. Una de cada 4 mujeres entre 75 y 84 años vive sola.⁴

1.1 LA EMERGENCIA DE LA SOLEDAD

El aumento de la autonomía residencial es consecuencia de las mejoras en las condiciones de salud y de la independencia económica gracias al sistema

público de pensiones. Pero, esta situación puede traducirse también en una mayor vulnerabilidad frente a situaciones de fragilidad y necesidad de ayuda. Las personas que viven solas tienen un mayor riesgo de experimentar aislamiento social y deprivación económica. La mayor viudez entre las mujeres, debida a la mayor mortalidad masculina, es la causa de que sean ellas las que en mayor medida sufran la soledad, que hace que se encuentren solas cuando comienzan los problemas de dependencia y de necesidad de ayuda.¹

2. LA SOLEDAD EN LA VEJEZ

Uno de los indicadores que considera la OMS en la fragilidad de los ancianos es el de si el anciano vive solo. Teniendo en cuenta que debido a la sucesión de pérdidas que se producen en la vejez, es más probable experimentar la soledad en esta etapa de la vida, dicho criterio es de utilidad para determinar no sólo si el mayor puede valerse por sí mismo, sino también para determinar si el mayor puede percibir sentimiento de soledad.⁶

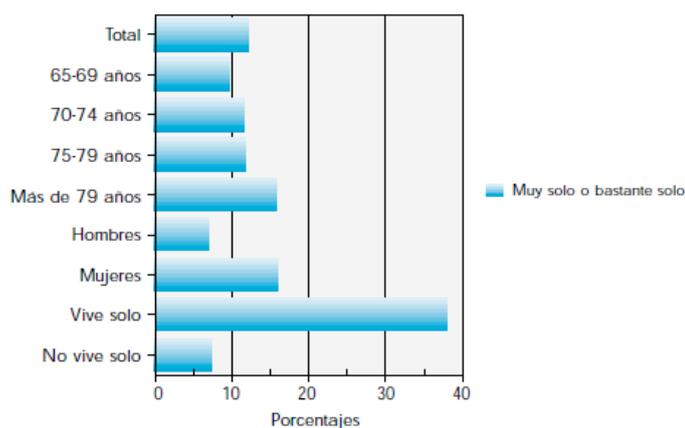
La soledad, en su faceta más negativa, constituye uno de los principales problemas que afectan cotidianamente a aquellos mayores que habitan en hogares unipersonales, siendo ésta interpretada como consustancial al tipo de vida que llevan a cabo.² Para comprender este hecho es preciso distinguir entre: soledad objetiva y soledad subjetiva.

- La soledad objetiva hace referencia a la falta de compañía, y no siempre implica una vivencia desagradable para el individuo, ya que puede ser una experiencia buscada y enriquecedora.
- La soledad subjetiva, por otra parte, la padecen las personas que se sienten solas. (*Grafico 1*) Se trata de “un sentimiento doloroso y temido” por un gran número de personas mayores y por ello, no es nunca una situación buscada, como puede ser la anterior, sino más bien impuesta por la situación personal de quien la sufre.⁷

No obstante, y pese a esta distinción, ambas están relacionadas, sobre todo en los casos en los que estas personas viven solas en sus domicilios.

En una encuesta realizada por IMSERSO, en el año 2006, detectó que el 59,2% de las personas mayores españolas que vivían solas habían experimentado ese sentimiento de soledad en las semanas anteriores a ser entrevistadas; mientras todos, por lo general, reconocieron haberla sentido dentro de sus hogares unipersonales.⁵

Gráfico 1: Personas mayores que se sienten solas, según la edad, el género y la situación personal.



Fuente: CIS-IMSERSO, La soledad de las Personas Mayores, estudio 2.279

El sentimiento de soledad se incrementa con la edad. El 27% de las personas de 65 a 69 años dice sentirse solas, porcentaje que asciende al 36% entre las mayores de 80 años.

El género y el estado civil influyen en los sentimientos de soledad en el mismo sentido que en la soledad objetiva, como se ve a la hora de manifestar que sienten algún grado de soledad: Las mujeres (39%) se sienten más solas que los hombres (21%). Las personas separadas (68%), las solteras y las viudas (39%) son más propensas a sentirse solas, que las casadas (17%).

De las personas que viven solas, un 38% se sienten abatidas por su soledad, mientras que entre las personas que residen con otras, este porcentaje es sólo de un 8%.⁸

2.1 FACTORES CAUSALES DE LA SOLEDAD

La soledad en los mayores es una realidad que viene favorecida por diferentes factores o causas. Laforest define tres crisis asociadas al envejecimiento: ⁷

- La crisis de identidad donde se viven un conjunto de pérdidas que pueden deteriorar la propia autoestima.
- La crisis de autonomía, dada por el deterioro del organismo y de las posibilidades de desenvolverse en las actividades de la vida diaria (AVD).
- La crisis de pertenencia, experimentada por la pérdida de roles y de grupos a los que la vida profesional y las capacidades físicas y de otra índole afectan en la vida social.

En la vejez, se viven algunas experiencias especialmente duras que suponen una ruptura con la vida anterior, son vivencias que pueden tener graves consecuencias emocionales.⁷

– El Síndrome del nido vacío

El primer acontecimiento importante al que se suelen enfrentar las personas mayores es el abandono del hogar por parte de los hijos para iniciar una vida independiente. Los padres esperan que éstos les presten la ayuda necesaria cuando sufran algún proceso de dependencia o enfermedad, y el incumplimiento de este deber puede deteriorar las relaciones paterno filiales y originar sentimientos de indefensión y soledad.

– La salida del mercado laboral

El otro suceso importante en la vida de las personas mayores es la salida del mercado laboral. Tras la jubilación, las personas disponen de tiempo libre que, muchas veces, no saben en qué ocupar. La pérdida de poder adquisitivo también restringe las posibilidades de disfrutar de estos momentos de ocio, así como el deterioro de las relaciones sociales, pudiendo aparecer aislamiento social.

– Unas relaciones familiares pobres

La escasez de relación con los hijos percibida por los ancianos, tanto en cantidad como sobre todo en intensidad y calidad de afecto, representa un importante motivo de frustración en esta etapa.

– La muerte del cónyuge

La viudedad suele ser el principal desencadenante del sentimiento de soledad en las edades avanzadas. El anciano se encuentra de pronto sin la compañía y la afectividad que tenía con su pareja, dando pie a problemas personales de adaptación a la viudedad de tipo no únicamente emocional, sino también material y relativos a la gestión del tiempo de las tareas propias del hogar y de la vida doméstica y social.

Ussel ⁹ opina que cuanto más unida esté la pareja, mayor será el impacto emocional de la muerte de uno de ellos sin que la presencia de otras personas alivie los sentimientos de soledad y tristeza. El modo como las personas viven el acompañamiento de la pareja al final de sus días es una variable importante para la elaboración posterior del duelo y de la soledad.

– Los prejuicios

En la sociedad actual existen una serie de prejuicios sobre la vejez, como son la de no tener vida productiva, no tener experiencias ni necesidades sexuales, ser inútil, trasnochado y dependiente. Sin embargo, la experiencia, la capacidad de relativizar las cosas, saber juzgar objetivamente, la sabiduría procedente de la experiencia, etc., podrían permitir a las personas mayores mantener un rol social importante.

3. ABORDAJE DEL ENVEJECIMIENTO DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

El principal objetivo de la atención a las personas mayores, es contribuir a preservar y mantener su nivel de independencia y autonomía, para favorecer un funcionamiento social suficiente que le permita continuar viviendo en su domicilio, si así lo desea, con la calidad de vida más alta posible (O.M.S. 2ª Asamblea mundial sobre el envejecimiento).

La atención primaria, como punto de entrada al sistema sanitario y por su capacidad de seguimiento de los pacientes a largo tiempo, constituye el nivel de asistencia ideal para la atención de los ancianos, en su conjunto, y para la detección de los que son **de riesgo o frágiles**.¹⁰

3.1 TIPOLOGIA DE PACIENTES ANCIANOS ¹¹

En la práctica clínica, se diferencian distintos perfiles de ancianos. Los términos empleados para definir estos perfiles suelen estar mal definidos, y con frecuencia son utilizados en el lenguaje diario de forma inapropiada; además en muchos casos su definición exacta varía según la fuente bibliográfica y el país de origen. A continuación se exponen las definiciones que de forma aproximada han adquirido un mayor nivel de consenso en nuestro entorno.

- Anciano sano: se trata de una persona de edad avanzada con ausencia de enfermedad objetivable. Su capacidad funcional está bien conservada y es independiente para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y no presenta problemática mental o social derivada de su estado de salud.
- Anciano enfermo: es aquel anciano sano con una enfermedad aguda. Se comportaría de forma parecida a un paciente enfermo adulto. Suelen ser personas que acuden a consulta o ingresan en los hospitales por un proceso único, no suelen presentar otras enfermedades importantes ni problemas mentales ni sociales.
- Anciano frágil: es aquel anciano que conserva su independencia de manera precaria y que se encuentra en situación de alto riesgo de volverse

dependiente. Se trata de una persona con una o varias enfermedades de base, que cuando están compensadas permiten al anciano mantener su independencia básica, gracias a un delicado equilibrio con su entorno socio-familiar. En estos casos, procesos intercurrentes (infección, caídas, cambios de medicación, hospitalización, etc.) pueden llevar a una situación de pérdida de independencia que obligue a la necesidad de recursos sanitarios y/o sociales.

En estos ancianos frágiles la capacidad funcional está aparentemente bien conservada para las actividades básicas de la vida diaria (autocuidado), aunque, pueden presentar dificultades en tareas instrumentales más complejas. El hecho principal que define al anciano frágil es que, siendo independiente, tiene alto riesgo de volverse dependiente (riesgo de discapacidad); en otras palabras, sería una situación de prediscapacidad.

- Paciente geriátrico: es aquel paciente de edad avanzada con una o varias enfermedades de base crónicas y evolucionadas, en el que ya existe discapacidad de forma evidente. Estos pacientes son dependientes para las actividades básicas de la vida diaria (autocuidado), precisan ayuda de otros y con frecuencia suelen presentar alteración mental y problemática social. En otras palabras, podría decirse que el llamado paciente geriátrico es el anciano en quien el equilibrio entre sus necesidades y la capacidad del entorno de cubrirlas se ha roto y el paciente se ha vuelto dependiente y con discapacidad.

Detección del anciano frágil: ¹²

Para detectar a la persona mayor frágil en mayores de 75 años se pueden utilizar los criterios de la OMS (modificados), estos son:

- Edad avanzada, mayor de 85 años
- Patología crónica invalidante (física o psíquica)
 - o Accidente cerebrovascular (AVC) con secuelas
 - o Infarto agudo de miocardio o insuficiencia cardiaca
 - o Enfermedad de Parkinson

- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Enfermedad osteoarticular incapacitante
- Depresión crónica
- **Vivir solo/a**
- Presencia de problemas sociales con incidencia en la salud
- Hospitalización en los últimos tres meses
- Viudedad reciente en el último año
- Presencia de síndromes geriátricos
 - Trastornos cognitivos
 - Trastornos afectivos
 - Incontinencia urinaria
 - Estreñimiento
 - Polifarmacia (más de 5 fármacos)
 - Úlceras por presión
 - Inmovilidad
 - Malnutrición
 - Caídas e insomnio
 - Alteraciones sensoriales: trastornos visuales/hipoacusia

Si se da el criterio de edad avanzada o la presencia de dos criterios diferentes a este en personas mayores de 75 años, es criterio suficiente para considerar la persona de alto riesgo.

La OMS considera todos estos factores de riesgo de dependencia, de institucionalización y de muerte. La detección del anciano frágil se realizará de forma universal utilizando criterios como los anteriores o cuestionarios específicos como el de Barber.

[Las tres participantes son consideradas ancianas frágiles de alto riesgo ya que las tres son mayores de 85 años, viven solas, disponen de escaso o nulo soporte social, presentan alteraciones en la movilidad y equilibrio y presentan alteraciones sensoriales, dolor osteomuscular y trastornos afectivos.]

3.2 PROGRAMAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

El abordaje del envejecimiento en atención primaria se puede hacer mediante distintos programas:

- **PAPPS (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud)**
 - **ATDOM (Programa de Atención Domiciliaria)**
 - **Programas de enfermedades crónicas**
 - **PCC (Programa de atención al Paciente Crónico Complejo)**
-
- **PAPPS (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud) ¹²**

Las actividades preventivas y de promoción de la salud para la gente mayor tienen como objetivo evitar la aparición de problemas, su detección y la derivación adecuada para su resolución.

Podemos diferenciar entre aquellas actividades que ya se llevan a cabo en el adulto (PAPPS) y que no tienen que dejarse de hacer por tener más edad y las más específicas para la edad, estas últimas, van dirigidas a evitar o retrasar la presencia de deterioro funcional y/o cognitivo, a disminuir la morbi/mortalidad y a mantener o mejorar la calidad de vida en esta etapa. Estas actividades se centran en el cribage y seguimiento de las síndromes geriátricas más prevalentes.

- Actividades preventivas y de promoción de la salud que se llevan a cabo en el adulto y en el anciano: ¹³

Administración de vacunas sistemáticas:

- Antitetánica y antidiftérica (Td)
- Antigripal
- Antipneumococcica

Cribages que se realizan:

- Obesidad
- Diabetes mellitus
- Hipertensión arterial
- Hipercolesterinemia
- Riesgo cardiovascular
- Osteoporosis
- Trastornos visuales
- Trastornos auditivos
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Cáncer de mama
- Cáncer de cuello de útero
- Cáncer colorectal
- Cáncer de próstata
- Consumo excesivo de alcohol
- Depresión
- Incontinencia urinaria
- Violencia de género
- Violencia contra la gente mayor

Consejos:

- Alimentación
 - Actividad física
 - Dejar de fumar
 - Prevención de las infecciones de transmisión sexual y de la infección causada por el virus de la inmunodeficiencia humana
 - Prevención de los accidentes en el hogar y el ocio.
 - Prevención de los accidentes de tránsito
 - Salud bucodental
 - Prevención de los trastornos cognitivos y de la conducta en las personas mayores.
 - Uso de los medicamentos
 - Prevención del consumo de drogas no institucionalizadas
 - Prevención del cáncer de piel.
 - Salud mental
 - Prevención de los efectos de las temperaturas extremas
- Actividades preventivas y de promoción de la salud más específicas de la gente mayor: ¹⁴

Estas actividades se centran en las patologías más prevalentes de los ancianos las cuales forman parte de los síndromes geriátricos y son:

- Las demencias
- Las alteraciones sensoriales (vista y oída)
- Las caídas
- La polimedicación
- La incontinencia urinaria
- La malnutrición.

Estos síndromes geriátricos son considerados como prioridad de intervención por la frecuencia y gravedad en que se presentan. Las actuaciones van dirigidas a la prevención, detección y seguimiento de estos síndromes en la población anciana, haciendo especial incidencia en los ancianos detectados como frágiles.

- **ATDOM (Programa de Atención Domiciliaria)¹⁵**

La atención domiciliaria es uno de los principales instrumentos de la atención primaria en la asistencia a los ancianos. Es el conjunto de actividades sociosanitarias y de ámbito comunitario, que se realizan en el domicilio de la persona con el fin de detectar, valorar y dar apoyo y seguimiento a los problemas de salud del individuo y la familia, para potenciar la autonomía y mejorar la calidad de vida de la persona. Garantiza la continuidad del proceso de atención puesto que coordina todos los ámbitos asistenciales, potencia la autonomía y mejora la calidad de vida

La atención domiciliaría se basa en el trabajo interdisciplinario de profesionales de medicina, enfermería y trabajo social. En el programa se definen objetivos, criterios de inclusión (no poder desplazarse en el centro para ser atendidas, por motivos de salud o de condición física o por su situación social o de el entorno), criterios de exclusión y actividades que se tienen que hacer para conseguir los objetivos específicos establecidos para cada paciente las cuales tienen que incluir actividades de prevención, promoción de la salud, asistenciales y rehabilitadoras.

- Identificación de la población diana

La detección de las personas susceptibles de ser atendidas en el Programa ATDOM se hace a partir de las fuentes de información sanitaria y social, cómo:

- La demanda espontánea de atención a domicilio.
 - Las altas hospitalarias o sociosanitarias de pacientes con enfermedades crónicas o con secuelas que determinan una pérdida de autonomía o con necesidad de continuidad de curas (Programa PREALT).
 - Información suministrada por familiares, vecinos, asociaciones y otros agentes de la comunidad (oficinas de farmacia).
 - **Detección de personas grandes que viven solas o con familia con capacidad limitada de apoyo.**
 - Los programas sociales de ayuda a domicilio.
- Clasificación de las personas usuarias del programa

Las personas usuarias incluidas en el Programa de atención a domicilio se clasifican en seis grupos diana:

- **Pacientes con patología crónica:** personas afectadas de procesos crónicos, neurológicos, respiratorios, reumatológicos u otros.
- **Persona usuaria de grupo de riesgo:** personas que por sus características físicas del entorno (**aislamiento social**, edad avanzada, déficit de autonomía, barreras arquitectónicas u otros) se incluyen dentro de programas de promoción y prevención de salud.
- Enfermos terminales: personas en fase terminal por neoplasias, sida o geriátricos.
- Deterioro cognitivo: personas con el estado cognitivo deteriorado de forma permanente.
- Paciente transitorio > 1 mes: personas que necesitan atención domiciliaria transitoria de más de un mes como consecuencia de traumatismos, cirugía, altas hospitalarias con un grado moderado de dependencia que necesitan curas, tratamientos o terapia de rehabilitación.

[Las tres participantes son candidatas a recibir atención domiciliaria ya que son consideradas como población diana (por ser ancianas frágiles) y se podrían incluir tanto en el grupo de pacientes con patología crónica como en el de persona usuaria de grupo de riesgo.]

- **PROGRAMAS DE ENFERMEDADES CRÓNICAS** ¹⁶

Existen diferentes guías de práctica clínica que abordan diferentes enfermedades crónicas consideradas como las más prevalentes como son:

- Diabetes mellitus (tipo 1 y 2)
- Hipertensión arterial (HTA)
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Insuficiencia cardíaca (IC)
- Colesterol y riesgo coronario (RCV)

...etc.

Estas guías son un conjunto de recomendaciones basadas en la evidencia que tienen el objetivo de ayudar a los profesionales y pacientes a tomar decisiones sobre la atención más apropiada y seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica. Estas guías contribuyen a reducir la variabilidad y a mejorar la práctica clínica ya que son la herramienta que usan los profesionales sanitarios en sus consultas.

- **PCC (Programa de atención al Paciente Crónico Complejo)** ^{17, 18}

La finalidad de este programa es aportar un nuevo modelo de atención social y sanitaria, capaz de dar respuesta al reto que representan la cronicidad y la dependencia, potenciando la promoción de la salud y la prevención de los factores de riesgo y de las enfermedades crónicas de más impacto, desplegando la atención desde las fases más incipientes hasta los estadios de más complejidad y/o dependencia.

Los pacientes incluidos en este programa se les conoce con el nombre de pacientes crónicos complejos (PCC) y las características diferenciales más prevalentes que se configuran en este grupo de pacientes son:

- Presencia de varias enfermedades crónicas de manera concurrente (perfil o situación de multimorbilidad).

- Presencia muy prevalente de determinadas enfermedades crónicas como la Insuficiencia Cardíaca (ICC), la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (MPOC) entre otras.
- Alta probabilidad de descompensación en la evolución natural de estas enfermedades crónicas.
- Alta utilización de servicios de hospitalización urgente con diferentes episodios de ingreso durante un mismo año y utilización de visitas a urgencias.
- Utilización de un elevado consumo de recursos y fármacos en su proceso evolutivo.
- Necesidad de activar y gestionar el acceso a diferentes dispositivos y recursos que requieren en su proceso de atención, especialmente en situación de agudización

También, dentro de este programa se diferencia otro perfil de personas que precisan de un modelo de atención a la cronicidad avanzada, los cuales se les conoce con las siglas de “MACA”. Estos comparten muchas características con los PCC pero la principal diferencia recae en que los profesionales de referencia les reconocen una afectación clínica de mayor gravedad siendo su pronóstico de vida probablemente inferior a 24 meses.

El objetivo general del programa es:

- Mejorar la calidad de atención de este grupo de pacientes, de las personas que los cuidan y de su familia, manteniéndolos el máximo tiempo posible en el entorno comunitario con la mejor calidad de vida posible.

Los objetivos específicos que pretende el programa son:

- Prevenir o retrasar la discapacidad y mantener o mejorar la capacidad funcional.
- Mejorar la calidad de vida del paciente.

- Disminuir el número de ingresos urgentes o no programados y las visitas a urgencias, así como asegurar estancias adecuadas cuando se produzca un internamiento.
- Garantizar una atención adecuada mediante un seguimiento proactivo y/o vigilancia para prevenir las descompensaciones, tanto en los centros, el domicilio y las residencias, y con «capacidad de respuesta» a las situaciones de crisis que pueda presentar.
- Potenciar la autocura y la autonomía del paciente y de su familia.
- Generar nuevos modelos organizativos y de buenas prácticas en esta área, de forma que permitan identificar pautas facilitadoras para la atención de PCC, e implicar las estructuras directivas de las instituciones, potenciar el liderazgo clínico de los profesionales de enfermería en el proceso de atención a estos pacientes y mejorar el grado de competencia de los profesionales en la gestión de estos pacientes.
- Diseñar rutas asistenciales y facilitar la interacción clínica y organizativa entre ámbitos asistenciales, incluyendo las «transiciones» por los varios dispositivos del sistema sanitario, como la planificación del alta cuando se produce internamente, para garantizar el continuum asistencial de estos pacientes después de un ingreso hospitalario y prevenir reingresos no deseados.
- Mejorar la coordinación con servicios sociales y otras entidades de la comunidad, especialmente cuando en el paciente concurra una situación de «gran dependencia» o «dependencia grave» y determinados perfiles de cronicidad.
- Introducir modelos de atención paliativa en personas con enfermedad crónica avanzada y pronóstico de vida limitada.

3.3 PAPEL DE ENFERMERÍA

El papel de enfermería en los distintos programas que se realizan en atención primaria se basa en la utilización del proceso de atención de enfermería (PAE) y en la valoración geriátrica integral si nos centramos en la población anciana.

- **PAE (Proceso de atención de enfermería)** ¹⁹

El proceso de atención de enfermería se considera como la base del ejercicio de nuestra profesión ya que es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que nos permite a los profesionales prestar los cuidados que demandan el paciente, la familia y la comunidad de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática.

La estructura correcta para la realización de un PAE es la siguiente:

1. Recogida de datos y valoración de las necesidades (Valoración de enfermería)
2. Análisis e identificación de los problemas (Diagnósticos; NANDA)
3. Criterios de resultados (Objetivos, NOC)
4. Intervenciones (Actividades, NIC)
5. Evaluación de los resultados.

La valoración de las necesidades es la parte más importante en la realización de los planes de cuidado, ya que en una buena valoración inicial, se detectarán los problemas de salud que se traducirán posteriormente en los diagnósticos enfermeros. En la práctica, la valoración de las necesidades se suele realizar tanto por necesidades de Virginia Henderson (*Anexo VII*) como por patrones de salud de Marjory Gordon.

El modelo por necesidades básicas humanas de Virginia Henderson, se basa en que la enfermería debe de servir de ayuda al individuo tanto enfermo como sano para la realización de las actividades que contribuyan a mantener el estado de salud, recuperarla en el caso de pérdida o conseguir una muerte apacible. Este modelo define la función propia de enfermería como:

“La función de la enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que él realizaría si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario para hacerlo y lo hace facilitando la independencia del individuo”

Una vez terminada la valoración de las necesidades del paciente se hace el análisis de los datos para identificar la existencia o no de diagnóstico de

enfermería o de problema de colaboración (NANDA) y a partir de aquí poder planificar las actividades (NIC) y hacer su posterior evaluación.

Para hacer una valoración objetiva de la situación hay que utilizar, siempre que sea posible, instrumentos estandarizados y validados que permitan reflejar y cuantificar las necesidades de los pacientes como por ejemplo pasándoles diferentes escalas las cuales valoran distintas esferas (funcional, mental y social) del anciano y que conforman una valoración geriátrica integral.¹⁵

- **Valoración geriátrica integral** ²⁰

Es un proceso diagnóstico dinámico y estructurado que permite detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades del anciano en las esferas clínica, funcional, mental y social para elaborar basada en ellos una estrategia interdisciplinar de intervención, tratamiento y seguimiento a largo plazo con el fin de optimizar los recursos y de lograr el mayor grado de independencia y, en definitiva, calidad de vida.

La valoración geriátrica integral tiene que incluir la valoración médica, la valoración de enfermería y la valoración social. También tiene que incluir la evaluación funcional e instrumental, la evaluación del estado mental y la valoración de la familia, el cuidador y el entorno (evaluación social).

Las actividades que se tendrán que hacer en la valoración médica son la anamnesis y la exploración física, la enfermera hará la valoración de las necesidades básicas y el trabajador social la valoración de los factores psicosociales que influyen en el estado de salud del paciente. El resto de actividades descritas (escalas, cribages, consejos preventivos...) pueden ser hechas por cualquier profesional del equipo de atención primaria (EAP).

- **Escalas de valoración geriátrica:**

Valoración de la esfera funcional ²¹

La valoración funcional es el proceso dirigido a recoger información sobre la capacidad del anciano para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra.

Las actividades de la vida diaria se clasifican en:

- Actividades básicas (ABVD)
- Instrumentales (AIVD)
- Avanzadas (AAVD).

En las ABVD incluimos aquellas tareas que la persona debe realizar diariamente para su autocuidado (aseo, vestido, alimentación...). Las AIVD hacen referencia a aquellas tareas en las que la persona interactúa con el medio para mantener su independencia (cocinar, comprar, uso del teléfono...) y las AAVD incluyen aquellas que permiten al individuo su colaboración en actividades sociales, actividades recreativas, trabajo, viajes y ejercicio físico intenso.

Las escalas más utilizadas para evaluar las actividades de la vida diaria son:

- Índice de Barthel (evalúa las ABVD)
- Índice de Katz (evalúa las ABVD)
- Escala de incapacidad física de la Cruz Roja (evalúa las ABVD)
- Índice de Lawton y Brody (evalúa las AIVD)

A la hora de detectar ancianos frágiles,²² las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) son las que más nos interesa valorar, ya que la alteración en actividades básicas de la vida diaria (ABVD) refleja mayores grados de dependencia. Estas AIVD requieren mayor grado de autonomía personal, y son necesarias para mantener la independencia en el hogar y además poder permanecer autónomamente en la comunidad (hacer compras, preparar la comida o realizar labores de casa, desplazarse fuera del hogar...etc.); se asocian a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones e interacciones más difíciles con el medio.

Por lo tanto, es evidente que el deterioro de estas tareas instrumentales suele preceder en el tiempo al deterioro de las actividades básicas. En este sentido, muchos autores han sugerido que las actividades instrumentales podrían ser utilizadas como indicadores de riesgo de discapacidad y, por lo tanto, serían marcadores de fragilidad.

Índice de Lawton y Brody (Anexo II) ²⁰

Esta escala valora la capacidad de realizar las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). La dependencia en las AIVD es un indicador de grave riesgo, especialmente para aquellas personas que viven solas.

Recoge información sobre ocho ítems: usar el teléfono, ir de compras, preparar la comida, realizar tareas del hogar, lavar la ropa, utilizar transportes, controlar la medicación y manejar el dinero

A cada función le da varias posibilidades de ser realizada: puntuando con 1 punto a la autonomía, o con 0 puntos a la dependencia.

La puntuación total de máxima autonomía es de 8 puntos para las mujeres y de 5 puntos para los hombres (se excluye la preparación de la comida, lavar la ropa y las tareas domésticas). Una puntuación de 0 equivaldría a la máxima dependencia.

Valoración de la esfera mental ²¹

El objetivo de la valoración del estado mental es evaluar el estado cognitivo y afectivo de la persona.

Valoración cognitiva

La importancia del deterioro cognitivo viene dada no sólo por su elevada prevalencia, sino por la tendencia a la asociación con trastornos conductuales, por la mayor utilización de recursos sociosanitarios, apareciendo durante su curso alguno de los principales síndromes geriátricos (inmovilidad, incontinencia, caídas, impactación fecal, úlceras por presión...), por su relación directa sobre las esferas funcional y social y por el peor pronóstico rehabilitador.

La evaluación cognitiva, permite detectar los cambios en el nivel cognitivo a lo largo del tiempo, lo cual influirá en las decisiones diagnósticas, terapéuticas y de ubicación futuras.

Para la valoración de la esfera cognitiva contamos con múltiples test, de los que destacamos, por su amplia difusión en nuestro medio, comodidad y sencillez de aplicación, los siguientes:

- Cuestionario de Pfeiffer
- Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE)
- Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC)
- Test del reloj
- Set-tests
- Test de los siete minutos.

Cuestionario de Pfeiffer (Anexo III)

Se trata de un test sencillo, breve y de aplicación rápida que explora orientación témporo-espacial, memoria reciente y remota, información sobre hechos recientes, capacidad de concentración y de cálculo.

Se puntúan los errores. En función de la puntuación obtenemos:

- De 0 a 2 errores: no deterioro.
- De 3 a 4 errores: deterioro leve de la capacidad intelectual
- De 5 a 7 errores: deterioro moderado
- De 8 a 10 errores: deterioro grave

Se acepta un error más en ancianos que no han recibido educación primaria y un error menos en aquellos que han realizado estudios superiores.

Valoración afectiva

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en los ancianos. Los síntomas depresivos y las alteraciones del estado de ánimo pueden encontrarse hasta en el 20% de los varones y el 40% de las mujeres. Tiene importantes repercusiones sobre la calidad de vida, la situación funcional y cognitiva. Prolonga las estancias hospitalarias y es fuente de numerosas consultas, ingresos y tratamientos.

La ansiedad es, junto con la depresión, uno de los principales síntomas afectivos en la tercera edad, y constituye un estado emocional de malestar y aprensión desproporcionada al estímulo que la desencadena. Tiene repercusiones sobre la calidad de vida, el rendimiento en funciones cognitivas, agrava los cuadros depresivos y molestias físicas.

Al igual que los síndromes depresivos, la ansiedad es difícil de detectar en el anciano, dado que se puede presentar mediante síntomas localizados en cualquier órgano o sistema, planteando un amplio abanico de diagnósticos diferenciales, como la cardiopatía isquémica, la insuficiencia cardiaca, el hipertiroidismo, etc.

Para valorar la esfera afectiva, contamos con:

- Escala de depresión geriátrica de Yesavage
- Inventario de depresión de Hamilton.
- Inventario de depresión de Beck
- Escala de Cornell de depresión en la demencia
- Escala de depresión y ansiedad de Goldberg.

Escala de depresión de Yesavage (Anexo IV)

La versión reducida, incluye 15 preguntas y es la escala recomendada por la British Geriatrics Society para evaluar la depresión en los ancianos. Evita los síntomas somáticos, focalizando la atención en la semiología depresiva y calidad de vida.

Sus aplicaciones son: como screening de depresión, como evaluación de la severidad del cuadro depresivo y como monitorización de la respuesta terapéutica.

Para la interpretación de esta escala, el punto de corte se sitúa en 5/6; una puntuación de 0 a 5 puntos indica normalidad; entre 6 y 9 puntos indica depresión probable, y una puntuación igual o superior a 9, depresión establecida.

Valoración social ²¹

Aunque la valoración social exhaustiva es función del trabajador social, la enfermera debe conocer y hacer constar en su historia todos aquellos datos que puedan ser de interés y tengan repercusión presente o futura sobre el anciano. Permite conocer la relación entre el anciano y su entorno.

Aspectos relacionados con el hogar, apoyo familiar y social son cuestiones importantes a la hora de organizar el plan de cuidados de un anciano. En función de ellos podremos ubicar al paciente en el nivel asistencial adecuado y tramitar los recursos sociales que va a precisar.

Los instrumentos de medición más utilizados son:

- Escala OARS de recursos sociales
- Escala de valoración sociofamiliar de Gijón
- Escala de Filadelfia (Philadelphia Geriatric Center Morale Scale).

Escala de valoración sociofamiliar de Gijón (Anexo V)

Se emplea para valorar la situación social y familiar de las personas mayores que viven en domicilio. Su objetivo es detectar situaciones de riesgo y problemas sociales para la puesta en marcha de intervenciones sociales.

Evalúa cinco áreas de riesgo social:

- Situación familiar
- Situación económica
- Vivienda
- Relaciones y contactos sociales
- Apoyos de la red social

En función de la puntuación obtenemos:

- De 5 a 9 puntos: Buena/Aceptable situación social
- De 10 a 14 puntos: Existe riesgo social
- Por encima de 15 puntos: Problema social

OBJETIVOS

Objetivo General

- Explorar como influye la soledad en la vida diaria de tres mujeres mayores de 75 años que viven solas.

Objetivos Específicos

- Detectar las necesidades alteradas siguiendo el patrón de Virginia Henderson
- Identificar las fuentes de satisfacción derivadas de vivir solas.
- Identificar las fuentes de insatisfacción derivadas de vivir solas.
- Averiguar cómo influye su salud en el sentimiento de soledad.
- Indagar sobre qué estrategias o recursos utilizan (de tipo familiar, social, personal...) para combatir la soledad.

METODOLOGÍA

Diseño metodológico

El método de investigación utilizado para este estudio es de naturaleza cualitativa, de tipo fenomenológico.

Este método busca comprender como las personas perciben su mundo y le dan un significado; es decir, busca comprender las experiencias vividas de las personas que están siendo estudiadas. El método fenomenológico permite que el investigador no solamente describa sino que también interprete las experiencias vividas por las personas. Es importante y útil para estudios de enfermería porque permite que el investigador descubra los significados de las experiencias humanas en salud y en enfermedad y ayuda a que las enfermeras puedan comprender e interpretar estas experiencias.²³

Como herramientas de recogida de datos he utilizado un guión de elaboración propia el cual mediante distintas preguntas recoge los aspectos más importantes de las necesidades básicas según Virginia Henderson (*Anexo VII*), también, para poder obtener una valoración más completa y objetiva, he utilizado cuatro escalas que valoran: la funcionalidad (*Índice para las actividades instrumentales para la vida diaria de Lawton y Brody, Anexo II*), estado cognitivo (*Test cognitivo de Pfeiffer, Anexo III*), estado emocional (*Escala de depresión geriátrica de Yesavage, Anexo IV*) y el riesgo social (*Escala de valoración sociofamiliar de Gijón, Anexo V*) las cuales conforman una valoración geriátrica integral y una entrevista semi-estructurada compuesta por ocho preguntas. (*Anexo VI*)

La herramienta de recogida de datos más relevante de este trabajo y por la cual se define este estudio como fenomenológico, es la entrevista semiestructurada, ya que fue la que permitió a las participantes hablar y expresar libremente sus sentimientos y emociones . También ofreció poderles pedir aclaraciones, por si algo no había quedado claro.

Participaron en el estudio un total de tres mujeres. Previamente se las llamó por teléfono para quedar un día en concreto con ellas. Para poder obtener los resultados de este estudio fueron necesarios dos encuentros con cada una de ellas. El lugar donde se realizaron los encuentros fue en el domicilio de las mujeres.

Primero realicé una primera quedada exploratoria para poder conocer mejor a cada una de las participantes del estudio, en la cual fui acompañada en dos de ellas por mi madre i en la otra por mi abuela, ya que eran quienes las conocían con anterioridad.

En el primer encuentro me presenté y les informé individualmente y de forma verbal sobre el propósito del estudio y su desarrollo, además de contestarles a las dudas que les surgieron. También, les expliqué que su participación era voluntaria y que se respetaría en todo momento la confidencialidad y el anonimato de estas. Seguidamente les pedí el consentimiento informado entregándoles la hoja en cuestión para que la firmasen. (*Anexo VIII*).

Después, les pase cuatro escalas que conforman una valoración geriátrica integral y gracias a la información proporcionada por las participantes en este primer encuentro y a las escalas, pude obtener los datos necesarios para registrar en una tabla las siguientes variables con el fin de obtener un perfil representativo de cada una: edad, años que lleva viviendo sola, motivo por el cual vive sola, estado civil (*viuda, separada/divorciada, soltera*), estudios, dependencia, hijos, soporte familiar, ayuda a domicilio, amigos, relaciones vecinales, depresión, tipo de vivienda, disponibilidad o no de ascensor, ingresos económicos, servicio de tele alarma, animales de compañía. (*Anexo I*)

En el segundo encuentro, como ya había un poco más de confianza, fue cuando realicé las entrevistas semiestructuradas y valoré las necesidades básicas siguiendo el patrón de Virginia Henderson. (*Anexo VII*) Todo fue grabado con la grabadora de un móvil y posteriormente transcrito.

Población i muestra

La selección de las participantes se realizó por medio de un muestreo intencionado, de esta manera permitió escoger de modo deliberado a quien incluir en este estudio. Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Mujer
- Mayor de 75 años
- Vivir sola
- Dar el consentimiento para participar en el estudio.

Los criterios de exclusión fueron:

- Presentar trastornos cognitivos
- No querer participar en el estudio.

Elegí como población de estudio a mujeres mayores de 75 años que vivían solas, porque según los datos demográficos consultados, la tendencia a vivir solo a partir de los 65 años es mayor en mujeres siendo la franja de edad de 75 a 84 años donde hay más casos. Escogí a mujeres para explorar la soledad y necesidades alteradas y no a hombres, porque según los datos consultados, éstas son las que tienen mayor riesgo de enviudar, las que perciben menores ingresos, quienes se ven afectadas en mayor medida por la enfermedad y quienes tienen peor percepción subjetiva de salud, siendo todos estos factores de riesgo que pueden llevar a percibir este sentimiento de soledad.⁵

El perfil de las participantes está recogido en el Anexo I donde se puede observar que:

- La franja de edad de las participantes se encontraba entre los 85 y 89 años.
- El principal motivo por el cual vivían solas era la muerte de su marido.
- Las tres recibían escaso o nulo soporte familiar/social.
- Los estados anímicos de todas eran o se aproximaban a un estado depresivo.

- Todas presentaban una dependencia moderada para las actividades instrumentales de la vida diaria.

Análisis de los datos

Al tratarse de un estudio fenomenológico, el análisis de los datos fue temático. Antes de analizar los datos, transcribí literalmente las grabaciones. Seguidamente, tras leerme detenidamente las entrevistas y las necesidades, elaboré un listado de *temas clave*, para, posteriormente, trabajar en la identificación e interpretación de los mismos. Estos temas clave se trataron como categorías provisionales.

Llevé a cabo otra lectura y reflexión para poder llegar a tener acceso a la esencia total de las experiencias.

Más tarde procedí al análisis de los datos, desarrollando “categorías”.²⁴

Limitaciones del estudio

Los resultados de este estudio cualitativo permiten entender un fenómeno en una situación en particular y no pueden ser generalizados de la misma forma que los estudios cuantitativos.

Los resultados extraídos tienen mucha validez interna pero son débiles en cuanto a validez externa, por lo que el resultado de esta investigación no puede ser generalizado al resto de la población.

A la hora de capturar los resultados no es tan fácil, ya que requiere interpretación y análisis y los datos no son en números. A pesar de estas limitaciones, los hallazgos de esta investigación nos proporcionan un entendimiento en profundidad sobre cómo influye la soledad en la vida diaria de tres mujeres mayores de 75 años que viven solas y sobre cuáles son sus principales necesidades alteradas.

Descripción del entorno de estudio

El entorno donde se sitúa este estudio es semi urbano, se trata del pueblo de El Vendrell, con 36.719 habitantes, de los cuales 5.898 corresponden a personas igual o mayores de 65 años.²⁵

Por su ubicación, en un cruce de caminos abierto al mar, El Vendrell ha sido históricamente un lugar de paso y punto de encuentro de culturas, de intercambios comerciales y de difusión de ideas. Desde el inicio del siglo XX sus playas son lugar de veraneo de familias del mismo Vendrell y de Barcelona, y desde los años cincuenta el municipio experimentó la gran expansión del turismo con la llegada de visitantes extranjeros.

Toda esta actividad turística se basaba en el sol y la playa. En los últimos años se ha apostado para complementar este atractivo con la oferta cultural, el termalismo y la gastronomía. Por lo tanto, hoy en día, El Vendrell cuenta con cerca de 8 km de playa con una zona costera protegida (las Madrigueras); es villa termal; dispone de un importante patrimonio cultural, y su cocina es excelente. También se ha fomentado la práctica del deporte con la adecuación de caminos para poder correr, practicar senderismo e ir en bicicleta.²⁶

Equipamientos sanitarios: ²⁶

En relación a los equipamientos sanitarios el Vendrell dispone de un Hospital comarcal situado a las afueras del pueblo, un centro de atención primaria (CAP), un consultorio médico en Coma-ruga (a unos 5 km del pueblo), un centro privado llamado Policlínica, un centro de salud mental de adultos (CSMA) y un centro de salud mental infantil y juvenil (CSMIJ).

Residencias y centros de jubilados: ²⁶

El municipio dispone de tres residencias: Residencia d'avis La Muntanyeta, Residencia Fundación Llar Santa Anna y Residencia asistida de la Policlínica (privada).

También dispone de tres “esplais” para la gente mayor, también llamados “hogares para los jubilados” de acceso libre destinados a la promoción y a la integración de las personas mayores al municipio.

Servicios sociales: ²⁶

En relación a las acciones de soporte para la gente mayor proporcionadas des de los servicios sociales encontramos:

- Servicio de Atención Domiciliaria:
Este servicio comprende un conjunto de acciones organizadas y coordinadas que se llevan a cabo en el hogar del usuario o usuaria, dirigidas a proporcionar atenciones personales, atenciones de carácter urgente, ayuda en el hogar y apoyo social a aquellas personas con situación de carencia de autonomía personal, dificultades de desarrollo o con problemáticas familiares diversas.
- Servicio de tele asistencia:
Este servicio permite que, ante una crisis de angustia o soledad, caídas, una crisis sanitaria, etc., la gente mayor, los discapacitados o los enfermos que no necesitan una atención permanente de otras personas tengan la seguridad que, tan sólo pulsando un botón, podrán establecer contacto directo e inmediato con la central receptora, la cual les proporcionará la respuesta más adecuada a sus necesidades.
- Servicio de distribución de comida al domicilio.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tras pasar las diferentes escalas que conforman una valoración geriátrica integral, hacer las respectivas entrevistas y valorar las necesidades básicas según el modelo de Virginia Henderson a las tres participantes se obtuvieron diversos resultados.

Los resultados obtenidos por categorías de estudio son:

- **Categoría 1: Expresión del sentimiento de soledad**
- **Categoría 2: La salud como motivo de preocupación y condicionante del sentimiento de soledad**
- **Categoría 3: Fuentes de satisfacción derivadas de vivir sola**
- **Categoría 4: Fuentes de insatisfacción derivadas de vivir sola**
- **Categoría 5: La televisión como principal estrategia utilizada para combatir la soledad**
- **Categoría 6: Necesidades alteradas relacionadas con la soledad (nutrición, sueño y comunicación)**
- **Categoría 7: Escasa o nula utilización de los servicios sanitarios**

Categoría 1: Expresión del sentimiento de soledad

Las tres participantes manifestaban el sentimiento de soledad pero de distintas maneras. Para la primera participante, el hecho de vivir sola no era percibido como un problema, en cambio para la segunda y tercera participante sí lo era.

Esta diferencia de cómo viven la soledad se puede observar en las distintas respuestas que daban cuando se les preguntaba sobre cómo definirían el sentimiento de soledad des de su situación particular:

- [P1]: *“Hombre pues yo desde mi situación... **pues lo veo guapo, lo veo bonito**. Pero que muy bien, porque me gusta estar sola, así son las cosas, que me encanta estar sola (...)*”
- [P2]: *“La soledat, sí, bueno, ¿com la definiria? La defineixo doncs...quan penso; uy que sola estic, em moriré i ¿que faré aquí sola? **Tinc molta por... defineixo la soledat com molta por (...)**”*

- [P3]: *“Pues... que esto no tiene fin, no. **La palabra soledad no tiene fin.**”*

Se puede observar que por la noche era cuando más solas se sentían. Durante la noche, es más difícil encontrar la compañía y el consuelo necesarios para disipar la soledad, especialmente, si se vive sola y tampoco son momentos para realizar otras actividades que proporcionen distracción y alejen los pensamientos que provocan tristeza y soledad.

Encontramos esta categoría cuando las participantes afirmaban:

- [P1]: *“**Cuando llega la noche y entonces pues es un poco triste cuando son las once, las doce y digo: Ay, ay que ver, pues me voy a dormir. Pues sí, rezo mucho para todos, para todos los que ya no están dios mío, y para mi hija y para todos los míos y me tiro un rato ahí...bueno (se le caen algunas lagrimas) y luego después pienso... bueno si estoy sola ¿Qué voy a hacer? Vete a la cama y te duermes y para ya el rollo.**”*
- [P2]: *“**Sobretot també em trobo sola a la nit. Em tanco totes les portes, em poso un dels bastons que tinc sota les claus de l’entrada per si poguessin obrir que quan obrissin ¡Crec! sentiria caure el bastó al terra. La meva porta del dormitori també la tinc tancada amb clau i faig dos volts. A la porta de la entrada hi tinc tres cerradures i a la meva habitació una amb dos volts. Osigui que tinc por al cent per cent. ¿Perquè em tanco? Doncs perquè em sento sola.**”*
- [P3]: *“**Cuando va llegando la noche, esta es la soledad más mala. Pues la soledad es la soledad**”*

Según el estudio de Iglesias de Ussell,⁹ el 25% de las personas mayores que se quejan de su soledad la sufren con mayor intensidad en las horas nocturnas. Las largas madrugadas, cuando se alternan los silencios con sonidos extraños, son propicias para que, entre las personas insomnes, aparezcan pensamientos negativos relacionados con el deterioro de la salud, la muerte propia o del cónyuge, y la inseguridad ciudadana.

Estos pensamientos negativos de muerte propia e inseguridad ciudadana de los que habla Ussell se pueden observar cuando dos de las participantes manifestaban:

- [P1]: *“Pero sí que lo cierro todo bien cerrado, ya te digo echo esa llave más larga porque me pusieron otra cerradura abajo porque esa pequeña la tiene un montón de gente y yo que estoy acostada y siento pasos por aquí y estos cuando me cierran la puerta ya no vienen, y entonces ya está, ya estoy más tranquila. Por eso puse esa llave. Pues yo estando mi puerta cerrada ya no tengo miedo.”*
- [P2]: *“(…) i també m’haig de tancar la porta, perquè si no em tanco la porta pues no dormiria, no... no podria dormir. (...) Tancar-la amb panys i passadors i encara n’hi vull posar un altre. ¿Perquè? Doncs perquè soc molt poruga,(...) Doncs suposo que perquè veig a la televisió coses, desgraciats que perquè veuen que aquella persona viu sola i que va amb bastó li roben el bolso pensant-se que porta cèntims o joies i aquestes coses...és això, per la por que m’he tornat molt covarda, mooolt covarda.”*
- [P2]: *“Doncs, és la por que tinc, viure sola és la por que tinc. He sigut molt valenta per moltes coses, però per exemple, lo que tinc por de viure sola és perquè si em passa alguna cosa, jo encara que tinc la medalleta aquesta per trucar (s’agafa la medalla de la teleassistència que porta penjada al coll), penso que alomillo si em passés algo no la podria trucar i em podria estar aquí dies, i dies, i dies, fins que passés algú per aquí que faria pudor la casa perquè jo ja m’hauria mig podrit.”*

Categoría 2: La salud como motivo de preocupación y condicionante del sentimiento de soledad

En la vejez una buena salud es sinónimo de autonomía e implica la posibilidad de poder llevar a cabo una vida independiente. Según los estudios valorados^{2,5,9}, la salud se convierte en una de las principales preocupaciones cuando las personas mayores comienzan a percibir que se trata de un estado irreversible. Los dolores, el exceso de medicación y el verse cada vez más limitadas para realizar tareas en su día a día contribuyen a su malestar general.

Las participantes entrevistadas manifestaban:

- [P1]: “Andar me cuesta un poquito, pero como tengo la muleta, la muleta como tengo este brazo que me duele también, pues tampoco puedo dejarme caer mucho como antes pero bueno me sirve para sujetarme, **pero bueno de momento para caminar me apaño.**”
- [P1]: “me noto un poco más torpe, el año pasado bajaba mejor las escaleras y me movía mejor...**pero bueno, aún me muevo**”
- [P1]: “**Mientras yo pueda moverme un poquillo**, no me sacan de aquí, eso ya puedes estar tu tranquila. Esta la tengo buena (me señala la cabeza), mientras la tenga buena haré lo que yo decida. **Las piernas las tengo más torpes**, mientras pueda bajar abajo cuando no pueda bajar abajo pues no bajo y me quedo aquí.”
- [P2]: “**Físicament estic destrossada**, no puc sortir al carrer, i mira que m’agrada sortir al carrer, però surto i ¡Ay! quin mareig (...)”
- [P2]: “(...) **fins ara encara em podia valdre de mi i em trobava bé per sortir i anava amb això dels casals**, que anava aquí al tivolí i anàvem a ballar el ball dels avis que això a mi m’ajudava molt (...)”
- [P2]: “(...) per exemple, d’aquí al mercat caminant, bueno, buenoooo, bueno lo que arribo a patir. Fa quinze dies ho vaig fer i dic: Ayyyyy Mari com pateixes, i em pregunto ¿qué fas aquí? Perquè la gent em mira una mica malament perquè tinc una mica de vertig també, i clar, aleshores que passa, doncs que **vas una mica torta i tinc molta por de caure i clar aleshores no hi vaig.**”
- [P2]: “Bueno el cas és que, això, **això de l’ull m’ha influït molt en el meu temperament, que era un temperament molt activa ja que fa que no pugui fer moltes coses de les que abans feia**. Això el que fa és que vagi baixant, baixant, baixant, baixant....fins que toques amb el cap a terra.”
- [P2]: “(...) no em puc vestir, m’ajuda la persona que em ve a fregar i a fer la feina. Aquesta és la que em ve i de passada em dutxa perquè jo no em puc dutxar perquè **tinc els hombros que no sé si són meus o d’aquells que passen pel carrer**. No puc aixecar el braç i els dos hombros són terribles, un encara el puc aixecar fins la meitat però l’altre no el puc aixecar res (m’ho demostra). Osigui, que sí tens tantes coses... **després també el vertic que em poso dintre el cotxe i no ho entenc però no tinc vertic**,

però és això em fa por pel fet de que no hi veig d'un costat i que no em passi algú per la dreta que ja m'ha passat i clar és perillós."

- [P2]: *"Quan em sento més sola és quan estic tant cansada que dic, ay no puc sortir, ay si pogués sortir amb aquest Sol tant maco podria sortir a donar una volteta i m'asseuria a aquest bar d'aquí al davant a prendre alguna cosa"*
- [P2]: *"Després també **la quantitat de medicaments que tinc a la cuina que sembla que hi tingui una farmàcia** tinc mitja taula plena de medicaments, tots els medicaments que prenc és terrible."*
- [P2]: *"Fins i tot hi ha vegades que vaig pel carrer i **he de picar-me les cames amb el bastó per veure si reaccionen**, perquè dic: estan adormides aquestes desgraciades"*
- [P2]: *"**Necessitaria ajuda, i tant, i tant...** Per lo menys m'estic una hora per poder-me vestir"*
- [P2]: *"Fins fa tres anys no eh, em sentia molt àgil i molt bé, portava varies operacions però em sentia bé perquè podia caminar però ara no, **al no sentir-me bé i no poder caminar m'avorreixo** (plora)"*
- [P3]: *"**Yo no puedo salir, me caigo de seguida, me mareo y me caigo** asín para los lados. Si es que voy a la cocina, tengo que coger el bastón."*
- [P3]: *"Yo ahora tengo mi casa limpia porque yo ahora cuando estoy mejor cojo y limpio un poquito, bueno lo que puedo. Ayer hice un poquito la cocina y hoy quería hacer el comedor porque lo tengo lleno de cositas (...) **pero como no me veo con fuerzas de limpiar digo: Hoy no, mañana. Y ya está.**"*
- [P3]: *"Pues así hice una colcha, también he hecho vestiditos, chaquetas... **Pero ahora con estos dedos intento hacerlo y ná de ná... no puedo hacer ná.**"*
- [P3]: *"Me canso mucho, esto sí que te lo puedo decir a boca llena, pero mucho... **se me ponen los pies moraditos en cuanto ando un poco**"*

En el caso de las entrevistadas se observa que llevan realmente mal el hecho de ir perdiendo capacidades para afrontar diversos momentos del día como puede ser hacer la comida, comprar o limpiar su casa. Según Iglesias de Ussel,⁹ las dificultades de movilidad, la incapacidad para valerse por sí

mismas o la pérdida de autonomía en el desarrollo de las actividades cotidianas, entre otros muchos temores, se asocian muy directamente con el sufrimiento de la soledad, ya que hacen que poco a poco se vayan quedando más reclusas en sus casas afectando a su vez su estado anímico.

La actitud que toman las participantes, sus gestos y la forma en que hablan denota que están cansadas y agobiadas por esta situación pues ven como, irremediablemente, a pesar de hacer todo lo posible por cuidarse su salud empeora, cada vez más. Muestran resignación por la etapa que les toca vivir y las consecuencias que de esta se derivan.

Esta resignación se identifica cuando las participantes manifestaban:

- [P1]: *“Antes tenía todos los números grabados y ahora no los tengo no sé... pero bueno tampoco me preocupa, **lo que me tenga que pasar me pasará y ya está.**”*
- [P2]: *“Estic sola, estic viuda, no tinc fills, no tinc família, una germana que tinc i se m’acaba de morir **¿Que faig pobreta de mi?**”*
- [P2]: *“Ara últimament em passo els dies estirada en aquest sofà (m’assenyala el sofà on hi té una manta) amb la televisió posada i em vaig adormint a estones. (...) **Vull dir que, així anem passant.**”*
- [P2]: *“Osigui que et vinc a dir que he tingut molta sort en aquesta vida fins ara, que clar **ara penso com que tens els anys que tens, ¿qué vols, qué vols?**”*
- [P3]: *“Yo estas bigas y yo sabemos lo que yo paso. Pero mira... (llora), **que vamos a hacer, me toco a mí. Ya está.**”*

Muchas veces, la concurrencia de soledad y un estado deficiente de salud hace que estas personas “se perciban cada vez menos capacitadas para continuar con su autonomía y propia independencia en el domicilio, lo que debilita su entereza” y lleva a la persona mayor a una posición depresiva de la que es difícil rescatarle.² Se observa que tanto la segunda como la tercera participante son las que llevan peor el hecho de vivir solas, presentan un peor estado de salud físico y ambas tienen depresión establecida.

Categoría 3: Fuentes de satisfacción derivadas de vivir solas

Muchas personas mayores, independientemente del momento de la etapa en que se encuentren, consideran que permanecer en sus hogares es la mejor opción. Esta forma de vida les permite seguir siendo independientes, hacer lo que quieran en cada momento. Se sienten cómodas ya que se reafirman en la idea de que siguen pudiendo afrontar el día a día por sus propios medios, siendo una manera ya no de poder sino de querer por todas las formas estar bien, a pesar de que su estado de salud vaya deteriorándose con el tiempo y cada vez encuentren mayores dificultades para afrontar esta situación.²

Este deseo de independencia se puede observar cuando las participantes manifestaban:

- [P1]: *“Pero yo, yo siempre digo: Me quiero morir aquí aunque sea sola pero no me voy a ningún lao.” (...)* **Mientras yo pueda moverme un poquillo, no me sacan de aquí,** eso ya puedes estar tu tranquila. Esta la tengo buena (me señala la cabeza), mientras la tenga buena haré lo que yo decida. Las piernas las tengo más torpes, mientras pueda bajar abajo cuando no pueda bajar abajo pues no bajo me quedo aquí.”
- [P1]: *“Este hijo mío de aquí cerca me ha querido llevar con él ya cincuenta veces. Me dice: Vente, que aquí hay una terraza y tomas el sol, ahí no vas a tener que hacer nada...y le digo: **Tú me dejas a mí aquí que esta es mi casa y si me sacas de aquí me muero en dos días.** Y es verdad eh, a mi no me pueden sacar de aquí, no, no, no, no, a mi si me sacan de aquí yo no, no, no...yo quiero estar aquí y ya está, que estoy muy bien aquí hija mía.”*
- [P1]: *“Yo mi hijo me dice: ¿Cuándo te vas a venir conmigo? Y yo le digo: **Cuando no ande de aquí allí, que no pueda hacerme ni un plato de sopa entonces ya hablaremos.**”*
- [P2]: *“**Lo millor de viure sola, doncs home que no depens de ningú, no has d’estar pendent dels altres...** He sigut una dona molt activa, mooolt activa. M’ha agradat, quasi lo que se’n diu... em sap greu dir aquesta paraula (es posa a riure), ¡manar! manar jo. M’ha agradat manar sempre i clar, si jo visqués ara amb un altre persona manaria, no sé si viuríem gaire*

*bé, ¿saps? També **quan vius sola ets ama i duenya de tu, torno a repetir fas el que vols i... ets feliç perquè no hi ha ningú que et digui: Escolta'm que això ho has fet malament.***

- [P1]: *“La paz y la tranquilidad que tengo, porque me gusta estar tranquila mucho, eh. Yo estoy aquí, y mira **si no me gusta lo que echan en la tele hago ¡clac! por la tarde o a la hora que sea, no me gusta pues la quito.** Y entonces, me siento aquí en la silla, me pongo así y aquella paz que me siento”*
- [P1] *“**Yo me levanto por la mañana, cojo y me lavo la cara, me tomo mi café, me pongo mi tele por la mañana un rato y veo lo que hay, luego me hago mi comida al mediodía, me levanto hago otra poquita de cosa...**”*

La frase **“Mientras yo pueda moverme un poquillo”** para justificar el no abandono de su hogar, refleja ese deseo de independencia mientras se disponga de la autonomía personal mínima para poder seguir viviendo sola.

Por lo general estas personas que reflejan este deseo de independencia son personas que han vivido siempre en la misma casa, a la cual le otorgan un valor afectivo enorme (como es el caso de la participante 1). Que éste sea mayor o menor viene dado por la trayectoria vital que en ella han seguido, plagada en todos los casos de recuerdos de los que no quieren desprenderse. Como destaca López Doblas² ese apego es tan fuerte que rechazan automáticamente la idea de su abandono mientras la salud les siga acompañando, por lo que rechazan el simple planteamiento de mudarse con sus familiares o el ingreso en una institución residencial.

Categoría 4: Fuentes de insatisfacción derivadas de vivir solas

Las tres participantes manifestaban que la principal fuente de insatisfacción por el hecho de vivir solas era la falta de compañía por parte de familiares o amigos.

- [P1]: *“(...) **echo en falta a los míos, es lo único, eso siempre. Echo en falta que si él estuviera aquí yo no estaría tan sola, echo en falta... no sé, a mis hijos que los tenía antes aquí todos...** Porqué antes tenía*

mucha gente aquí, uno sube el otro baja... pues aquello se ha acabado y ahora es lo que echo en falta”

- [P2]: ***“I per això ploro tot el dia perquè penso; ningú et pot acompanyar, no tens a ningú, amigues aquí no en tinc cap perquè totes les amigues les tenia a Barcelona i se m’han mort totes tot hi ser més joves que jo.”***
- [P2]: ***“(…) no faig res, només ploro perquè em sento molt poca cosa... em sento molt poca cosa (plora) i sobretot no vull pensar en lo que he sigut, perquè penso amb l’energia que tenia i em pregunto: ¿Perquè ara et sents tant desgraciada? Perquè la veritat és que em sento desgraciada perquè penso: **No tens a ningú, no tens cap amiga per dir-li: ¡Anem!** “***
- [P3]: ***“Yo no tengo nada que sea mejor. ¿Mejor qué? (...) yo vivir sola me da cosa. Yo estoy deseando que den la una para ver las bicicletas asomar. **Estoy deseando de que lleguen las cinco para que entre alguien en mi casa.** Es lo mejor que tengo, cuando entra alguien en mi casa y el único que entra es mi sobrino o mi hijo que vive aquí al lado, pues eso es lo mejor que tengo. ¿Vivir sola? Lo mejor que tengo es cuando entra mi sobrino o mi hijo, lo demás nada.”***
- [P3]: ***“¿Lo peor? Pues hija si la palabra lo dice ¡Vivir sola! Vivir sola es lo más malo. **Yo estoy deseando de sentir, aunque mi hijo no me haga caso, pues de que haya alguien y que yo pueda decir: ¡Jordi!** Yo en cuanto siento la puerta, que alomejor es la puerta de la vecina pero yo desde arriba digo: ¡Jordi! Siempre estoy así... Estoy muy triste hija, estoy... esto es para quien lo pasa.”***

De esa falta de compañía que expresan se deduce que añoran la presencia de personas en su casa así como las voces, el ruido... algo que no les haga recordar permanentemente su soledad. Echan de menos el tener a alguien con quien compartir momentos cotidianos, alguien con quien poder hablar. Por esto califican esta experiencia como triste y dura, viviéndose con mayor intensidad cuando no se cuenta con apoyo social y, sobre todo, familiar.

Categoría 5: Estrategias utilizadas para combatir la soledad

Las tres participantes utilizan el ver la televisión como principal estrategia para

combatir la soledad. Parece ser que además de darles entretenimiento y distracción, también les proporciona una importante sensación de compañía en casa.

- [P1]: “(...) **veo mi tele que me veo un montón de novelas**, una detrás de otra... mira, des de las seis de la tarde, hasta las once menos cuarto de la noche son novelas lo que hay en la Nova, pues yo me las trago todas.”
- [P2]: “**Poso la televisió, m’agraden les pel·lícules d’acció, si no fan pel·lícules d’acció tanco la televisió i sinó a vegades la poso igualment (...)**”
- [P2]: “**La televisió em distreu i inclús quan m’aixeco del sofà després de veure-la camino molt millor, fixa’t lo que em dóna, desconnecto.**”
- [P3]: “**Pues mira... a veces veo la tele, a veces escucho la radio...**”

Un estudio realizado por CIS-IMSERO ⁸ afirma que, ante la soledad, las personas mayores suelen ponerse a ver la televisión (28%) o salir a pasear (23%). Sin embargo, las actividades que conllevan relacionarse con los demás son poco habituales. Sólo un 5% de las personas mayores, cuando se sienten solas, hablan con sus vecinos, un 3% salen de visita o acuden a bares y cafeterías y un 2% acuden al hogar del jubilado.

No obstante, hay una de las participantes que como estrategia para combatir la soledad sale fuera del domicilio y se reúne con una vecina amiga suya:

- [P1] “**Pues me voy a la ventana a ver a la gente pasar, hay veces que me asomo ahí mucho rato, me gusta asomarme ahí y me gusta bajar abajo a la calle un ratito a tomar el sol. Hoy en cuanto coma un poco bajaré abajo, llamaré a esta mujer vecina mía que tiene cuatro años más que yo (...)**”

Las otras dos participantes no suelen salir a pasear, y no porqué no quieran, sino porqué su estado físico la gran mayoría de veces no se lo permite.

- [P2]: “**Quan em sento més sola és quan estic tant cansada que dic, ay no puc sortir, ay si pogués sortir amb aquest Sol tant maco podria sortir a donar una volteta i m’asseuria a aquest bar d’aquí al davant a prendre alguna cosa**”

- [P3]: ***“Yo no puedo salir, me caigo de seguida, me mareo y me caigo así para los lados.”***

El salir fuera del domicilio, como afirma López Doblas ² resulta una medida, más que preventiva, paliativa de la soledad. Buscan la distracción, el evadirse de sus problemas y de los pensamientos negativos, procurando relacionarse con otras personas de su misma edad, quienes harían un mayor ejercicio de comprensión ante sus situaciones.

Categoría 6: Necesidades alteradas relacionadas con la soledad

He detectado diferentes necesidades alteradas en las tres participantes, pero las que se han repetido y parecen guardar una estrecha relación con el sentimiento de soledad son:

Necesidad de comer y beber de forma adecuada

Después de realizarles distintas preguntas y pasarles el test de iniciativa nutricional detecté que las tres participantes presentaban riesgo nutricional, dos de ellas riesgo nutricional alto y la otra moderado. Aunque, mediante las preguntas que les hice y antes de pasarles el test, ya se podía preveer que las participantes presentaban riesgo nutricional.

Las participantes manifestaban:

- [P1]: ***“Antes me hacía muchas comidas y muchas cosas, pero ahora como no puedo tanto, lo que me hago es un plato de sopa bien lleno”***
- [P1]: ***“Me suelo hacer mucho tortilla de patatas con cebolla, aunque cada vez me cuesta más volcarla porque ya no puedo con esta mano. Pues me hago una un poquito grande, la vuelco como puedo y la parto por medio y me guardo un trozo pa la noche y otro pa el día siguiente”***
- [P1]: ***“Tortilla, sopa, fruta...esa es mi comida y no salgo de ahí, no, no, no, esas son mis comidas ya no busques otras”***
- [P1]: ***“Uy, carne no, la tengo aborrecida, la hacía para mi marido y entonces me gustaba, pero ahora comérmela no me apetece.”***
- [P1]: ***“Bueno, pescado de vez en cuando... una vez al mes compro bacalao, me lo hago frito con tomate y como durante tres días bacalao.”***

- [P2]: Per dinar expressa que sempre menja més tard de les quatre de la tarda ja que abans d'aquesta hora no té gana i que **hi ha dies que inclús no dina perquè es troba molt cansada físicament** com per preparar-se el menjar. **Sempre dina el mateix:** una mica d'amanida la qual ja compra preparada i una mica de carn a la brasa. No berena mai i per sopar sempre es menja una peça de fruita que sol ser un plàtan o una poma.
- [P3]: ***“lo mismo como, como que no”***.
- [P3]: ***“la última vez cinco días me estuve sin comer, pa haberme muerto”***.

Cuando les pregunté si solían tener apetito, contestaron que siempre comían sin tener hambre:

- [P1]: Expressa que la gran majoria de veces come perquè pensa que tiene que *comer “si no como, me caigo”*
- [P2]: Expressa que **sempre menja sense tenir gana** però que a mesura que va menjant li va entrant una mica la gana.
- [P2]: Lo que més li agrada és la paella, a vegades pensa que en podria fer una ja que se li dona molt be fer-la, però expressa que **no ho fa perquè es troba molt cansada i perquè no té ganas de fer-la per ella sola. Em diu que només de pensar que ha d'estar dreta una bona estona per fer-la se li passa la gana.**
- [P3]: Expressa que nunca suele tener apetito ***“lo mismo como, como que no”***.

En la primera participante se puede observar que para ella el acto de comer se ha convertido en la necesidad de alimentarse y nada más. En la segunda participante se puede observar que el hecho de cocinarse para ella misma y para nadie más la desmotiva. Todo esto junto con la limitación de la movilidad que presentan, las lleva a seguir una alimentación deficiente.

Necesidad de dormir y descansar

Otra de las necesidades que detecté como alterada fue la necesidad de dormir y descansar. Aunque, después de haber visto que cuando más se manifiesta la soledad y todos los miedos y preocupaciones era por la noche, no era de

extrañar que todos los problemas relacionados con el sueño estuviesen muy relacionados con la soledad.

Según López Doblas⁶ la imposibilidad para dormirse hasta altas horas de la madrugada constituye un contexto bastante propicio para que aparezcan en la mente toda clase de pensamientos y sentimientos, la mayoría de ellos de signo negativo. La noche invita a la reflexión de sus inquietudes y problemas, les acechan los recuerdos de sus familiares ya fallecidos, no pudiendo hacer nada por evitarlo. Esto hace que sufran insomnio, no descansen y la situación, en algunos casos, se vuelva insostenible.

Las participantes manifestaban:

- [P1]: Expresa que le cuesta dormir porque ya se ha acostumbrado a dormirse a las 2h de la madrugada, y que si se acuesta antes no se puede dormir por qué entonces empieza a darle vueltas a la cabeza tumbada en la cama y a pensar: ***“piensas en porqué no vienen a verte tus hijos, en que no sabes qué es lo que les has hecho para que no vengan a verte...porqué yo tengo cinco hijos ¡eh!...bueno cuatro con la que se me murió...”***
- [P2]: Refiere que le cuesta mucho dormir ya que por las noches piensa en muchas cosas (siempre se va a dormir más tarde de la 1h de la madrugada): ***“penses en que no ets ningú, no ets res, només una vellaca que no serveixes per res, no tens família...bah, ets un desastre”***
- [P3]: ***“Te vas a reír... si a las cuatro o a las cinco de la tarde estoy muy aburrida, cojo y me voy parriba a dormir, así descansan mis piernas... y ya no me levanto hasta el día siguiente.”***

Aunque en el caso de la tercera participante pasaba lo contrario, se iba a dormir demasiado pronto, porque expresaba que se sentía muy aburrida.

Necesidad de comunicarse con los demás

Otra necesidad que detecté como alterada fue la necesidad de comunicarse con los demás. Cuando tuve el primer encuentro con las tres participantes (sobre todo con la segunda y tercera participante), noté una gran diferencia en su expresión facial y estado anímico des de que entré a sus casas hasta que

me fuí. Al presentarme y empezar a hacerles preguntas, noté que no tenían demasiadas ganas de hablar, pero en cuanto fue fluyendo la conversación, cada vez notaba que se les iba iluminando más la cara y que tenían más ganas de hablar. Incluso, cuando me fui de sus casas, se despidieron de mí con una gran sonrisa y me dijeron que volviese cuando quisiera ya que habían pasando un buen rato.

Todo esto me hizo pensar en lo peligroso que es el hecho de que se queden retraídas en sus casas todo el día sin poder hablar con nadie, ya que esto favorece la aparición del sentimiento de soledad.

Las participantes manifestaban:

- [P1]: ***“Me dicen: Ay Carmen ¿quieres que suba y hablamos un ratico? Y yo les digo: No, no, no que me canso de hablar”***
- [P1]: *“Me dicen: Ayy, ¿quieres que pasemos? Y digo: Nooo, que a mí me gusta mucho estar sola y... es verdad, no tengo ganas así de tanto hablar, no sé... no, no, no, no vengas no que yo estoy bien.”*
- [P2]: ***“No tinc ganes de parlar. És terrible però no tinc ganes de parlar amb ningú. No, no i no em moc de casa per res, és terrible això.”***
- [P2]: *“La veïna em diu: hauries d’anar allà on anaves abans al casal dels avis. Però, jo, m’agrada dir-ho perquè (es posa a riure), li contesto: ¿perquè voleu que vagi allà? ¿Eh? ¿Perquè voleu que hi vagi? ¡Si tots són una colla de vellacos! (...) Doncs això és el que contesto: **¿allà amb els vellacos voleu que hi vagi que només saben que jugar a cartes i al dòmino? Au va! Aneu, aneu a dormir, aneu. I aquí em quedo, a casa i a casa”***
- [P2]: ***“m’ho quedo tot per mi, com a molt a la veïna hi ha vegades que li deixo caure una miqueta el que em passa”***
- [P3]: Cuando tiene algún problema no se lo cuenta a nadie, se lo guarda para ella: ***“i tanto que me lo quedo para mí....”***

Categoría 7: Escasa o nula utilización de los servicios sanitarios

Tanto la primera como la tercera participante, no van al médico ni a su enfermera des de hace más de dos años. La segunda participante sólo acude

al centro de atención primaria para realizarse analíticas y a su médico privado para tratar el tema de la vista. También manifestaba que iba al centro de salud mental para que le recetasen las pastillas para la depresión.

A ninguna de las tres participantes se le está haciendo ningún seguimiento ni se sabe tampoco por parte de los servicios sociales de la situación de riesgo social en la que se encuentran.

CONCLUSIONES

Los aspectos más relevantes encontrados en las diferentes categorías de estudio son:

- Cuando más solas se sienten es por la noche.
- La dificultad en la movilidad, la incapacidad para valerse por sí mismas o la pérdida de autonomía en el desarrollo de las actividades cotidianas, se asocian muy directamente con el sufrimiento de la soledad.
- La principal fuente de satisfacción derivada de vivir solas es el sentimiento de independencia que les proporciona el poder hacer lo que quieran en cada momento.
- La principal fuente de insatisfacción derivada de vivir solas es la falta de compañía que sienten por parte de familiares y amigos.
- La principal estrategia que utilizan para combatir la soledad es ver la televisión.
- Las principales necesidades detectadas como alteradas en las tres mujeres son: la nutrición, el sueño y la comunicación.
- Las tres participantes realizan un uso deficiente de los servicios sanitarios.

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.

Teniendo en cuenta que la puerta de entrada al sistema sanitario es la Atención Primaria (AP) y que el colectivo de las personas mayores utiliza muy especialmente este servicio, los profesionales de AP son, a menudo, los que tienen la oportunidad de detectar y abordar sus necesidades, al mismo tiempo que ejercen un papel determinante en la coordinación y la integración del proceso asistencial.

En la atención primaria existen diferentes programas que abordan la prevención, cronicidad, y la complejidad en la persona mayor pero

habitualmente se realiza una captación reactiva para la inclusión de la población que podría beneficiarse de estos programas.

Por los múltiples y distintos problemas que presentan estas personas y teniendo en cuenta que muchas veces les es imposible acceder a las consultas de atención primaria, considero necesario realizar una captación activa/proactiva de esta población vulnerable (por ejemplo haciendo un recuento de la gente mayor que vive en el municipio y no está yendo a la consulta), así como la realización de una atención diferenciada y ofrecer la ayuda necesaria para que puedan tener información y acceso a los recursos disponibles, tanto sanitarios como sociales.

Considero conveniente y oportuno, seguir la evolución de esta población para poder evaluar los cambios en la funcionalidad y en otras áreas que se produzcan, lo que está englobado en realizar sucesivas valoraciones geriátricas integrales. También, se debería incidir en la realización de intervenciones dirigidas a la promoción y prevención de salud de este colectivo, planificando intervenciones que aborden más específicamente temas de nutrición, sueño y comunicación ya que son las necesidades alteradas detectadas más prevalentes en este grupo de población, con el objetivo de intentar evitar que la fragilidad se convierta en incapacidades evitables.

Creo que la permanencia residencial en el entorno habitual y la provisión de servicios centrados en las necesidades de las personas y en sus preferencias constituyen un desafío para el futuro próximo. Por este motivo, espero que los resultados de este trabajo sirvan para avanzar en un conocimiento más profundo sobre la vulnerabilidad social de este colectivo que sirva de apoyo a nuevas intervenciones de enfermería para mejorar la calidad de vida de las personas mayores de acuerdo a su derecho de optar por la forma de residencia deseada.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Causapié Lopesino P. Envejecimiento activo. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2011. [acceso 3 de enero de 2015].
Disponible en:
http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf
- 2) López Doblas, J. Personas mayores viviendo solas. La autonomía como valor en alza. Madrid: IMSERSO; 2005. [acceso 4 de noviembre de 2014].
Disponible en:
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/lopezpersonas solas-01.pdf>
- 3) Instituto Nacional de Estadística. Notas de prensa: Proyección de la población de España 2014-2064. INE; 2014. [acceso 12 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np870.pdf>
- 4) Instituto Nacional de Estadística. Notas de prensa: Encuesta Continua de Hogares. INE; 2015 [acceso 19 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np903.pdf>
- 5) Abellán García A . A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estados de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2007. [acceso 28 de noviembre de 2014].
Disponible en:
<http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/apropositoconpm.pdf>
- 6) Puig Llobet M, Lluch Canut M, Rodríguez Ávila N. Valoración de enfermería: detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo. Gerokomos. [revista en línea]* 2009 [acceso 27 de noviembre de 2014] 20(1) Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2009000100002

- 7) Rodríguez Martín M. La soledad en el anciano. Gerokomos. [revista en línea]* 2009 [acceso 30 de noviembre de 2014] 20(4). Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134928X2009000400003&script=sci_arttext
- 8) Boletín sobre el envejecimiento. La soledad de las personas mayores. Observatorio de Personas Mayores. IMSERSO. Diciembre 2000. [acceso 12 de diciembre de 2014]. Disponible en:
<http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/boletino3.pdf>
- 9) Iglesias de Ussel J. La soledad en las personas mayores: influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo. IMSERSO. Madrid 2001. [acceso 12 de diciembre de 2014]. Disponible en:
<http://www.iscet.pt/sites/default/files/obsolidao/Artigos/La%20soledad%20en%20las%20personas%20mayores.pdf>
- 10) Martín Lesende I . Atención a las personas mayores desde la atención primaria. Barcelona: SEMFYC; 2004. [acceso 1 de mayo de 2015]. Disponible en:
https://www.semfyc.es/es/biblioteca/virtual/detalle/Atencion_personas_mayores/
- 11) García López M , Rodríguez Ponce C , Toronjo Gómez A . Enfermería del anciano. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2009
- 12) Programa d'atenció a la gent gran (Document propi proporcionat per la tutora)

- 13)** Aguado Amo R. Consens sobre les activitats preventives a l'edat adulta dins l'atenció primària. Barcelona: Direcció General de Salut Pública ; 2005. [acceso 1 de mayo de 2015]. Disponible en:
http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/hipertensio_arterial/documents/livre_blanc.pdf
- 14)** Litago-Gil C, Martín-Lesende I, Luque-Santiago A, Alba-Romero C, Baena-Díez J.M, Hoyos-Alonso M.C et al. Actividades preventivas en los mayores. Aten Primaria. [revista en línea]* 2005 [acceso 1 de mayo de 2015] 36: 93-101. Disponible en:
<http://www.papps.es/upload/file/recomendaciones/2005/10-expertos-mayores.pdf>
- 15)** Cegri Lombardo F, Brugués i Brugués A, Fabrellas i Padrés N, Vidal i Millà A, Catalunya. Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut . Barcelona: Departament de Salut; 2010. [acceso 1 de mayo de 2015] Disponible en:
<http://www.gencat.cat/ics/professionals/pdf/atdom.pdf>
- 16)** Guiasalud.es, Biblioteca de guías de práctica clínica [sede Web]*. Sistema Nacional de Salud; 2002 [actualizada el 29 de abril de 2015; acceso 1 de mayo de 2015]. Disponible en:
<http://portal.guiasalud.es/web/guest/guiaspractica-clinica>
- 17)** PPAC, CCP-UVic/ICO/CCOMS. Guia per a la implementació territorial de projectes de millora en l'atenció a la complexitat. Generalitat de Catalunya. Versio 5.1 del 16 de maig de 2013. [acceso 1 de mayo de 2015] Disponible en:
http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/arxius/guia_complexitat_5_1.pdf

- 18)** Admetlla M, Beni C, Blay C, Bonet P, Canudas J, Contel J.C et al. Pacient Crònic Complex. Projecte de programa d'atenció al pacient crònic complex. Generalitat de Catalunya; 2012. Versió 1.1. [acceso 1 de mayo de 2015] Disponible en:
http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicas/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/pcc_juny_2012.pdf
- 19)** Enfermeriaactual.com. Metodología Enfermera [sede Web]*. 2013 [actualizada el 12 de marzo de 2015; acceso 1 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://enfermeriaactual.com/metodologia-enfermera/>
- 20)** Coll M, Ondiviela A. Salut a casa. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2002. [acceso 1 de mayo de 2015]. Disponible en:
http://www.gencat.cat/salut/botss/pdf/salut_a_casa.pdf
- 21)** Sanjoaquín Romero A.C, Fernández Arín E, Mesa Lampré M.P, García-Arilla Calvo E. Valoración Geriátrica Integral. Antón Jiménez, Abellán Van Kan G. Tratado de geriatría para residentes. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia; 2007. [acceso 1 de mayo de 2015]. Disponible en:
<http://www.segg.es/tratadogeriatria/main.html>
- 22)** Martín Lesende I, Gorroñogoitia Iturbe A, Gómez Pavón J, Baztán Cortés J, Abizanda Soler P. El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. Atención Primaria [revista en línea]* 2010 [acceso 1 de mayo de 2015] 42(7): 388-393. Disponible en:
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13152028&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=76&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v42n07a13152028pdf001.pdf

- 23)** Palacios-Ceña D, Corral Liria L. Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. *Enferm Intensiva*. [revista en línea]* 2010 [acceso 15 de noviembre de 2014] 21(2): 68-73. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-fundamentos-desarrollo-un-protocolo-investigacion-13150317>
- 24)** González Gil T, Cano Arana A. Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: tipos de análisis y proceso de codificación. *Nure Inv* [revista en línea]*. 2010 [acceso 17 de diciembre de 2014] (45). Disponible en:
http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/concepto44.pdf
- 25)** Idescat.cat. El Vendrell Población por grupos de edad. 2014. [sede Web]* [actualizada el 30 de abril de 2015; acceso 1 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.idescat.cat/emex/?id=431634&lang=es#h4>
- 26)** Elvendrell.net, Ajuntament del Vendrell [sede Web]* [acceso 1 de mayo de 2015] Disponible en: <http://www.elvendrell.net>
- 27)** Baturone M. Atención a pacientes pluripatológicos. 2nd ed. Sevilla: Junta de Andalucía; 2007. [acceso 28 de noviembre de 2014]. Disponible en:
http://www.opimec.org/media/files/PAI_Pluripatologico_2007.pdf
- 28)** Ome.es. Observatorio de metodología enfermera. [sede Web]* Madrid [acceso 1 de mayo de 2015]. Disponible en:
http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=424#ancla3
- 29)** Ulceras.net, Espacio divulgativo sobre heridas. [sede Web]*; Ulceras.net; 2001 [actualizada el 15 de abril de 2015; acceso 1 de mayo de 2015]. Disponible en www.ulceras.net/monograficos/ESCALA%20EMINA.pdf

ANEXOS

Anexo I: Perfil de las participantes	56
Anexo II: Valoración funcional; Índice de Lawton y Brody	57
Anexo III: Valoración cognitiva; Test de Pfeiffer	58
Anexo IV: Valoración emocional; Escala de depresión de Yesavage	59
Anexo V: Valoración social; Escala de Gijón	60
Anexo VI: Guión entrevista semiestructurada	61
Anexo VII: Guión aproximado valoración necesidades Virginia Henderson	62
Anexo VIII: Consentimientos informados	68
Anexo IX: Participante 1	71
Entrevista semiestructurada	72
Necesidades según Virginia Henderson	79
Escala de valoración geriátrica	87
Anexo X: Participante 2	91
Entrevista semiestructurada	92
Necesidades según Virginia Henderson	102
Escala de valoración geriátrica	109
Anexo XI: Participante 3	113
Entrevista semiestructurada	114
Necesidades según Virginia Henderson	118
Escala de valoración geriátrica	124

ANEXO I: PERFIL DE LAS PARTICIPANTES

Participantes	P1	P2	P3
Edad (años)	87 años	89 años	85 años
Tiempo viviendo sola	20 años	8 años	11 años
Motivo vivir sola	Muerte marido	Muerte marido	Muerte marido
Estado civil	Viuda	Viuda	Viuda
Estudios	Analfabeta	Bachiller	Analfabeta
Dependencia	Moderada	Moderada	Moderada
Hijos	5 hijos	No	4 hijos
Soporte familiar	Nuera	No	Sobrino
Ayuda a domicilio	Nuera	Trabajadora	No
Relaciones vecinales	Vecina amiga	Vecina	No
Amigos	Vecina amiga	No	No
Depresión	Probable depresión	Depresión establecida	Depresión establecida
Vivienda	Piso 3ª planta (muy antiguo). Alquiler	Ático. (muy nuevo) Vivienda propia	Casa (muy antigua) Alquiler
Ascensor	No	Sí	No
Ingresos económicos	250 €	700 €	524 €
Tele alarma	No	Sí	No
Animales compañía	No	No (muerte perro reciente)	No

ANEXO II

VALORACION FUNCIONAL:

ÍNDICE PARA LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA DE LAWTON Y BRODY ²⁷

CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
No es capaz de usar el teléfono	0
HACER COMPRAS	
Realiza independientemente todas las compras necesarias	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
CUIDADO DE LA CASA	
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional para trabajos pesados	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
No participa en ninguna labor de la casa	0
LAVADO DE LA ROPA	
Lava por sí solo toda su ropa	1
Lava por sí solo pequeñas prendas	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
No viaja	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1
Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0
No es capaz de administrarse su medicación	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS	
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo.	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1
Incapaz de manejar dinero	0

Puntuación	Dependencia
0-1	Total
2-3	Severa
4-5	Moderada
6-7	Ligera
8	Independencia

ANEXO III

VALORACION COGNITIVA: TEST COGNITIVO DE PFEIFFER²⁷

1. ¿Qué día es hoy? (día del mes, mes, año)
2. ¿Qué día de la semana es hoy?
3. ¿Dónde estamos ahora?
4. ¿Cuál es su número de teléfono? o... ¿cuál es su dirección? (si no tiene tlf)
5. ¿Cuántos años tiene?
6. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento? (día, mes y año)
7. ¿Quién es ahora el presidente del Gobierno?
8. ¿Quién fue el anterior presidente del Gobierno?
9. ¿Cuáles son los 2 apellidos de su madre?
10. Restar de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0
Puntuación Total.....

Puntuación (restar un error si el paciente es analfabeto)	
0-2 errores	Normal
3-4 errores	Leve deterioro cognitivo
5-7 errores	Moderado deterioro cognitivo
8-10 errores	Importante deterioro cognitivo

ANEXO IV

VALORACION EMOCIONAL:

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE(versión reducida)²⁷

VERSIÓN REDUCIDA		
¿En general está satisfecho/a con su vida?	SI =0	NO =1
¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI =1	NO =0
¿Siente que su vida está vacía?	SI =1	NO =0
¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SI =1	NO =0
¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI =0	NO =1
¿Teme de algo malo pueda ocurrirle?	SI =1	NO =0
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI =0	NO =1
¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	SI =1	NO =0
¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?	SI =1	NO =0
¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	SI =1	NO =0
¿En este momento, piensa que es estupendo estar vivo?	SI =0	NO =1
¿Actualmente se siente un/a inútil?	SI =1	NO =0
¿Piensa que su situación es desesperada? ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI =1	NO =0
¿Se siente lleno/a de energía?	SI =0	NO =1
¿Cree que la mayoría de la gente está en mejor situación que Vd?	SI =1	NO =0
TOTAL		

Puntuación	
0-5 puntos	Normal
6-9 puntos	Probable depresión
= > 9 puntos	Depresión establecida

ANEXO V

VALORACION SOCIAL:

ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR DE GIJÓN²⁷

SITUACIÓN FAMILIAR	
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	1
Vive con cónyuge de similar edad	2
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
Vive solo y tiene hijos próximos	4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5
SITUACIÓN ECONÓMICA	
Más de 1.5 veces el salario mínimo	1
Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	2
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	3
LISMI – FAS – Pensión no contributiva	4
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior ("4").	5
VIVIENDA	
Adecuada a necesidades	1
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños,...)	2
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción,...)	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	5
RELACIONES SOCIALES	
Relaciones sociales	1
Relación social sólo con familia y vecinos	2
Relación social sólo con familia o vecinos	3
No sale del domicilio, recibe visitas	4
No sale y no recibe visitas	5
APOYO DE LA RED SOCIAL	
Con apoyo familiar y vecinal	1
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
No tiene apoyo	3
Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	4
Tiene cuidados permanentes	5

Puntuación	
5-9 puntos	Buena/Aceptable situación social
10-14 puntos	Existe riesgo social
= > 15 puntos	Problema social

ANEXO VI

GUION ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

- 1) ¿Cómo ha cambiado su vida desde que vive sola?
- 2) ¿Cómo se siente con respecto a su salud en su situación actual?
- 3) ¿A quién llama cuando necesita ayuda, como por ejemplo, cuando se pone enferma, necesita ir al hospital, comprar comida...etc.?
- 4) ¿Cuáles son las cosas que le dan mayor satisfacción por el hecho de vivir sola?
- 5) ¿Cuáles son las cosas que le provocan menor satisfacción por el hecho de vivir sola?
- 6) ¿Cómo definiría el sentimiento de soledad desde su situación particular?
- 7) ¿En qué momento del día se siente más sola (todo el día, por la noche, solo por el día, los fines de semana, días festivos...etc.)?
- 8) ¿Qué actividad realiza cuando se siente sola?

ANEXO VII

GUIÓN APROXIMADO DE ELABORACIÓN PROPIA PARA LA VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES SEGÚN VIRGINIA HENDERSON ^{15,28}

MATERIAL UTILIZADO PARA RECOGER LAS NECESIDADES:

- Móvil para grabar
- Guión para valorar las necesidades
- Pulsioxímetro
- Tensiómetro digital
- Termómetro

1. NECESIDAD DE RESPIRAR

- Constantes:
 - FR:
 - FC:
 - TA:
 - SatO₂:
- ¿Presenta dificultad para respirar? ¿En qué momentos?
- ¿Se cansa con facilidad?
- ¿Toma inhaladores?
- ¿Es o ha sido fumadora?

2. NECESIDAD DE COMER Y BEBER DE FORMA ADECUADA

- ¿Qué cantidad de agua bebe al día aproximadamente?
- ¿Qué tipo de comida suele preparar; cosas cocinadas por usted o comida que ya viene preparada?

Hábitos alimentarios (número de comidas al día):

- Desayuno:
- Media mañana:
- Comida:

- Merienda:
- Cena:
- ¿Suele tener apetito normalmente o más bien come sin tener hambre?
- ¿Tiene dificultad para masticar, tragar? ¿Lleva prótesis dental?
- ¿Acostumbra a comer sola?
- ¿Qué alimentos son los que más le gustan?

Datos antropométricos aproximados:

- Peso:
- Altura:
- IMC
- Escala Nutrition screening initiative:²⁵

TEST DE INICIATIVA NUTRICIONAL (Washington, DC)		Sí	No
1. ¿Tiene una enfermedad o malestar que le haya hecho cambiar el tipo o cantidad de alimento que come?	2	0	
2. ¿Realiza menos de 2 comidas al día?	3	0	
3. ¿Come pocas frutas, verduras o productos lácteos?	2	0	
4. ¿Toma 3 vasos o más de vino, cerveza o licor al día?	2	0	
5. ¿Tiene problemas en la boca o dentadura que le causen dificultad al comer?	2	0	
6. ¿En ocasiones le falta dinero para comprar la comida que necesita?	4	0	
7. ¿Come solo la mayor parte del tiempo?	1	0	
8. ¿Toma 3 o más fármacos prescritos al día?	1	0	
9. Sin pretenderlo ¿ha perdido o ganado 5kg en los últimos 6 meses?	2	0	
10. En ocasiones ¿es incapaz físicamente de comprar, cocinar o alimentarse a sí mismo?	2	0	

Puntuación	
0-2 puntos	Bueno. Reevaluar la puntuación nutricional en 6 meses.
3-5 puntos	Riesgo nutricional moderado. Tomar medidas para mejorar los hábitos alimentarios y el estilo de vida. Reevaluar en 3 meses.
= > 6 puntos	Riesgo nutricional alto. Lleve el cuestionario a su médico, especialista en dietética u otros profesionales de salud cualificados y pida ayuda para mejorar su estado nutricional

3. NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS CORPORALES

- ¿Es continente tanto para orinar como para hacer de vientre?
- ¿Utiliza algún tipo de pañal o compresa?
- ¿Cuántas veces va al día al baño a orinar aproximadamente?
- ¿Cuántas veces va al día al baño a hacer de vientre?
- ¿Toma algún laxante o diurético?

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS

- Test AIVD Lawton y Brody:
- ¿Utiliza alguna ayuda física como un bastón o caminador?
- ¿Considera que ha disminuido su movilidad?
- ¿Tiene rigidez en alguna articulación?
- ¿Tiene dolores músculo-esqueléticos?
- ¿Suele salir a pasear o suele quedar-se más en casa? ¿Cuántos días a la semana sale a pasear? ¿Cuántas horas?
- ¿Limpia usted la casa o le ayuda alguien?

5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

- ¿A qué hora se va a dormir y a qué hora se levanta?
- ¿Le cuesta dormir? Si es así, ¿por qué cree que le cuesta?
- ¿Toma alguna infusión o algún medicamento para poder dormir?
- ¿Realiza siesta?
- ¿Se levanta con energía por la mañana o más bien se suele levanta cansada?

6. NECESIDAD DE USAR ROPAS ADECUADAS, VESTIRSE Y DESVESTIRSE

- ¿Necesita ayuda para vestirse o desvestirse?
- ¿Cómo suele ir vestida?

(Valorar el aspecto que presenta en cuanto a limpieza de ropa, calzado, complementos)

7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES

- Temperatura corporal:
- ¿Suele tener frío o calor?

8. NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL.

- Escala Emina (Riesgo UPP): ²⁹

	Estado mental	Movilidad	Humedad R/A Incontinencia	Nutrición	Actividad
0	Orientado	Completa	No	Correcta	Deambula
1	Desorientado, apático o pasivo	Ligeramente limitada	Urinaria o fecal ocasional	Ocasionalmente incompleta	Deambula con ayuda
2	Letárgico o hiperkinético	Limitación importante	Urinaria o fecal habitual	Incompleta	Siempre necesita ayuda
3	Comatoso	Inmóvil	Urinaria y fecal	No ingesta	No deambula

0	Sin riesgo
1-3 puntos	Riesgo bajo
4-7 puntos	Riesgo medio
8-15 puntos	Riesgo alto

- ¿Cada cuando se ducha entera (cabeza y cuerpo)?
- ¿Necesita ayuda para ducharse?
- ¿Cuándo se lava los dientes?
- ¿Se hidrata la piel con cremas?

9. NECESIDAD DE SEGURIDAD

- Test de Pfeiffer:
- Escala Dowton (Valoración del riesgo de caída): ²⁷

Caídas previas	No	0
	Sí	1
Medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes-sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
Déficits sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus...)	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulaci3n	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
	Imposible	1

0-2 puntos	Riesgo bajo
3-4 puntos	Riesgo medio
5-9 puntos	Riesgo alto

- ¿Tiene alguna alergia?
- ¿C3mo se ve y se siente f3sicamente?
- ¿Qu3 tratamiento farmacol3gico sigue?
- ¿Sigue el tratamiento farmacol3gico prescrito por el m3dico o hay alguna medicaci3n que no se toma?

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE CON LOS DEMÁS.

- Escala de depresi3n geriátrica de Yesavage:
- Idioma:
- ¿Se considera extrovertida o m3s bien reservada?
- ¿Con qui3n suele compartir sus problemas? ¿A qui3n se los cuenta?
- ¿Le cuesta pedir ayuda?
- ¿Lleva gafas o aud3fono?

11. NECESIDAD DE VIVIR DE ACUERDO CON SUS PROPIAS CREENCIAS Y VALORES

- ¿Es católica? Si es así, ¿Qué importancia tiene la religión en su vida?
- ¿Tiene miedo a la muerte?

12. NECESIDAD DE TRABAJAR PARA SENTIRSE REALIZADO

- ¿De qué ha trabajado anteriormente?

13. NECESIDAD DE PARTICIPAR EN DISTINTAS FORMAS DE ENTRETENIMIENTO

- ¿Qué le gusta hacer, es decir, cuáles son tus pasatiempos o distracciones habituales?
- ¿Suele sentirse aburrida?

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

- ¿Sabe leer?
- ¿Sabe escribir?
- ¿Tiene interés por aprender cosas nuevas?

ANEXO VIII

PARTICIPANTE 1

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

MANIFIESTO:

Que fui informado/a del estudio por la estudiante de enfermería Irene Martín Barbó. He podido conversar con ella y hacer todas las preguntas sobre el estudio necesarias para comprender las condiciones del mismo. Comprendí toda la información que se me proporcionó y mis dudas fueron aclaradas satisfactoriamente.

CONSIENTO:

Libremente mi conformidad para participar en el estudio, teniendo en cuenta que mi participación es voluntaria y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Firma del participante:



Firma de la responsable:



El Vendrell, 13 de Diciembre de 2014

PARTICIPANTE 2

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

MANIFIESTO:

Que fui informado/a del estudio por la estudiante de enfermería Irene Martín Barbó. He podido conversar con ella y hacer todas las preguntas sobre el estudio necesarias para comprender las condiciones del mismo. Comprendí toda la información que se me proporcionó y mis dudas fueron aclaradas satisfactoriamente.

CONSIENTO:

Libremente mi conformidad para participar en el estudio, teniendo en cuenta que mi participación es voluntaria y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Firma del participante:



Firma de la responsable:



El Vendrell, 7 de Febrero de 2015

PARTICIPANTE 3

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

MANIFIESTO:

Que fui informado/a del estudio por la estudiante de enfermería Irene Martín Barbó. He podido conversar con ella y hacer todas las preguntas sobre el estudio necesarias para comprender las condiciones del mismo. Comprendí toda la información que se me proporcionó y mis dudas fueron aclaradas satisfactoriamente.

CONSIENTO:

Libremente mi conformidad para participar en el estudio, teniendo en cuenta que mi participación es voluntaria y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Firma del participante:



Firma de la responsable:



El Vendrell, 10 de Gener de 2015

ANEXO IX

PARTICIPANTE 1

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

1. ¿Cómo ha cambiado su vida desde que vive sola?

Pues mi vida, a lo primero de vivir sola estaba muy triste, porque hace ya veinte años que se me fue mi marido y ahora también hace un año y medio que se me fue mi hija, que era joven todavía. Hombre, mucha pena... he llorado mucho porque son los míos.

Pero luego yo no... yo no... yo me levanto por la mañana, cojo y me lavo la cara, me tomo mi café, me pongo mi tele por la mañana un rato y veo lo que hay, luego me hago mi comida al mediodía, me levanto hago otra poquita de cosa... no mi vida ha sido muy bonita y lo es. Ahora, los recuerdos nunca se te olvidan eh, cuando me acuerdo de mi marido y mi hija siempre se me pone una lágrima, las cosas como son, porqué es que son los tuyos, mi hija se ha ido demasiado joven "caray".

El otro día tuve aquí a mi nieta, a la que se le murió su madre y me contaba cosas de ella y mira... estuvimos aquí las dos un ratico y es eso... que eso no se te olvida nunca la muerte de un hijo, lo tienes aquí para toda tu vida.

También se me murió una hija a los tres meses, a lo primero de venir aquí. Por aquel entonces, los médicos no sabían la mitad de las cosas y a mi niña le dio a las cinco de la mañana meningitis y daba unos gritos, que se iba "patrás" con la cabeza. Entonces la lié en una manta y me fui al médico, y este me dijo: *Tu niña se ha quedado ciega. Y le dije: Mira no me digas eso ahora, dime si hay algún remedio para salvarla y ya está. Y me dijo: Bueno, no tiene solución pero si usted quiere ponerle un suero para su tranquilidad póngaselo.* Y se lo puse y se me murió por la calle.

Pues sí, yo he pasado mucho, he pasado mucho... pero ahora, ahora me he tranquilizado yo de que estoy sola y he pensado bueno, pa que quiero...sí es verdad que cuando pienso como ahora que estoy pensando lo primero que hago es llorar pero no quiero, no quiero llorar ya más. Que he estado llorando un año entero cuando se me murió mi hija que no podía ni comer, cada día era llorar y llorar y llorar...y no podía estar así. Es que yo soy una persona de una manera que si me pongo muy nerviosa, después digo *¡eh, se acabó!* Me seco

las lágrimas y ahora voy a comer, ahora voy hacer esto, ahora voy hacer aquello. Que no soy de las que se caen, que me levanto rápido, es lo mejor, sino ya me habría ido yo también.

Y ahora yo por la mañana me levanto y me hago mi comida, veo mi tele que me veo un montón de novelas, una detrás de otra... mira, des de las seis de la tarde, hasta las once menos cuarto de la noche son novelas lo que hay en la Nova, pues yo me las trago todas. Unas me gustan más otras me gustan menos...cuando me canso me voy a la ventana un rato, porque sentada todo el rato no puedo estar, camino pacá y pallá por casa y luego si hace bueno como hoy a las tres del mediodía me bajo abajo a la calle con esta mujer vecina mía y nos paseamos calle arriba, calle abajo. Eso es lo que hago, estoy bien.

Hombre el primer año de estar sola después de la muerte de mi marido lo pase muy mal, ¿tú sabes que es, que lo sentía subir por las escaleras y todo? Como el siempre se había ahogado un poco lo sentía haciendo: *Ay, ay...* y como yo soy así, de los nervios que me entraban le decía: *Pero pasaaa que nos haremos un café.* Me levantaba y miraba y decía: *Pero si no está.* Pues yo después de haber muerto mi hija, la he visto aquí también. Un día estoy así sentada y hago así y digo: *¡Ayy que has venido!* La tenía aquí su cabeza, o era mi imaginación o lo que sea no lo sé, pero la vi. Otro día también la vi entrar por ahí (*me señala la escalera*) así agachada y se metió pallá, entonces fui corriendo pallá y no vi nada claro. Me pasan muchas cosas de estas y aun me siguen pasando eh. Pero bueno, es así, yo no... mi vida está muy bien. Estoy sola y me gusta estar sola, uyy me encanta.

– **Si ahora te dijeran tus hijos que te fueras a vivir con ellos ¿qué les dirías?**

Noooooo! ay nooo! Este hijo mio de aquí cerca me ha querido llevar con él ya cincuenta veces. Me dice: *Vente, que aquí hay una terraza y tomas el sol, ahí no vas a tener que hacer nada...* y le digo: *Tú me dejas a mí aquí que este es mi tragin, que esta es mi casa y si me sacas de aquí me muero en dos días.* Y es verdad eh, a mi no me pueden sacar de aquí, no, no, no, no, a mi si me sacan de aquí yo no, no, no...yo quiero estar aquí y ya está, que estoy muy bien aquí hija mía.

2. ¿Cómo se siente con respecto a su salud en su situación actual?

Bueno, la pierna camino mal porqué la pierna no está bien... los huesos... La otra noche aquí mira (*me hace tocar-le el pecho*) ¿No notas ahí un bulto? Eso es un hueso de aquí que se ha deformado un poco y mira donde me ha ido a parar aquí, y me asusté porque digo: *Ay, ¿Qué tengo yo aquí?* Y entonces me miro y digo: *Caray si es un hueso*. Entonces me puse un poquito de pomada y ya no me duele, pues ¡déjalo ahí!, que más me da a mí que este ahí más parriba o más pabajo. Yo mi hijo me dice: *¿Cuando te vas a venir conmigo?* Y yo le digo: *Cuando no ande de aquí allí, que no pueda hacerme ni un plato de sopa entonces ya hablaremos*.

Andar me cuesta un poquito, pero como tengo la muleta, la muleta como tengo este brazo que me duele también, pues tampoco puedo dejarme caer mucho como antes pero bueno me sirve para sujetarme, pero bueno de momento para caminar me apaño. Mira yo por aquí por casa date cuenta verás, por aquí por casa me voy cogiendo aquí (*se pone a andar apoyándose a ratos en la pared*), y cuando voy por aquí el medio ¿mira ves? (*se apoya en la mesa y la silla*) Pero mira la pierna como la llevo, ¿no lo ves? (*se levanta la falda y me enseña la pierna derecha que la tiene totalmente deformada*)

– ¿Y como es que tienes la pierna así?

Del hueso, que los tengo todos deformados, pero mira yo me apaño con muleta o sin muleta y friego mis platos y hago mis cosas. De momento me voy haciendo mis cosas. La muleta la cojo sobre todo para bajar las escaleras y por la calle también porqué me ayuda a sujetarme. Estoy bien de momento. El otro día me llamaron por teléfono también, y cuando le dije los años que tenía me dijo: *No puede ser, si hablas de una manera que...* Entonces le dije: *Oye porque te tengo que engañar, porque te voy a decir que tengo menos ni que tengo más, tengo ochenta-i-siete años cumplidos en enero*.

– ¿Quién te llamo?

Me llaman a mi mucho, me llaman; que si te bajo el gas, que si te subo la luz, que si te bajo la luz, que si te... y siempre digo: *Todo lo tengo bien, todo me lo han arreglado y lo tengo bien*. No me hace falta nada. Me dicen: *Ayy, ¿quieres*

que pasemos? Y digo: *Nooo, que a mí me gusta mucho estar sola y... es verdad, no tengo ganas así de tanto hablar, no sé... no, no, no, no vengas no que yo estoy bien*

3. ¿A quién llama cuando necesita ayuda, como por ejemplo, cuando se pone enferma, necesita ir al hospital, comprar comida...etc.?

No, no llamo a nadie. Yo estoy aquí, como vienen por la mañana a traerme mi nuera el pan y luego a la noche a cerrarme la puerta, pues si algo me pasa...

– **Entonces, ¿si te pasara algo no llamarías a nadie?**

No, es que pasa una cosa, que como yo no sé de leer y los números del teléfono los tenía grabados y a la única que puedo llamar es a mi hija de allí, que si algo me pasase muy grave alguna vez pues la llamaría a ella que es el único teléfono que tengo yo grabado ahí. Sino pues a la mañana o a la noche que es cuando vienen y ya está.

4. ¿Qué es lo mejor de vivir sola?

Pues yo la paz y la tranquilidad que tengo, porque me gusta estar tranquila mucho, eh. Yo estoy aquí, y mira si no me gusta lo que echan en la tele hago ¡clac! por la tarde o a la hora que sea, no me gusta pues la quito. Y entonces, me siento aquí en la silla, me pongo así y aquella paz que me siento, a veces cierro los ojos y me duermo, aquí, siempre me veras aquí sentada, ahí nunca (*me señala el sofá*) porque eso está más bajo y me duelen las piernas y yo estirarme no me gusta tampoco durante el día. Pues me siento aquí y alomejor me tiro una hora con la tele apagada y aquí así. Paz y tranquilidad, es lo único que yo necesito y ya está y como ya la tengo, pues ya está.

5. ¿Y lo peor de vivir sola?

Pues hombre... que echo en falta a los míos, es lo único, eso siempre. Echo en falta que si él estuviera aquí yo no estaría tan sola, echo en falta... no sé, a mis hijos que los tenía antes aquí todos...Lo demás nada, no echo en falta nada más que eso. Es que lo tuyo es lo que hechas en falta, la compañía. Porque antes tenía mucha gente aquí, uno sube el otro baja... pues aquello se ha

acabado y ahora es lo que echo en falta. Pero luego pienso un poco y digo... bueno si estoy sola y estoy bien.

Pues me voy a la ventana a ver a la gente pasar, hay veces que me asomo ahí mucho rato, me gusta asomarme ahí y me gusta bajar abajo a la calle un ratito a tomar el sol. Hoy en cuanto coma un poco bajaré abajo, llamaré a esta mujer vecina mía que tiene cuatro años más que yo, que esta ya no anda recta, esta se va pallá contra la pared, y nooo yo no la sujeto porqué sino yo me caigo si la sujeto a ella. Por eso ya pal pueblo no vamos mucho, no

El otro día nos fuimos pallá y nos tomemos un cortado allí que hay dos escaleras para bajar y la chica ya como nos conoce nos dijo: *Espera, espera, espera* y me cogió y le dije: *Pues este no me lo toques eh, que este brazo no me lo puedo tocar.* Me dijo: *Dame la muleta.* Me cogió la muleta, me cogió del brazo, me bajo por los escalones y le dije: *Bueno hombre que todavía las puedo bajar aunque sea a poco a poco.* Y se ríen conmigo porque yo siempre soy así. Y le digo a la Manuela: *Mira cuando llegue verano, si caminamos todavía, nos iremos allí a tomarnos un cafelito, como hay sillas en la puerta así no tenemos que bajar los escalones porque estamos en la calle (se ríe).* Mira yo estoy bien, echo de menos nada más que a los míos. Alguna vez me traen a mi biznieto que tiene cinco añitos y con este me rio mucho, me dice: *Yaya, yaya este brazo no te lo toco, este si ¿no?* Y le digo: *Sí.* Me siento ahí con él, se me pone así, nos hacen alguna foto y ya está... Pero yo, yo siempre digo: *Me quiero morir aquí aunque sea sola pero no me voy a ningún lao.* Eso se lo dije a mi hijo el otro día: *Si me sacas de aquí me muero.* Esta es mi casa, me voy pacá me voy pallá... no, no, no, a mi no me saques de aquí. Y me dice: *Bueno, quédate ahí, pero cuando no puedas caminar y no te puedas hacer la comida entonces ya hablaremos.* Pues que venga, me haga lo que sea y yo como aquí y me quedo aquí.

– **Es decir, ¿que aun así te quedarías en casa?**

Hombre...no se los años que voy a vivir todavía. Dios quiera que no viva tanto como para no poderme mover, quiero irme antes de que me pase eso. Pero si es así... entonces me tendré que ir, ¿haber qué hago? Pero mientras yo pueda moverme un poquillo, no me sacan de aquí, eso ya puedes estar tu tranquila.

Esta la tengo buena, mientras la tenga buena (*me señala la cabeza*) haré lo que yo decida. Las piernas las tengo más torpes, mientras pueda bajar abajo cuando no pueda bajar abajo pues no bajo me quedo aquí. Y le dije el otro día: *Y si tú no quieres venir a cuidarme un poco o a hacerme un plato de algo pues me apañaré de otra manera*, porque yo tengo una asistente social que me lo dijo, me vio como tenía la pierna hace años y me preguntó: *¿Todavía te vales?* Y le dije: *Yo sí*, y me dijo: *El día que no te puedas valer por ti misma no tienes nada más que llamarme.*

– **¿Y no tienes lo del botón este de tele asistencia?**

No, no, no tampoco tengo pero sí que me haría falta, pero bueno tampoco he dicho de... no sé. Antes tenía todos los números grabados y ahora no los tengo no sé... pero bueno tampoco me preocupa, lo que me tenga que pasar me pasará y ya está.

6. ¿Cómo definiría el sentimiento de soledad des de su situación particular?

Hombre pues yo desde mi situación... pues lo veo guapo, lo veo bonito. Pero que muy bien, porque me gusta estar sola, así son las cosas, que me encanta estar sola. Mira si tu ahora no llegas a venir, yo cojo y a la una o a las dos... es que como cuando quiero, me acuesto cuando quiero y eso es lo mío. Es que me gusta estar sola lo paso bien aquí solita. Pues ya está.

7. ¿En qué momento del día se siente más sola (todo el día, por la noche, solo por el día, los fines de semana, días festivos...etc.)?

No, no... Bueno, pero veo muchas cosas...muchas, muchas, cuando llega la noche y entonces pues es un poco triste cuando son las once, las doce y digo: *Ay, ay que ver, pues me voy a dormir.* Pues sí, rezo mucho para todos, para todos los que ya no están dios mío, y para mi hija y para todos los míos y me tiro un rato ahí...bueno (*se le caen algunas lagrimas*) y luego después pienso... bueno si estoy sola ¿Qué voy a hacer? Vete a la cama y te duermes y para ya el rollo. Entonces me voy a la cama, me acuesto pero veo muchas cosas cuando me acuesto eh.

– **¿Con los ojos cerrados?**

Con los ojos abiertos y con los ojos cerrados. De todas maneras lo veo eh. Cuando me acuesto veo muchas caras, muchas...pero ¡échale eh! Antes de dormir abro los ojos y veo en la pared en el armario unas caras horribles, otras más guapas y yo digo: *Ay, que estoy viendo Dios, va mejor que me duerma.*

Entonces hago así, me tapo un poco porque hace frío y cierro los ojos y me duermo y ya está. No sé si es bueno decirlo o no pero veo muchas cosas...muchas, muchas. La otra noche estaba mirando al techo que lo tengo lleno de placas porque no hay bigas como aquí y estaba todo lleno de estrellas y digo: *Ay, madre mía qué es esto.* Pero no me puedo mover, porque como haga así y me mueva un poco ¡Bum! desaparece todo. Así mirando me estuve bastante rato, y todo eran estrellas preciosas unas se movían otras no se movían. Veo muchas cosas. Pero bueno no tengo miedo eh, que si tuviera miedo no estaría aquí. Esta mujer vecina mía se larga por ahí, al chino o a comprar un cartón de leche cada día por no estar en su casa porque dice que tiene pánico a su casa pero yo no, esta es mi casa y yo porque tengo que irme de aquí. Pero sí que lo cierro todo bien cerrado, ya te digo echo esa llave más larga porque me pusieron otra cerradura abajo porque esa pequeña la tiene un montón de gente y yo que estoy acostada y siento pasos por aquí y estos cuando me cierran la puerta ya no vienen, y entonces ya está, ya estoy más tranquila. Por eso puse esa llave. Pues yo estando mi puerta cerrada ya no tengo miedo.

Estoy muy tranquila aquí solita... ahora no, visitas no cojo de nadie a no ser que la conozca, me dicen: *Ay Carmen ¿quieres que suba y hablamos un ratito?* Y yo les digo: *No, no, no que me canso de hablar yo, y se ríen (se ríe)*

8. ¿Qué actividad realiza cuando se siente sola?

Pues no hago nada, me pongo un poco triste que también me pasa de día igual que por la noche, estoy así...y el pensamiento siempre.... Pues eso porque estoy sola pero bueno estoy bien. Pero bueno, que tengo unos minutos, es como el que se cae y luego se levanta, pues eso es lo que hago yo que a veces me derrumbo pero digo ¡Eh! ¡Arriba!

NECESIDADES SEGUN VIRGINIA HENDERSON

1. NECESIDAD DE RESPIRAR

- Constantes:
 - o FR: 17 rxm
 - o FC: 65 lxm
 - o TA: 110/75 mmHg
 - o SatO₂: 99%

Expresa que no suele tener dificultades para respirar, pero que se cansa con facilidad a causa del dolor que tiene en los huesos y al andar ya que se tiene que ir parando a ratos. No toma inhaladores y nunca ha sido fumadora.

2. NECESIDAD DE COMER Y BEBER DE FORMA ADECUADA

Expresa que el agua no le gusta mucho pero que se suele hacer muchas manzanillas. No le gusta comer cosas *preparadas* "*en las cosas preparadas no sé qué es lo que hay allí y no quiero*" Manifiesta que suele comer la gran mayoría de días sopa de sobre "*antes me hacía muchas comidas y muchas cosas, pero ahora como no puedo tanto, lo que me hago es un plato de sopa bien lleno*"

"Eso sí, que no me falte la fruta eh" (Me abre la nevera que la tiene en el comedor y me enseña lo que tiene, básicamente fruta; mandarinas, naranjas, plátanos... un cartón de leche Pascual y un cartón de vino. No tiene ni verdura, ni otros lácteos, ni carne... prácticamente está vacía)

"Me suelo hacer mucho tortilla de patatas con cebolla, aunque cada vez me cuesta más volcarla porque ya no puedo con esta mano. Pues me hago una un poquito grande, la vuelco como puedo y la parto por medio y me guardo un trozo pa la noche y otro pa el día siguiente"

"Tortilla, sopa, fruta...esa es mi comida y no salgo de ahí, no, no, no, esas son mis comidas ya no busques otras"

- **¿No comes carne?**

"Uy carne no, la tengo aborrecida, la hacía para mi marido y entonces me gustaba, pero ahora comérmela no me apetece."

– **¿Y pescado comes?**

“Bueno, pescado de vez en cuando... una vez al mes compro bacalao, me lo hago frito con tomate y como durante tres días bacalao.”

“Esas son mis comidas, ya no busques otras”

Por la mañana desayuna un vaso de café *“bien grande, hasta arriba”*. Al mediodía, a las 15-15:30h expresa que come lo que sea como por ejemplo un platito de sopa y que por la noche suele comerse dos mandarinas o naranjas. Expresa que la gran mayoría de veces come porque piensa que tiene que comer *“si no como, me caigo”*

A veces se toma un jarabe para que le ayude a estimular el apetito (*me saca el jarabe de la nevera que se llama Mosegor®*, el principio activo del cual es: Pizotifeno)

No tiene dificultades para masticar ni para tragar. Lleva dentadura postiza. Siempre come sola. La comida que más le gusta es la fruta y la tortilla de patatas que es lo que suele comer.

– Datos antropométricos aproximados:

- Peso: 47kg
- Altura: 145cm
- IMC: 2,2 (Normopeso)

(Luego me enseña una habitación pequeñita donde guarda todo el resto de comida encima de una mesa y prácticamente lo que hay son los ingredientes de lo que me ha dicho que come: patatas, cebollas, tomate Solís, sobres de sopa, más fruta, café, aceite, sal y poca cosa más) La compra se la hace su nuera.

– Escala Nutrition screening initiative: **5 puntos; Riesgo nutricional moderado.**

NUTRITIONAL SCREENING INITIATIVE		Sí	No
1. ¿Tiene una enfermedad o malestar que le haya hecho cambiar el tipo o cantidad de alimento que come?	2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Realiza menos de 2 comidas al día?	3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Come pocas frutas, verduras o productos lácteos?	<input type="radio"/>	2	<input type="radio"/>
4. ¿Toma 3 vasos o más de vino, cerveza o licor al día?	2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Tiene problemas en la boca o dentadura que le causen dificultad al comer?	2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿En ocasiones le falta dinero para comprar la comida que necesita?	4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Come solo la mayor parte del tiempo?	<input type="radio"/>	1	<input type="radio"/>
8. ¿Toma 3 o más fármacos prescritos al día?	1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Sin pretenderlo ¿ha perdido o ganado 5kg en los últimos 6 meses?	2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. En ocasiones ¿es incapaz físicamente de comprar, cocinar o alimentarse a sí mismo?	<input type="radio"/>	2	<input type="radio"/>

3. NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS CORPORALES

Es continente urino-fecal. No utiliza ni pañal ni compresa. Expresa que va muchas veces al baño a lo largo del día, aproximadamente cada dos horas. Tiene un patrón fecal regular, suele ir una vez al día. No toma ni laxantes ni diuréticos.

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS

– Test AIVD Lawton y Brody: 4 puntos; Dependencia moderada

Utiliza una muleta para poder andar por la calle. Tiene un caminador que lo utilizó cuando tuvo una pierna enyesada pero ya no lo utiliza.

Expresa que del año pasado a este se ha notado un fuerte bajón y ha notado que ha disminuido su movilidad bastante *“me noto un poco más torpe, el año pasado bajaba mejor las escaleras y me movía mejor...pero bueno, aún me nuevo” (se ríe).*

Manifiesta que hay veces que le duelen las articulaciones sobretodo las piernas, rodillas y brazos, pero que por la noche antes de acostarse siempre se unta una pomada. Suele salir a pasear un rato al mediodía pero ahora hace cinco días que no sale ya que ha estado haciendo un poco de aire y le da miedo caerse.

Los días que se encuentra bien y hace buen día sale una hora al mediodía a la calle, llama a su amiga vecina y andan un poquito. Me cuenta que las dos se han caído juntas tres veces *“Yo siempre le digo: ¡pareces un muñeco de trapo! un día andando se cayó y con el bordillo se dio en la cabeza y pensé que se había matado y yo como no puedo cogerla, a la gente que pasaba le decía: ¡Por favor! ¡Levanten a esta mujer que yo no puedo! ¡Que yo no puedo conmigo!”*

Le ayuda a limpiar la casa su nuera, pero el comedor se lo intenta barrer ella como puede *“como yo no ensucio mucho, esto de aquí del comedor me lo barro yo, me pongo la escoba debajo del sobaco y ale, como es pequeñito”*

5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

– **¿A qué hora te vas a dormir?**

“¡Uyyy! Te vas a reír... ¡a las dos! Porqué veo las novelas y cuando acaban las novelas me pongo a ver las películas y me quedo aquí sentada mirando“

Se suele levantar a las nueve de la mañana. Expresa que le cuesta dormir porque ya se ha acostumbrado a dormirse a esta hora, y que si se acuesta antes no se puede dormir por qué entonces empieza a darle vueltas a la cabeza tumbada en la cama y a pensar, *“piensas en porqué no vienen a verte tus hijos, en que no sabes qué es lo que les has hecho para que no vengan a verte...porqué yo tengo cinco hijos ¡eh!...bueno cuatro con la que se me murió...”*

No toma ninguna medicación especial para dormir, solo una manzanilla. No realiza siesta. Cuando se levanta por la mañana se siente con energía.

6. NECESIDAD DE USAR ROPAS ADECUADAS, VESTIRSE Y DESVESTIRSE

Se viste y se desviste sola pero expresa que le cuesta porque *“este brazo no me funciona”*, pero que ella sola se *“apaña”*. Cuando se rompió el brazo, venía su nuera a vestirla cada mañana. Siempre va vestida, no le gusta ir con pijama por casa.

7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES

- Temperatura corporal normal: 36'1°C

En verano no suele tener ni frío ni calor, pero en invierno pasa un poco de frío, ya que el piso es muy antiguo y no dispone de calefacción, solo de una pequeña estufa que tiene en el comedor la cual se la pone en los pies. *“El comedor siempre lo tengo más caliente, me enciendo la estufa por la mañana, luego la quito un rato y por la tarde la vuelvo a encender hasta que me acuesto. He pagado un poco más de luz, pero bueno...”*

8. NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL.

- Escala Emina (riesgo UPP): 4 puntos; Riesgo medio UPP

	Estado mental	Movilidad	Humedad R/A Incontinencia	Nutrición	Actividad
0	Orientado	Completa	No	Correcta	Deambula
1	Desorientado, apático o pasivo	Ligeramente limitada	Urinaria o fecal ocasional	Ocasionalmente incompleta	Deambula con ayuda
2	Letárgico o hiperactivo	Limitación importante	Urinaria o fecal habitual	Incompleta	Siempre necesita ayuda
3	Comatoso	Inmóvil	Urinaria y fecal	No ingesta	No deambula

- **¿Cada cuanto se ducha entera (cabeza y cuerpo)?**

“Hombre entera, entera... en el plato de ducha ya no me puedo meter. Entonces lo que hago es en el comedor me pongo la estufa y de cintura para abajo me lavo yo con una esponja y una palangana” Alguna vez, viene su nuera a lavarle la espalda, los brazos y la cabeza, ya que ella no puede, aproximadamente viene cada dos semanas. Se lava los dientes al mediodía y a la noche. No se hidrata la piel con cremas.

9. NECESIDAD DE SEGURIDAD

- Test de Pfeiffer: 2 errors; Sin alteración cognitiva.
- Escala Downton (Valoración del riesgo de caída): 3 puntos; Riesgo medio de caída.

Caídas previas	No	0
	Sí	1
Medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes-sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
Déficits sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus...)	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulaci3n	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
	Imposible	1

No presenta alergias conocidas. Expresa que dentro de lo que cabe, se ve y se siente bien físicamente. Manifiesta que no va al médico *“hará unos dos años que no voy”*. Tampoco va a su enfermera.

Tratamiento farmacológico que manifiesta que sigue actualmente (*me lo enseña, lo tiene guardado en el caj3n de la mesita de noche*):

- **Noche**
 - o Omeprazol 20mg (*protector de est3mago*)
 - o Artilog 200mg [PA: Celecoxib] (*Antiinflamatorio y antialgico*)
 - o Dieta Sport bálsamo recuperador; se lo extiende por las piernas y los brazos. (*Alivia dolores musculares, reumáticos y neurálgicos, también elimina rigidez y entumecimiento*)
- **A veces al mediodía toma:**
 - o Mosegor® solución oral [PA: Pizotifeno] (*Estimulante del apetito*)

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE CON LOS DEMÁS.

- Escala de depresión geriátrica de Yesavage: 6 puntos; Probable depresión

Idioma: Castellano.

Se considera una persona muy habladora, con carácter y con mucha energía *“si no tuviera esta energía que tengo, ya no estaría sola aquí”*. Cuando tiene algún problema o le pasa algo se lo cuenta a su amiga vecina o se lo guarda para ella según qué cosas *“es que hace más de cuarenta años que vamos juntas por todos los lados”* No le cuesta pedir ayuda, si la tiene que pedir la pide. Expresa que oye y ve muy bien, no lleva gafas ni audífono.

11. NECESIDAD DE VIVIR DE ACUERDO CON SUS PROPIAS CREENCIAS Y VALORES

Es muy católica. La religión es muy importante para ella, des de bien pequeña. Cada noche antes de irse a dormir reza para toda su familia y para los que ya se han muerto. Me cuenta que des de hace dos años, cuando se acuesta, ve a una virgen blanca en su ventana. *“A veces no me creen, mi hijo me dice que la cabeza no la tengo bien, pero a mí me da igual, no me importa que no me creen”*

No tiene miedo a la muerte *“yo sé que me tengo que ir, y lo acepto porque es así, pero pienso que cuando me llegue la hora, quisiera estar en la cama y que fuera un sueño, que no sufriera”*.

12. NECESIDAD DE TRABAJAR PARA SENTIRSE REALIZADO

Toda su vida, des de los diez años de edad ha trabajado limpiando *“toda la vida he estado ahí, tirada al suelo, por eso tengo las rodillas así ¿Qué te crees? Toda la vida fregando”*

13. NECESIDAD DE PARTICIPAR EN DISTINTAS FORMAS DE ENTRETENIMIENTO

Le gusta ver la tele y salir a pasear un poco cuando puede. No suele sentirse aburrida, porque cuando se aburre siempre se pone a hacer algo: ver la tele, lavarse la ropa a mano...

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

No sabe ni leer ni escribir. Expresa que no tiene interés por aprender cosas nuevas pero que si tiene que aprender algo, lo aprende rápido porque tiene muy bien la memoria.

ESCALAS DE VALORACIÓN GERIÁTRICA

VALORACION FUNCIONAL:

ÍNDICE PARA LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA DE LAWTON Y BRODY⁴

CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
No es capaz de usar el teléfono	0
HACER COMPRAS	
Realiza independientemente todas las compras necesarias	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
CUIDADO DE LA CASA	
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional para trabajos pesados	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
No participa en ninguna labor de la casa	0
LAVADO DE LA ROPA	
Lava por sí solo toda su ropa	1
Lava por sí solo pequeñas prendas	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
No viaja	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1
Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0
No es capaz de administrarse su medicación	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS	
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo.	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1
Incapaz de manejar dinero	0

Puntuación	Dependencia
0-1	Total
2-3	Severa
4-5	Moderada
6-7	Ligera
8	Independencia

VALORACION MENTAL: TEST COGNITIVO DE PFEIFFER⁴

1. ¿Qué día es hoy? (día del mes, mes, año)
2. ¿Qué día de la semana es hoy?
3. ¿Dónde estamos ahora?
4. ¿Cuál es su número de teléfono? o... ¿cuál es su dirección? (si no tiene tlf)
5. ¿Cuántos años tiene?
6. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento? (día, mes y año)
7. ¿Quién es ahora el presidente del Gobierno?
8. ¿Quién fue el anterior presidente del Gobierno? X
9. ¿Cuáles son los 2 apellidos de su madre?
10. Restar de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0 X
Puntuación Total... 2 errores.....

Puntuación (restar un error si el paciente es analfabeto)	
0-2 errores	Normal
3-4 errores	Leve deterioro cognitivo
5-7 errores	Moderado deterioro cognitivo
8-10 errores	Importante deterioro cognitivo

VALORACION EMOCIONAL:

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE (versión reducida)⁴

VERSIÓN REDUCIDA		
¿En general está satisfecho/a con su vida?	SI = 0	NO = 1
¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI = 1	NO = 0
¿Siente que su vida está vacía?	SI = 1	NO = 0
¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SI = 1	NO = 0
¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI = 0	NO = 1
¿Teme de algo malo pueda ocurrirle?	SI = 1	NO = 0
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI = 0	NO = 1
¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	SI = 1	NO = 0
¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?	SI = 1	NO = 0
¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	SI = 1	NO = 0
¿En este momento, piensa que es estupendo estar vivo?	SI = 0	NO = 1
¿Actualmente se siente un/a inútil?	SI = 1	NO = 0
¿Piensa que su situación es desesperada? ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI = 1	NO = 0
¿Se siente lleno/a de energía?	SI = 0	NO = 1
¿Cree que la mayoría de la gente está en mejor situación que Vd?	SI = 1	NO = 0
TOTAL	6 puntos	

Puntuación	
0-5 puntos	Normal
6-9 puntos	Probable depresión
= > 9 puntos	Depresión establecida

VALORACION SOCIAL:

ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR DE GIJÓN⁴

SITUACIÓN FAMILIAR	
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	1
Vive con cónyuge de similar edad	2
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
Vive solo y tiene hijos próximos	4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5
SITUACIÓN ECONÓMICA	
Más de 1.5 veces el salario mínimo	1
Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	2
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	3
LISMI – FAS – Pensión no contributiva	4
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior ("4").	5
VIVIENDA	
Adecuada a necesidades	1
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños,...)	2
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción,...)	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	5
RELACIONES SOCIALES	
Relaciones sociales	1
Relación social sólo con familia y vecinos	2
Relación social sólo con familia o vecinos	3
No sale del domicilio, recibe visitas	4
No sale y no recibe visitas	5
APOYO DE LA RED SOCIAL	
Con apoyo familiar y vecinal	1
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
No tiene apoyo	3
Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	4
Tiene cuidados permanentes	5

Puntuación	
5-9 puntos	Buena/Aceptable situación social
10-14 puntos	Existe riesgo social
= > 15 puntos	Problema social

ANEXO X

PARTICIPANTE 2

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

1. ¿Com ha canviat la teva vida des de que vius sola?

M'ha canviat però... jo diria que un setanta per cent per no dir un noranta per cent malament, malament, malament vol dir.... depressió i que em noto que vaig baixant molt. Però vaig molt depressa, un setanta per cent és poc potser.

I ara, jo tenia un gosset i aquest gosset per mi era com un fill, perquè jo no he tingut mai fills. Se m'ha anat morint tota la família, també les meves amigues que tenien quatre i cinc anys menys que jo i aleshores, al morir-se, ¿que ha passat? Doncs que he agafat una depressió molt forta, molt forta, molt forta... que la veritat tant em fa morir com viure, aixíestic, molt malament. Des de que vaig perdre el gosset, que tot el diaestic plorant, ¡tot el dia!

– ¿Quan fa que va morir?

Ara per Nadal, se'm va anar a sobre per Nadal que se'm va morir, ohhh.... és que clar, ell no em parlava, que Deu hauria de fer això, donar-los veu com a nosaltres, que pobres només els hi falta parlar. Jo li deia al gosset: ¡oi que has fet! I em feia (*imita al gos*), i se m'abaixava el cap, com si dient ara aquesta em renyarà. Pegar-lo deu me'n guard, no el pegava mai. I li deia: ¡mira veus! I tenia un bastó que segons el que m'havia fet per exemple...que sé jo tonteries... jo li deia que es posés aquí o que es poses allà. Osigui pobret li deia: *oi que ets guapo Rocky*, es deia rocky, i em venia a les faldes. Ome escolta'm, escolta'm jo tenia una persona aquí que anàvem vivint els dos la mar de bé i ara se'm mor i m'he mort jo també, joestic moribunda. M'he notat un fort baixon des de la mort del gosset, per això et dic que un setanta per cent és poc. Enfin, això és el que hi ha queestic molt destrossada. Que més, quina pregunta més?

2. ¿Com et sens en relació a la teva salut en la teva situació actual?

Destrossada físicament, destrossada... ja ho dic, la depressió ho diu tot. Físicamentestic destrossada, no puc sortir al carrer, i mira que m'agrada sortir al carrer, però surto i ¡ay! quin mareig, o penso mira ara vindrà aquell i em preguntarà, així que passo per un altre costat.

– **¿No tens ganes de parlar?**

No tinc ganes de parlar. És terrible però no tinc ganes de parlar amb ningú. No, no i no em moc de casa per res, és terrible això. De tant en tant tinc a la veïna aquesta del costat que em diu: *Mari que no t'he vist, ¿que et passa?* La veïna, que és molt maca i té les claus de casa meva per si em passa alguna cosa. Doncs quan li dic: *mira que no em trobo gens bé*, em diu: *vols que anem al metge?* I li dic: *no, no, que m'ha de dir el metge...* em diu: *vols que fem això?* I li dic: *no, no*. Em diu: *hauries d'anar allà on anaves abans al casal dels avis*. Però, jo, m'agrada dir-ho perquè *(es posa a riure)*, li contesto: *¿perquè voleu que vagi allà? ¿Eh? ¿Perquè voleu que hi vagi? ¡Si tots són una colla de vellacos!*

Jo estic a punt de fer noranta anys em falten tres mesos, ¡estic a punt de fer els noranta anys! doncs jo... ¿no sóc vellaca jo? ¡Jo ja passo de vellaca! Doncs això és el que contesto: *¿allà amb els vellacos voleu que hi vagi que només saben que jugar a cartes i al domino? Au va! Aneu, aneu a dormir, aneu*. I aquí em quedo, a casa i a casa. Poso la televisió, m'agraden les pel·lícules d'acció, si no fan pel·lícules d'acció tanco la televisió i sinó a vegades la poso igualment, i com no hi sento gaire ara que vull mirar a veure si em miren la oïda, bueno a veure si es pot arreglar, doncs em poso els auriculars per sentir-hi i a vegades m'adormo tot amb els auriculars posats perquè me'ls poso molt baixets. Vull dir que, així anem passant.

3. ¿A qui truques quan necessites ajuda, com per exemple, quan et poses malalta, necessites anar a l'hospital, comprar menjar...etc.?

A la veïna que tinc al costat paret a paret. Bueno, tinc una amiga molt maca, molt bona, molt fantàstica, la millor del món... però aquesta la tinc a PALENCIA! Allà... ¡ja la China que dic jo! Clar pobreta, és casada i té fills i té la mare moribunda, la seva mare la té en una residència i l'han d'aixecar a munt i avall amb una grua...aleshores ella, ha d'estar allà. El marit que el té també una miqueta malament, té seixanta anys ara els acaba de complir i jo estic a punt de fer, torno a repetir els noranta anys, tenim una edat molt desfasada però en canvi ens avenim com si fóssim dues germanes. Fa molts anys, quan ens vam conèixer que jo deuria tindre trenta-vuit anys i semblàvem aleshores com

germanes perquè jo mai he aparentat els anys que tenia, eh. Perquè a mi em veien pel carrer i em deien: *noia no semblas els anys que tens*. Bueno, sort en tinc d'aquesta persona, que aquesta persona quan ve m'ajuda...

– **¿Quan fa que no la veus?**

Doncs ara fa, ella vol venir, ella vol venir i el seu marit li diu: *Ves a veure a la Mari que et necessita més que jo*. I jo li dic: *Uyyy, si estic molt bé (es posa a riure)*, li dic: *No cal que vinguis que estic molt bé ¡eh!*. Quan parlem per telèfon primer li faig explicar a ella les seves coses: *Que com està la teva mare? I tu com estàs?* I bueno, ella m'explica i li pregunto: *I el marit què?* I em diu que no para i que està destrossada i cansada i aleshores li dic: *Aaah i vols venir? I ara si estic jo més bé que tu. No, no, no, no... no cal que vinguis*.

Això és el que passa, no vull que vingui pobreta perquè abans venia dos o tres vegades segures l'any i ara aquest any encara no ha vingut. A l'estiu també venia, anàvem a la platja i tal, cap aquí i cap allà. I bueno, aquesta és la única amiga que tinc que ara no vull que vingui perquè té molta feina allà i ella també va agotadíssima perquè treballa molt.

També m'ha dit per anar a viure allà, però no vull anar-hi a viure perquè viu en un poble i quan surto a la finestra, jo per lo menys surto a la finestra i vec gent per aquí que corre, però si jo surto a la finestra d'allà, tot és un camp verd, verd, verd, verd...que ni amb avió el puc traspasar. Estic acostumada a veure més moviment i clar jo li dic: *¿que vols que em mori amb quatre dies?* Enfin, és molt bona gent, una amiga molt bona.

4. ¿Quines són les coses que et donen major satisfacció pel fet de viure sola?

Lo millor de viure sola, doncs home que no depens de ningú, no has d'estar pendent dels altres... He sigut una dona molt activa, moolt activa. M'ha agradat, quasi lo que se'n diu... em sap greu dir aquesta paraula (*es posa a riure*), ¡manar! manar jo. M'ha agradat manar sempre i clar, si jo visqués ara amb un altre persona manaria, i no sé si viuríem gaire bé, ¿saps?

També quan vius sola ets ama i duenya de tu, torno a repetir fas el que vols i... ets feliç perquè no hi ha ningú que et digui: *Escolta'm que això ho has fet malament*. I com que fins ara encara em podia valdre de mi i em trobava bé per sortir i anava amb això dels casals, que anava aquí al tivolí i anàvem a ballar el ball dels avis que això a mi m'ajudava molt, sempre em deia la professora: *No diguis els anys que tens Mari perquè uoite com balles i els altres tenen quaranta anys i no saben posar el peu dret ni a davant ni a darrera, ¿que no ho veus que tu ets una ballarina aquí al costat d'elles?* I em deia totes aquestes coses i jo li deia: *Va, va no exageri professora, no exageri que vostè es molt maca i te molta palica*. I em deia: *Nooo, no tinc molta palica que li dic la veritat*. Era molt maca, molt maca... (*Se'm posa a interpretar asseguda com ballava*)

– **¿T'agradaria poder tornar a anar-hi ara a ballar?**

Oh, ¿si m'agradaria? Sí, sí, però com que no puc caminar. Per exemple, d'aquí al mercat caminant, bueno, buenoooo, bueno lo que arribo a patir. Fa quinze dies ho vaig fer i dic: *Ayyyy Mari com pateixes*, i em pregunto ¿que fas aquí? Perquè la gent em mira una mica malament perquè tinc una mica de vertig també, i clar, aleshores que passa, doncs que vas una mica torta i tinc molta por de caure i clar aleshores no hi vaig.

¡Ah! no t'ho he dit però encara condueixo, tinc el cotxe aquí al garatge, em sap molt de greu perquè només em donen mil euros per vendre'm el cotxe i mil euros no en tinc ni per anar d'aquí al lavabo... va home va, mil euros per un cotxe que sempre ha estat guardat... sinó si que ja me l'hagués venut. I ara m'he dit ami mateixa que el dia que compleixi els noranta anys deixaré el cotxe, perquè si em passés alguna cosa, tindria ben bé tota la culpa jo per voler portar-lo.

– **Però, aleshores ¿encara el vas agafant?**

Sí que l'agafo, encara l'agafo. La veïna del costat em diu: *Mari no portis el cotxe que mira que et pot passar això, que et pot passar allò... no el portis*. Vale, me'n vaig anar al metge i li vaig dir: *Ah doctor, se m'oblidava de dir-li una cosa, encara condueixo*, i em va dir: *Encara condueix?* I li vaig dir: *Sí*. I em va preguntar: *¿Què i com s'hi troba?* I li vaig dir: *¿Que li sembla a vostè?* I em va

dir: *Home jo per els anys que vostè té...* I li vaig dir: *Jo, quan em poso al cotxe doctor, tinc vint-i-dos anys. Jo em poso a dintre del cotxe i ja m'ha passat tot, ja no tinc res. És que sembla que hi hagi com un mal esperit que t'ajudi a posar-te malament.*

I ara m'ha passat una cosa molt forta, jo tenia una boira en aquest ull (*em senyala l'ull dret*), ¡Tenia! Perquè ara en tinc quatre de boires. El metge d'aquí de la Policlínica del Vendrell, me'n vaig anar allà i li vaig dir: *Miri doctor que aquí tinc una boira.* I em diu: *Ah sí? Ah no és res.* I li dic: *¿No és res? Però si no hi veig amb aquest ull!* I em diu: *Es menja un plàtan cada dia i es posa aquesta goteta a la nit i d'aquí a tres mesos em ve a veure.* Em va receptar unes gotes que les tinc aquí. Aleshores al cap de tres mesos me'n vaig tornar a veure'l i em va dir: *¿Que com estàs?* I li vaig dir: *Pues doctor està igual.* I em va dir: *Ahh, no passa res, vostè es pren un plàtan cada dia i ara se'n posa dues de gotes, una al dematí i l'altre al vespre i en tres mesos em ve a veure.* I li vaig dir: *Caramba doctor, ¿vol dir?* I em va dir: *Tranquil·la..tranquil·la...* I li vaig dir: *És que encara condueixo! I alomilló com que no hi veig gaire per aquest costat quan em facin fer l'examen em poden suspendre.* I em va dir: *Tranquil·la, faci una cosa, quan hagi d'anar a fer l'examen em ve a veure ami.* I li vaig dir: *Ah, ah, ah molt bé així ja estic tranquil·la (es posa a riure).* Bueno, em presento al cap de dos mesos i em diuen: *¿Perquè no va a la retina de Barcelona?*

Bueno me'n vaig a la retina de Barcelona i el metge em mira i em remira els dos ulls ben mirats i em diu: *Aquest ull l'ha perdut i no hi veurà mai més!* I li dic: *¿Que diu ara? Que diu si encara condueixo doctor, ¿vol dir?* Bueno em va donar un disgust... oi quin disgust em va donar... Em va dir: *Doncs haurà de deixar de conduir.* I li vaig dir: *Bueno, ja en parlarem d'això...* I em va preguntar: *¿Qui li va fer?* I jo: *No, no doctor no li ho puc dir.* I em va dir: *Doncs ho hauria de dir perquè això que li ha fet a vostè ho pot fer a moltes més persones.*

Bueno, en resumides cuentas, ara amb aquest ull em diuen que s'ha d'operar perquè m'han de mirar de que lo que tinc en aquest no em passi a l'altre i em quedi cega del tot. I li vaig dir: *¿Que em diu ara doctor? Estic sola, estic viuda, no tinc fills, no tinc família, una germana que tinc i se m'acaba de morir ¿Que faig pobreta de mi?* Bueno, doncs em va dir: *S'ha d'operar ràpid quan abans*

millor. I ara d'aquí a tres o quatre setmanes m'han d'operar de l'ull perquè no em passi a l'altre i em quedi cega.

És que clar, jo em poso al cotxe i clar, ara el que tinc amb el cotxe que no tenia és que només hi veig d'un costat, per l'altre costat no hi veig res i em fa por que em passi algú per la dreta i no el vegi. En comptes de mirar per on passo amb el cotxe, tota l'estona vaig resant: "*Senyor deu meu que no em passi res*" I ara clar, ara jo penso, ara el cotxe l'agaràs només per anar al mercat i per anar a l'estació de sant Vicenç que és on agafo el tren per anar a Barcelona a això de la retina. I aquest és el cas que tinc que això també ha sigut una gran causa que ha fet que se m'hagi posat més malaltia i que jo estigui més malament i més destrossada amb tot aquest tema de l'ull. I per això ploro tot el dia perquè penso; ningú et pot acompanyar, no tens a ningú, amigues aquí no en tinc cap perquè totes les amigues les tenia a Barcelona i se m'han mort totes tot hi ser més joves que jo. Bueno el cas és que, això, això de l'ull m'ha influït molt en el meu temperament, que era un temperament molt activa ja que fa que no pugui fer moltes coses de les que abans feia. Això el que fa és que vagi baixant, baixant, baixant, baixant... fins que toques amb el cap a terra.

Doncs això és el que tinc, aquesta depressió tan forta, tan forta, tan forta. Depressió i de tot. I després el estar operada de tantes operacions que porto a sobre també, eh, que porto moltes operacions a sobre. Porto tres operacions a la columna, una aquí a dalt del clatell que es veu molt bé, l'altre a mitja esquena i l'altre a sobre del pompis i després porto; operada la cadera dreta amb pròtesis i la cadera esquerra amb pròtesis i després, no em puc vestir que m'ajuda la persona que em ve a fregar i a fer la feina. Aquesta és la que em ve i de passada em dutxa perquè jo no em puc dutxar perquè tinc els hombros que no sé si són meus o d'aquells que passen pel carrer. No puc aixecar el braç i els dos hombros són terribles, un encara el puc aixecar fins la meitat però l'altre no el puc aixecar res (*m'ho demostra*). Osigui, que sí tens tantes coses... després també el vertic que em poso dintre el cotxe i no ho entenc però no tinc vertic, però és això em fa por pel fet de que no hi veig d'un costat i que no em passi algú per la dreta que ja m'ha passat i clar és perillós.

Ara per exemple lo que no faria mai a la vida, mai, i Deu ho sap, que no agafaria el cotxe i me n'aniria a Barcelona, mai a la vida, perquè hi ha uns imbècils, uns retrassats mentals que no tenen vergonya que es pensen que perquè són joves ho poden fer tot, imbècils que només fan que beure i s'ho passen bé adelantant els cotxes a tres-cents per hora ¿però que feu, desgraciats, simverguenses? Perquè beuen molt, es droguen, fumen...

Pues jo en tota la meva vida no he fumats mai, mai, drogar-me menys però encara ho podia haver fet eh, perquè com era una persona que m'agradava tant presumir, perquè sempre portava uns trajes que em miraven i em deien: *uy quina tia eeh?* El meu marit em portava així (*aixeca les mans posant-les planes*) i sempre em deia: *Que guapa que estàs, oi que guapa que estàs...* I jo quan em deia tot això, ¡compte com em posava! Doncs he tingut per sort, un marit i uns novios que m'han portat sempre "amb bandeja".

Perquè jo havia sigut molt maca, ¿saps? (*M'ensenya una foto de quan era jove*). Hi ha fotos que sembla que tingui divuit anys i resulta que en tenia cinquanta no sé quants més. Clar, això ha fet que el marit i els novios que he tingut m'hagin estimat tant. Hi ha un Deu, que li dono les gràcies tots els dies de la meva vida, perquè gracies, gracies, he sigut una persona molt mimada, molt ajudada i que he pogut fer sempre tot el que m'ha donat la gana sempre respectant a la tercera persona, sempre respectant-la.

Osigui que et vinc a dir que he tingut molta sort en aquesta vida fins ara, que clar ara penso com que tens els anys que tens, ¿que vols, que vols? I res... aquesta és la meva vida de moment. Bueno, quina pregunta més?

5. ¿Quines coses són les que et provoquen menor satisfacció pel fet de viure sola?

Doncs, és la por que tinc, viure sola és la por que tinc. He sigut molt valenta per moltes coses, però per exemple, lo que tinc por de viure sola és perquè si em passa alguna cosa, jo encara que tinc la medalleta aquesta per trucar (*s'agafa la medalla de la teleassistència que porta penjada al coll*), penso que alomillo si em passés algo no la podria trucar i em podria estar aquí dies, i dies, i dies, fins que passés algú per aquí que faria pudor la casa perquè jo ja m'hauria mig

podrit. Perquè si tingués el gos, poder encara bordaria, però al estar sola completament... i també m'haig de tancar la porta, perquè si no em tanco la porta pues no dormiria, no... no podria dormir.

– **A que et refereixes quan dius tanca-la?**

Pues a tancar-la amb panys i passadors i encara n'hi vull posar un altre. ¿Perquè? Doncs perquè soc molt poruga, encara que a casa no tinc res per a que em puguin robar de valor perquè ni ho vull tenir tampoc. Els cèntims tinc els del mes i prou, osigui que, no sé perquè he de tenir aquesta por.

Doncs suposo que perquè veig a la televisió coses, desgraciats que perquè veuen que aquella persona viu sola i que va amb bastó li roben el bolso pensant-se que porta cèntims o joies i aquestes coses...és això, per la por que m'he tornat molt covarda, mooolt covarda.

Per exemple, quan vivia a Barcelona sí que s'hi podia anar a qualsevol hora de la nit pel carrer perquè sempre passava molta gent, ¡molta! I aleshores si passa gent, doncs ja no et fa tanta por. Però aquí al Vendrell que ara a l'hivern a les vuit de la nit ja no hi passa ¡ni una alma vendita! Pues jo, anava amb el gos i sempre anava mirant, mirant i anava d'aquí al supermercat, que saps que vas allà perquè hi ha algú.

Molt poruga i molt covarda per això, per la gent que et pugui donar una punyalada per darrera. I per desgràcia, la germana que tenia que se m'ha mort ara fa un any que ens estimàvem molt i tenia quatre anys menys que jo, doncs aquesta quan em trucava per telèfon sempre em deia: *Mari, per favor, no vagis sola per la nit i sobretot amb bolso perquè quan veuen a una dona gran amb bolso i bastó li fumen una punyalada i li roben el bolso deixant-la estirada al terra.* Ella vivia a Anglaterra i allà és més fumut. Venia cada any a passar les vacances aquí.

6. ¿Com definiries el sentiment de soledat des de la teva situació particular?

La soledat, sí, bueno, ¿com la definiria? La defineixo doncs...quan penso; uy que sola estic, em moriré i ¿que faré aquí sola? Tinc molta por... defineixo la

soledat com molta por, por a que em passi algo perquè penso que ara estic bé però com veig coses de persones que estan bé i tot plegat diuen ay., ay, ay... pluff! i cauen a terra, doncs penso que em pot passar i en aquell moment no puc tenir temps de demanar socorro. Tinc molta por a que em passi algo estant sola i que no pugui demanar auxili.

7. ¿En quin moment del dia et sents més sola (tot el dia, per la nit, només durant el dia, els caps de setmana, els dies festius...etc.)?

Home, sola em sento tot el dia. A la nit tinc la sort de que puc dormir perquè em vaig comprar un matalàs que aquest matalàs és perquè em tregui la.... ¡Aaah! ¡La fibromialgia! ¡Tinc fibromialgia! Això és una de les coses que el metge m'ha dit: *Vostè té una fibromialgia tant alta, tant alta, que per això no pot quasi caminar i per això aquest cansansi tant gran que té.* Em va dir que era de les persones que tenia la fibromialgia més alta. I clar, per això sempre em trobo tant cansada, camino del menjador a la cuina i ¡Ayyy que cansada estic! I doncs clar, això és terrible.

– **Aleshores, ¿quan és que et sents més sola?**

Sí és veritat, doncs quan més em sento més sola és quan estic tant cansada que dic, ay no puc sortir, ay si pogués sortir amb aquest sol tant maco podria sortir a donar una volteta i m'asseuria a aquest bar d'aquí al davant a prendre alguna cosa que sempre em diuen: *Mari vina i pren-te alguna cosa i descansa aquí que així al menys et distrauràs.* I jo sempre els dic: *Es que estic taant cansada...* I em diuen: *Però si aquí asseguda no estarà cansada!* I els hi dic: *Jo sempre estic cansada.*

Sobretot també em trobo sola a la nit. Em tanco totes les portes, em poso un dels bastons que tinc sota les claus de l'entrada per si poguessin obrir que quan obrissin ¡Crec! sentiria caure el bastó al terra.

La meva porta del dormitori també la tinc tancada amb clau i faig dos volts. A la porta de la entrada hi tinc tres cerradures i a la meva habitació una amb dos volts. Osigui que tinc por al cent per cent. ¿Perquè em tanco? Doncs perquè em sento sola.

I pel dematí, jo no em llevaria del llit en tot el dia, perquè dormo tot el dia. El metge es posa les mans al cap i em diu: *No pot ser això*. I li dic: *Doncs és*. Després també la quantitat de medicaments que tinc a la cuina que sembla que hi tingui una farmàcia tinc mitja taula plena de medicaments, tots els medicaments que prenc és terrible. Després també, recien acabat de dinar m'haig d'estirar al sofà, per això no he dinat avui, perquè sinó ja hauria d'estar estirada.

8. ¿Quina activitat realitzes quan et sents sola?

Doncs quan em sento sola, ploro tot el dia i començo: *Senyoor, feu que no plori, feu que no plori... ¿Perquè he de plorar? Si encara em puc sucar un tros de pa amb tomàquet! ¡Encara puc menjar! Que d'altres pobres no poden ni menjar i jo encara me'l puc menjar amb tomàquet i oli!*

– **Pero, ¿fas alguna cosa per animar-te?**

No, no faig res, només ploro perquè em sento molt poca cosa... em sento molt poca cosa (*plora*) i sobretot no vull pensar en lo que he sigut, perquè penso amb l'energia que tenia i em pregunto: *¿perquè ara et sents tant desgraciada?* Perquè la veritat és que em sento desgraciada perquè penso: *No tens a ningú, no tens cap amiga per dir-li ¡anem!* Perquè les persones que s'apropen a mi quan saben els anys que tinc diuen: *carai jo en tinc setanta i ella vora els noranta*, aleshores es separen de tu i per això no tinc a ningú, només aquesta gran amiga de Palència que la tinc tant lluny. També ara últimament em passo els dies estirada en aquest sofà (*m'assenyala el sofà on hi té una manta*) amb la televisió posada i em vaig adormint a estones.

NECESSITATS SEGONS VIRGINIA HENDERSON

1. NECESSITAT DE RESPIRAR

- Constants:
 - o FR: 18 rxm
 - o FC: 72 lxm
 - o TA: 145/70 mmHg
 - o SatO₂: 98%

Manifesta que li costa respirar a vegades quan es posa nerviosa o quan es troba molt cansada, però que s'estira i se li passa. Expressa que es cansa amb molta facilitat, només per caminar una mica. No pren inhaladors i no ha fumats mai.

2. NECESITAT DE MENJAR I BEURE DE FORMA ADEQUADA

Acostuma a beure un litre d'aigua al dia, encara que últimament no en beu tant perquè no té gaire set i no vol haver d'anar tantes vegades al lavabo per la nit ja que li fa por caure. Expressa que fins i tot ha estat pensant en posar-se una palangana damunt d'una cadira de l'habitació per no haver d'anar fins al lavabo, però que no ho ha fet perquè li resultava molt incòmode.

Expressa que com últimament es troba tant cansada, la verdura se la compra feta i tot s'ho fa a la brasa: peix, carn, pollastre... Per esmorzar es pren un cafè amb llet. Abans, els dies que es trobava bé anava a esmorzar a un bar que hi ha a prop de casa seva però ara ja fa uns quants mesos que no hi va. *“són cinc minuts de casa meva fins el bar, doncs jo m'hi estic vint o vint-i-cinc minuts per arribar-hi, doncs clar, aleshores no tinc ganes d'anar-hi perquè estic tant cansada”* Per dinar expressa que sempre menja més tard de les quatre de la tarda ja que abans d'aquesta hora no té gana i que hi ha dies que inclús no dina perquè es troba molt cansada físicament com per preparar-se el menjar. Sempre dina el mateix: una mica d'amanida la qual ja compra preparada i una mica de carn a la brasa. No berena mai i per sopar sempre menja una peça de fruita que sol ser un plàtan o una poma.

Expressa que sempre menja sense tenir gana però que a mesura que va menjant li va entrant la gana. No té dificultats per mastegar ni per tragar. Porta sis dents postisses. Sempre menja sola.

Lo que més li agrada és la paella, a vegades pensa que en podria fer una ja que se li dona molt be fer-la, però expressa que no ho fa perquè es troba molt cansada i perquè no té ganes de fer-la per ella sola. Em diu que només de pensar que ha d'estar dreta una bona estona per fer-la se li passa la gana.

– Dades antropomètriques aproximades:

- Pes (kg): 59 kg
- Alçada (cm): 155 cm
- IMC: 24,56 (Normopes)

(M'explica que si de joveneta hagués fet una bona alçada, amb el tipo que tenia i lo guapa que era hagués pogut ser model).

– Escala Nutrition screening initiative: **6 punts; Risc nutricional alt.**

NUTRITIONAL SCREENING INITIATIVE		Si	No
1. ¿Tiene una enfermedad o malestar que le haya hecho cambiar el tipo o cantidad de alimento que come?	2	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Realiza menos de 2 comidas al día?	3	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
3. ¿Come pocas frutas, verduras o productos lácteos?	<input checked="" type="radio"/>	2	<input type="radio"/>
4. ¿Toma 3 vasos o más de vino, cerveza o licor al día?	2	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
5. ¿Tiene problemas en la boca o dentadura que le causen dificultad al comer?	2	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
6. ¿En ocasiones le falta dinero para comprar la comida que necesita?	4	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
7. ¿Come solo la mayor parte del tiempo?	<input type="radio"/>	1	<input type="radio"/>
8. ¿Toma 3 o más fármacos prescritos al día?	<input type="radio"/>	1	<input type="radio"/>
9. Sin pretenderlo ¿ha perdido o ganado 5kg en los últimos 6 meses?	2	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
10. En ocasiones ¿es incapaz físicamente de comprar, cocinar o alimentarse a sí mismo?	<input type="radio"/>	2	<input type="radio"/>

3. NECESITAT D'ELIMINAR PER TOTES LES VIES CORPORALS

És continent urino-fecal. Acostuma a anar a orinar unes sis vegades durant el dia i unes tres vegades per la nit. Expressa que encara que begui poca o molta aigua va molt al lavabo. Té un patró fecal regular, sol anar un cop al dia a fer de ventre. No pren ni laxants ni diürètics.

4. NECESITAT DE MOURE'S I MANTENIR POSTURES ADEQUADES

– Test AIVD de Lawton y Brody: 5 punts; Dependència moderada

Utilitza un bastó per poder-se desplaçar tant per casa com pel carrer i té un caminador guardat que va tenir que utilitzar durant les operacions però que ara no l'utilitza. Es desplaça fent passos curts i tambalejant-se cap els costats. Expressa que per casa es desplaça aguantant-se a les cadires, la taula i la paret o amb el bastó. Considera que amb poc temps ha disminuït molt la seva mobilitat *“He perdut molt”*. Manifesta que té rigidesa a totes les articulacions *“Fins i tot hi ha vegades que vaig pel carrer i he de picar-me les cames amb el bastó per veure si reaccionen, perquè dic: estan adormides aquestes desgraciades”* Últimament sempre es queda a casa i no surt a passejar cap dia de la setmana. No realitza cap tasca de neteja de la casa ja que li ve una dona cada vuit dies a fer-s'ho i també l'ajuda a dutxar-se (aquesta dona se la va recomanar la veïna del costat). Li agradaria agafar un altre gos, però no ho fa perquè té por de que li surti nerviós i la pugui fer caure, ja que el que tenia abans era molt tranquil i quan li deia que parés aquest s'aturava.

5. NECESITAT DE DORMIR I DESCANSAR

Sempre se'n va a dormir més tard de la una de la matinada perquè es queda veient la televisió *“la televisió em distreu i inclús quan m'aixeco del sofà després de veure-la camino molt millor, fixa't lo que em dóna, desconnecto.”* Hi ha dies que són les dues de la nit i s'aixeca tant àgil després de veure la televisió que fins i tot li donen ganes de posar-se a rentar els plats. Refereix que li costa molt dormir ja que per la nit pensa en moltes coses *“penses en que no ets ningú, no ets res, només una vellaca que no serveix per res, no tens família...bah, ets un desastre”* No pren medicació per dormir i tampoc cap

infusió. Pel dematí es sol aixecar a les 10h. Refereix que durant el dia va adormint-se a estones al sofà mentre veu la televisió *“sempre estic dormint, tot el dia”*. Quan s’aixeca pel dematí refereix que es sent molt cansada i que sobretot s’ha d’agafar al bastó perquè sinó podria caure.

6. NECESITAT D’UTILITZAR ROBES ADEQUADES, VESTIR-SE I DESVESTIR-SE

Considera que sempre necessitaria ajuda per vestir-se *“Necessitaria ajuda, i tant, i tant... Per lo menys m’estic una hora per poder-me vestir”*. Sempre porta el pijama posat, tant quan està a casa com quan surt al carrer *“Ara mateix porto el pijama a sota la roba”*

7. NECESITAT DE MANTENIR LA TEMPERATURA CORPORAL DINS DELS LÍMITS NORMALS

– Temperatura corporal: 35’8°C

Disposa de calefacció i aire condicionat. Sol tenir més calor que fred. Quan surt al carrer sempre es tapa el coll amb una bufanda.

8. NECESITAT DE MANTENIR LA HIGIENE CORPORAL I LA INTEGRITAT DE LA PELL

– Escala Emina (riesgo UPP): 5 puntos; Riesgo medio UPP

	Estado mental	Movilidad	Humedad R/A Incontinencia	Nutrición	Actividad
0	Orientado	Completa	No	Correcta	Deambula
1	Desorientado, apático o pasivo	Ligeramente limitada	Urinaria o fecal ocasional	Ocasionalmente incompleta	Deambula con ayuda
2	Letárgico o hiperkinético	Limitación importante	Urinaria o fecal habitual	Incompleta	Siempre necesita ayuda
3	Comatoso	Inmóvil	Urinaria y fecal	No ingesta	No deambula

Es dutxa sencera (cap i cos) cada vuit dies, quan ve la noia que l'ajuda. Pels matins es neteja al bidet. Els braços, esquena i pit, no se'ls pot netejar perquè no hi arriba amb els braços. Es neteja les dents dues vegades al dia, al migdia i al vespre. No s'hidrata la pell amb cap crema. Té la pell bastant seca sobretot les cames. Expressa que fa uns anys tenia les ungles llargues i ben cuidades, i que ara des de que té ldepressió no té quasi ungles.

9. NECESITAT DE SEGURETAT

Test de Pfeiffer: **0 errors; Sense alteració cognitiva.**

Escala Dowton (Valoración del riesgo de caída): **6 punts; Alt risc de caiguda.**

Caídas previas	No	0
	Sí	1
Medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes-sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
Déficits sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus...)	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulaci3n	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
	Imposible	1

Va al CSM (centre de salut mental) per el seguiment de la depressió. Al CAP només hi va per fer-se analítiques ja que fins ara anava a la policlínica (centre privat). No presenta al·lèrgies conegudes. Expressa que segueix tot el tractament farmacològic prescrit pel metge. *“Físicament em sento molt fotuda”* Refereix que té dolors per tot el cos i que hi ha ocasions que creu que els genolls se li han “trenat” i s’ha de parar i seure. *“hi ha a vegades que això em passa al carrer i m’he d’asseure a l’acera i quan passa algú li he de demanar que m’ajudi a aixecar”*

Tractament farmacològic que manifesta que segueix actualment (*m’ensenya les caixes dels medicaments i m’explica quan es pren cada cosa*):

- **Matí:**
 - o Paracetamol 1g (*Analgèsic i antipirètic*)
 - o Serc® 8mg [PA: Betahistina] (*Antivertiginós*)
 - o Atacand 16mg [PA: **Candesartán cilexetilo**] (*Antihipertensiu*)
 - o Pariet 10mg [PA: **Rabeprazol sódico**] (*Protector gàstric*)
 - o Ibuopreno 600mg (*Antiinflamatori, antipirètic i analgèsic*)
 - o Vitamins Jalea real
- **Migdia:**
 - o Atorvastatina 10mg (*Disminueix el colesterol*)
 - o Paracetamol 1g (*Analgèsic i antipirètic*)
 - o Mega-red omega 3 (*Suplement pel cor*)
- **Nit:**
 - o Paracetamol 1g (*Analgèsic i antipirètic*)
 - o Thymanax 25mg [PA: Agomelatina] (*Antidepressiu*)
 - o Aerius 5mg [PA:Desloratadina] (*Antihistamínic*)
 - o Ibuopreno 600mg (*Antiinflamatori, antipirètic i analgèsic*)

10. NECESITAT DE COMUNICAR-SE AMB ELS ALTRES

- Escala de depressió geriàtrica de Yesavage: 11 punts; Depressió establerta

Idioma: Català

Es considera una persona parladora però “*amb segons qui*”. No es parladora amb tothom només amb la persona que creu que la podrà comprendre. Quan té problemes no li explica a ningú “*m’ho quedo tot per mi, com a molt a la veïna hi ha vegades que li deixo caure una miqueta el que em passa*”. No té relació amb la família perquè no li queda ningú i per aquí no té cap amiga amb qui confiar només una que viu a Palència amb la qual parla de tant en tant per telèfon.

Refereix que li costa molt demanar ajuda “*Em costa mooolt, molt, molt, molt! Em fa vergonya*” La veïna és la que sempre l’acompanya en cotxe quan ha d’anar a la Policlínica (centre privat) però de totes maneres, li costa molt demanar-li ajuda, encara que refereix que tant ella com el seu marit són molt amables i sempre estan disposats a acompanyar-la.

Abans portava ulleres per llegir però des de que li va passar lo de l'ull, que ja no li serveixen i se n'ha de fer unes de noves.

11. NECESITAT DE VIURE D'ACORD AMB LES SEVES PRÒPIES CREENCES I VALORS

Es defineix com a catòlica. No va a missa perquè es cansa anant caminant fins el centre del poble. Té molta por a la mort *“m'agradaria no enterar-me, però sobretot que s'enteressin els veïns que m'he mort i em treguin de seguida que sinó farà mala olor el pis. Perquè clar si encara tingués el gosset, per lo menys bordaria. El que els he dit als veïns és que si no em veuen o senten en quatre dies, que obrin la porta i mirin si estic viva”*

12. NECESITAT DE TREBALLAR PER SENTI-SE REALITZAT

Jubilada. Va estar treballant de perruquera fins que es va casar que va ser quan va deixar de treballar.

13. NECESITAT DE PARTICIPAR EN DIFERENTS FORMES DE ENTRETENIMENT

“Ara mateix sóc incapaç de fer res, només veure la televisió. Abans llegia, m'agradava fer arrels quadrades... i ara no sé ni com es fan. Oh, com perdo... quina pena”. Sempre es troba avorrida, perquè refereix que no pot fer res *“fins fa tres anys no eh, em sentia molt àgil i molt bé, portava varies operacions però em sentia bé perquè podia caminar però ara no, al no sentir-me bé i no poder caminar m'avorreixo” (plora)*

14. NECESITAT D'APRENTATGE

Es conscient i coneix i sap explicar totes les malalties que té. Sap llegir i escriure. Té interès per aprendre coses noves *“a vegades penso que m'agradaria aprendre l'anglès, perquè amb l'anglès i l'espanyol pots anar arreu del món, però no, no tinc la mateixa memòria que tenia abans”*

ESCALAS DE VALORACIÓN GERIÁTRICA

VALORACIÓN FUNCIONAL:

ÍNDICE PARA LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA DE LAWTON Y BRODY⁴

CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
No es capaz de usar el teléfono	0
HACER COMPRAS	
Realiza independientemente todas las compras necesarias	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
CUIDADO DE LA CASA	
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional para trabajos pesados	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
No participa en ninguna labor de la casa	0
LAVADO DE LA ROPA	
Lava por sí solo toda su ropa	1
Lava por sí solo pequeñas prendas	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
No viaja	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1
Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0
No es capaz de administrarse su medicación	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS	
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo.	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1
Incapaz de manejar dinero	0

Puntuación	Dependencia
0-1	Total
2-3	Severa
4-5	Moderada
6-7	Ligera
8	Independencia

VALORACION MENTAL: TEST COGNITIVO DE PFEIFFER⁴

1. ¿Qué día es hoy? (día del mes, mes, año)
2. ¿Qué día de la semana es hoy?
3. ¿Dónde estamos ahora?
4. ¿Cuál es su número de teléfono? o... ¿cuál es su dirección? (si no tiene tlf)
5. ¿Cuántos años tiene?
6. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento? (día, mes y año)
7. ¿Quién es ahora el presidente del Gobierno?
8. ¿Quién fue el anterior presidente del Gobierno?
9. ¿Cuáles son los 2 apellidos de su madre?
10. Restar de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0
Puntuación Total... 0 errores.....

Puntuación (restar un error si el paciente es analfabeto)	
0-2 errores	Normal
3-4 errores	Leve deterioro cognitivo
5-7 errores	Moderado deterioro cognitivo
8-10 errores	Importante deterioro cognitivo

VALORACION EMOCIONAL:

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE (versión reducida)⁴

VERSIÓN REDUCIDA		
¿En general está satisfecho/a con su vida?	SI =0	NO =1
¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI =1	NO =0
¿Siente que su vida está vacía?	SI =1	NO =0
¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SI =1	NO =0
¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI =0	NO =1
¿Teme de algo malo pueda ocurrirle?	SI =1	NO =0
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI =0	NO =1
¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	SI =1	NO =0
¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?	SI =1	NO =0
¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	SI =1	NO =0
¿En este momento, piensa que es estupendo estar vivo?	SI =0	NO =1
¿Actualmente se siente un/a inútil?	SI =1	NO =0
¿Piensa que su situación es desesperada? ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI =1	NO =0
¿Se siente lleno/a de energía?	SI =0	NO =1
¿Cree que la mayoría de la gente está en mejor situación que Vd?	SI =1	NO =0
TOTAL	11 puntos	

Puntuación	
0-5 puntos	Normal
6-9 puntos	Probable depresión
= > 9 puntos	Depresión establecida

VALORACION SOCIAL:

ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR DE GIJÓN⁴

SITUACIÓN FAMILIAR	
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	1
Vive con cónyuge de similar edad	2
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
Vive solo y tiene hijos próximos	4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5
SITUACIÓN ECONÓMICA	
Más de 1.5 veces el salario mínimo	1
Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	2
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	3
LISMI – FAS – Pensión no contributiva	4
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior ("4").	5
VIVIENDA	
Adecuada a necesidades	1
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños,...)	2
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción,...)	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	5
RELACIONES SOCIALES	
Relaciones sociales	1
Relación social sólo con familia y vecinos	2
Relación social sólo con familia o vecinos	3
No sale del domicilio, recibe visitas	4
No sale y no recibe visitas	5
APOYO DE LA RED SOCIAL	
Con apoyo familiar y vecinal	1
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
No tiene apoyo	3
Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	4
Tiene cuidados permanentes	5

Puntuación	
5-9 puntos	Buena/Aceptable situación social
10-14 puntos	Existe riesgo social
= > 15 puntos	Problema social

ANEXO XI

PARTICIPANTE 3

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

1) ¿Cómo ha cambiado su vida desde que vive sola?

Pues mucho... ¿Qué quieres que te conteste?

– ¿Pues, por ejemplo, como ha cambiado tu día a día?

Pues mucho.

– ¿Pero en qué sentido?

Pues... en el sentido de... la soledad. La manera de vivir que es muy diferente, la vida solitaria es muy diferente. Desde que murió mi marido todo ha cambiado. Es muy triste estar sola... la soledad es muy mala. Más no te puedo contestar cariño.

2) ¿Cómo se siente con respecto a su salud en su situación actual?

Pues mal... porque siempre estoy mala, siempre estoy triste... cojo mucha depresión de esta que se dice. ¿Qué más quieres que te diga hija?

3) ¿A quién llama cuando necesita ayuda, como por ejemplo, cuando se pones enferma, necesita ir al hospital, comprar comida...etc.?

A un sobrino, porque yo llamo a mi hermana y entonces viene mi sobrino. Es el que más está por mí, el que más está. Ahora cuando me he caído lo llamé, porque me levanté de la cama para ir al baño y me caí al suelo y entonces no me podía levantar y me orine encima y ahí estaba chorreando de arriba abajo con el frío que hacía en el suelo. Bueno y eso lo llamé por el móvil y este agarró y vino y me dijo: *¿Que haces ahí tita?* Y le dije: *Mira hijo, tengo un frío...estoy temblá.* Entonces me agarró el cuerpo y me puso en la cama, la pasé muy mal, muy mal... (*llora*) Hará una semana o dos que no podía bajar por las escaleras, bajaba de culo y esto que tengo este hierro puesto para subir y bajar desde que me operé (*me señala la escalera*) Pues yo tengo ese hierro para subir y bajar y bajo la mar de bien agarradita. Mira (*me enseña las manos en las cuales tiene casi todos los dedos deformados*) ¡artrosis! Tengo en todos los dedos. Bueno venga hija ya van tres preguntas eh, ¿qué más?

4) ¿Qué es lo mejor de vivir sola?

¡Uyy! Yo no tenga nada que sea mejor. ¿Mejor qué?

– **Pues... ¿qué cosas ves como positivas por vivir sola?**

Yo nada, yo vivir sola me da cosa. Yo estoy deseando que den la una para ver las bicicletas asomar. Estoy deseando de que lleguen las cinco para que entre alguien en mi casa. Es lo mejor que tengo, cuando entra alguien en mi casa y el único que entra es mi sobrino o mi hijo que vive aquí al lado, pues eso es lo mejor que tengo. ¿Vivir sola? Lo mejor que tengo es cuando entra mi sobrino o mi hijo, lo demás nada. Y mi hijo... bueno aun se está portando bien...ahora me pone de comer. Porque he estado seis días sin comer, por poco me muero. Iban a llamar a los mossos por abandono y todo, si, si... Me moría, me iba... y entonces vino mi sobrino le di dinero y me compro comida, pero ya mi estomago no quería.

– **No sales a comprar sola ¿no?**

Yo no puedo salir, me caigo de seguida, me mareo y me caigo así para los lados. Si es que voy a la cocina, tengo que coger el bastón.

Los dineros... que asco los dineros. Si tuviera dinero... si yo tuviera dinero...no hubiera llovido nadie ni nada por estas escaleras. Un día otro día otro día...que no entraba nadie y yo me moría de hambre. No entraba nadie namás que mi sobrino de tanto en tanto que me llevaba de comer y tenía que comer acostadita. Me llevaba las botellas de agua porque lo que quería era agua... y es lo que me dijo tel medico: *¡Gracias que bebías!, que sino te hubieses deshidratado y ya está ingresada en el hospital para mucho tiempo.*

Bueno, ¿por dónde vamos?

5) ¿Y lo peor de vivir sola?

¿Lo peor? Pues hija si la palabra lo dice ¡Vivir sola! Vivir sola es lo más malo. Yo estoy deseando de sentir, aunque mi hijo no me haga caso, pues de que haya alguien y que yo pueda decir: *¡Jordi!*

Yo en cuanto siento la puerta, que alomejor es la puerta de la vecina pero yo desde arriba digo: *¡Jordi!* Siempre estoy así... Estoy muy triste hija, estoy... esto es para quien lo pasa. Que entre alguien y no te mire, que no te hable...esto es triste. Pues mi hijo este trabaja de conserje en un colegio.

6) ¿Cómo definiría el sentimiento de soledad des de su situación particular?

Pues... que esto no tiene fin, no. La palabra soledad no tiene fin.

7) ¿En qué momento del día se siente más sola (todo el día, por la noche, solo por el día, los fines de semana, días festivos...etc.)?

Cuando va llegando la noche, esta es la soledad más mala. Pues la soledad es la soledad. Yo estas bigas y yo sabemos lo que yo paso Pero mira... (*llora*), que vamos a hacer, me toco a mí. Ya está. Mira mi hermana que bien cuidada está... y sin embargo yo... yo soy la que peor está.

– **¿Por qué no te vas a vivir con tu hijo?**

Nooo...no...El no quiere a nadie, él tiene su vida. A mí no me ha traído ni un plato de comida sabiendo que me iba a morir de hambre.

– **¿Y con tu hermana?**

Mira cuando estaba en el hospital a mi no me ha faltado mi sobrino pa ná pa ná pa ná. Antes de que amaneciera ya estaba allí. No me ha faltado nunca cuando estuve tan malita con la pierna y la cadera hace poco.

Me tuve que buscar dos mujeres para que me limpiaran la casa porque aquello ¿quién lo iba a limpiar? Y yo no podía estar de pie. Llevo en la cama des de antes de Navidad y no hace ni dos semanas que estoy levantada, eh? Que yo ahora tengo mi casa limpia porqué yo ahora cuando estoy mejor cojo y limpio un poquito, bueno lo que puedo. Ayer hice un poquito la cocina y hoy quería hacer el comedor porqué lo tengo lleno de cositas, mira me gusta a mi tener trastos de estos (*me señala muchas figuritas que tiene encima de un mueble*) pero como no me veo con fuerzas de limpiar digo: *Hoy no, mañana*. Y ya está. Y mi hijo cuando viene me dice que me lo va a tirar tó y yo le digo:

Bueno, pues títalo, de todas maneras me vais a tirar también a mí, para lo que queda. Tengo ochenta-i-cinco años ya mismos ¿Qué te piensas?

8) ¿Qué actividad realiza cuando se siente sola?

Pues mira... a veces veo la tele, a veces escucho la radio... ¡Ah sí! *(se ríe y me enseña un gorrito hecho a mano con lana)*. Pues así hice una colcha, también he hecho vestiditos, chaquetas... Pero ahora con estos dedos intento hacerlo y ná de ná... no puedo hacer ná. Bueno corazón, ¿Qué más quieres saber?

NECESIDADES SEGUN VIRGINIA HENDERSON

1. NECESIDAD DE RESPIRAR

- Constantes:
 - o FR: 16 rxm
 - o FC: 60 lxm
 - o TA: 149/76 mmHg
 - o SatO₂: 96%

Manifiesta que tiene dificultad para respirar cuando camina y que se cansa con muchísima facilidad. *“Me canso mucho, esto sí que te lo puedo decir a boca llena, pero mucho... se me ponen los pies moraditos en cuanto ando un poco”*
No toma inhaladores y no es ni ha sido fumadora.

2. NECESIDAD DE COMER Y BEBER DE FORMA ADECUADA

Bebe mucha agua al día, pero no sabe aproximadamente cuanta. Solo realiza una comida al día, la del mediodía y suele comer o verdura, o lentejas... *“sólo cómo cuatro cositas que veo que mi cuerpo acepta”*

Manifiesta que a veces, cuando no se ha visto físicamente capaz de preparar la comida, ya sea por las piernas o porqué ha estado enferma, ha llegado a estar días sin comer. *“la última vez cinco días me estuve sin comer, pa haberme muerto”*.

Expresa que nunca suele tener apetito *“lo mismo como, como que no”*. No tiene dificultades para tragar la comida pero si para masticarla ya que no tiene dientes y tampoco lleva dentadura porqué le da “asco”. Siempre come sola. No le gusta nada la verdura y no tiene preferencia por ninguna comida en particular.

- Datos antropométricos aproximados:
 - o Peso: 76 kg (Hace un año pesaba 119 kg)
 - o Altura: 160 cm
 - o IMC: 29,69 (Sobrepeso)

- Escala Nutrition screening initiative: **14 puntos; Riesgo nutricional alto**

NUTRITIONAL SCREENING INITIATIVE		Sí	No
1. ¿Tiene una enfermedad o malestar que le haya hecho cambiar el tipo o cantidad de alimento que come?	2	0	
2. ¿Realiza menos de 2 comidas al día?	3	0	
3. ¿Come pocas frutas, verduras o productos lácteos?	2	0	
4. ¿Toma 3 vasos o más de vino, cerveza o licor al día?	2	0	
5. ¿Tiene problemas en la boca o dentadura que le causen dificultad al comer?	2	0	
6. ¿En ocasiones le falta dinero para comprar la comida que necesita?	4	0	
7. ¿Come solo la mayor parte del tiempo?	1	0	
8. ¿Toma 3 o más fármacos prescritos al día?	1	0	
9. Sin pretenderlo ¿ha perdido o ganado 5kg en los últimos 6 meses?	2	0	
10. En ocasiones ¿es incapaz físicamente de comprar, cocinar o alimentarse a sí mismo?	2	0	

3. NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS CORPORALES

Es incontinente urino-fecal y utiliza pañal tanto de día como de noche. Hace de vientre una vez al día.

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS

- Test AIVD Lawton y Brody: **4 puntos; Dependencia moderada.**

Utiliza una muleta para poder andar tanto por casa como por la calle. Antes cuando salía a comprar, salía con el carro de la compra y con la muleta pero ahora ya no sale ni a comprar ni a pasear nunca. Su sobrino es el que le compra y le trae la comida.

Manifiesta que siempre le duelen mucho las piernas y que hace tiempo cuando la operaron para sacarle un tumor de la pierna derecha, el médico le dijo que tenía muy mal la circulación.

También le duelen mucho los brazos y la espalda *“en la espalda tengo un golpe, en la espina dorsal tengo un golpe porque me caí no hace mucho por las escaleras también”* La casa la va limpiando como puede, ya que manifiesta que no quiere que le traigan a una mujer extranjera a limpiarle la casa.

- ¿Y cómo es que no tienes el botón de la cruz roja por si te pasa algo?

“Pues mira no sé...pero me hubiese venido bien porqué cuando me caí de seguida hubiese llamado y hubiese venido alguien y me hubiera levantado, en vez de que me hubiera tardado tres o cuatro horas en levantarme mi sobrino pues me hubieran levantado ellos.”

5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

“Te vas a reir... si a las cuatro o a las cinco de la tarde estoy muy aburrida, cojo y me voy parriba a dormir, así descansan mis piernas... y ya no me lebanto hasta el dia siguiente.”

Se levanta entre las 7-7:30 de la mañana. Refiere que no le suele costar mucho dormirse. No toma ningún medicamento ni infusión para dormir. Siempre se levanta por las mañanas muy cansada.

6. NECESIDAD DE USAR ROPA ADECUADA, VESTIRSE Y DESVESTIRSE

Se viste y se desviste ella sola con mucha dificultad. *“Cuando estoy más mala mi sobrino me ayuda, y me dice: ¿No quieres que te traiga a una mujer? Considera que necesitaría que alguien la ayudara, pero no quiere que pongan a gente extranjera en su casa. Suele irse a dormir con la misma ropa que lleva puesta durante el día.*

7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES

- Temperatura corporal: 35,8°C

Expresa ser *“muy friolera”*

8. NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL.

- Escala Emina (riesgo UPP): 8 puntos; Riesgo alto UPP

	Estado mental	Movilidad	Humedad R/A Incontinencia	Nutrición	Actividad
0	Orientado	Completa	No	Correcta	Deambula
1	Desorientado, apático o pasivo	Ligeramente limitada	Urinaria o fecal ocasional	Ocasionalmente incompleta	Deambula con ayuda
2	Letárgico o hiperactivo	Limitación importante	Urinaria o fecal habitual	Incompleta	Siempre necesita ayuda
3	Comatoso	Inmóvil	Urinaria y fecal	No ingesta	No deambula

Se ducha entera aproximadamente una vez a la semana. Los demás días se lava ella por debajo de los pechos, las partes íntimas... No se hidrata la piel. Hace poco le quitaron la bañera y le pusieron un plato de ducha.

9. NECESIDAD DE SEGURIDAD

- Test de Pfeiffer: 3, sin alteración cognitiva (no se cuenta uno de los errores por ser analfabeta)
- Escala Downton (Valoración del riesgo de caída): 6 puntos; Riesgo alto de caída.

Caídas previas	No	0
	Sí	1
Medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes-sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
Déficits sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus...)	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulación	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
	Imposible	1

No tiene ninguna alergia conocida. Físicamente expresa sentirse muy mal. Como tratamiento farmacológico que manifiesta que sigue actualmente (*me enseña las cajas de los medicamentos*):

- Dogmatil® 50mg [PA: Sulpirida] (*Antidepressivo y Antivertiginoso*)
- Nolotil® 575mg [PA: Metamizol] (*Analgesico y antipirético*)

(*Se lo toma, cuando se acuerda, antes de irse a dormir*)

Hará unos dos años aproximadamente que no va a su medico porque no quiere “*no quiero médicos*”, aunque expresa que tendría que irse a hacer alguna analítica de control “*y ahora me ha salido esto en los pies y estoy asustá, tengo las piernas moraditas*” (*me enseña los tobillos los cuales tiene hinchados y colorados*).

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE CON LOS DEMÁS

- Escala de depresión geriátrica de Yesavage: 15 puntos; Depresión establecida
- Idioma: Castellano

Se considera muy habladora, le gusta hablar. Cuando tiene algún problema no se lo cuenta a nadie, se lo guarda para ella “*y tanto que me lo quedo para mí...*” Le cuesta mucho pedir ayuda “*me cuesta mucho...porqué sinó ya al segundo dia que me quedé sin comer ya hubiese llamado a mi sobrino...y aguanté cinco o seis días.*” Lleba gafas y la operaron hace unos años de cataratas en los dos ojos, manifiesta que ve “*regular*”. Refiere oír bien aunque en varias ocasiones durante los encuentro tengo que hablarle en un tono bastante alto para que me pueda entender.

11. NECESIDAD DE VIVIR DE ACUERDO CON SUS PROPIAS CREENCIAS Y VALORES

Se define como muy católica (*tiene todo el comedor lleno de figuritas de vírgenes y cuadros religiosos colgados en la pared*). Refiere tener mucho miedo a la muerte.

12. NECESIDAD DE TRABAJAR PARA SENTIRSE REALIZADO

Toda su vida ha trabajado limpiando casas.

13. NECESIDAD DE PARTICIPAR EN DISTINTAS FORMAS DE ENTRETENIMIENTO

No le gusta hacer nada, se pasa el día sentada en el sofá o en una silla y a veces enciende la televisión. Siempre se siente muy aburrida *“me siento muchas veces solita y me digo a mi misma que aburrimiento dios mio, ay que aburrimiento...a esta virgen le tengo la cara hasta gastá, de tanto pedirle, le digo a veces hasta guapa”* (me señala un cuadro muy grande que tiene colgado en la pared)

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

No sabe ni leer ni escribir. No tiene ningún interés por aprender cosas nuevas.

ESCALAS DE VALORACIÓN GERIÁTRICA

VALORACION FUNCIONAL:

ÍNDICE PARA LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA DE LAWTON Y BRODY⁴

CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
No es capaz de usar el teléfono	0
HACER COMPRAS	
Realiza independientemente todas las compras necesarias	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
CUIDADO DE LA CASA	
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional para trabajos pesados	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
No participa en ninguna labor de la casa	0
LAVADO DE LA ROPA	
Lava por sí solo toda su ropa	1
Lava por sí solo pequeñas prendas	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
No viaja	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1
Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0
No es capaz de administrarse su medicación	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS	
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo.	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1
Incapaz de manejar dinero	0

Puntuación	Dependencia
0-1	Total
2-3	Severa
4-5	Moderada
6-7	Ligera
8	Independencia

VALORACION MENTAL: TEST COGNITIVO DE PFEIFFER⁴

1. ¿Qué día es hoy? (día del mes, mes, año)
2. ¿Qué día de la semana es hoy?
3. ¿Dónde estamos ahora?
4. ¿Cuál es su número de teléfono? o... ¿cuál es su dirección? (si no tiene tlf)
5. ¿Cuántos años tiene?
6. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento? (día, mes y año)
7. ¿Quién es ahora el presidente del Gobierno? X
8. ¿Quién fue el anterior presidente del Gobierno? X
9. ¿Cuáles son los 2 apellidos de su madre?
10. Restar de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0 X
Puntuación Total... 3 errores

Puntuación (restar un error si el paciente es analfabeto)	
0-2 errores	Normal
3-4 errores	Leve deterioro cognitivo
5-7 errores	Moderado deterioro cognitivo
8-10 errores	Importante deterioro cognitivo

VALORACION EMOCIONAL:

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE (versión reducida)⁴

VERSIÓN REDUCIDA		
¿En general está satisfecho/a con su vida?	SI =0	NO =1
¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI =1	NO =0
¿Siente que su vida está vacía?	SI =1	NO =0
¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SI =1	NO =0
¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI =0	NO =1
¿Teme de algo malo pueda ocurrirle?	SI =1	NO =0
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI =0	NO =1
¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	SI =1	NO =0
¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?	SI =1	NO =0
¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	SI =1	NO =0
¿En este momento, piensa que es estupendo estar vivo?	SI =0	NO =1
¿Actualmente se siente un/a inútil?	SI =1	NO =0
¿Piensa que su situación es desesperada? ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI =1	NO =0
¿Se siente lleno/a de energía?	SI =0	NO =1
¿Cree que la mayoría de la gente está en mejor situación que Vd?	SI =1	NO =0
TOTAL	15 puntos	

Puntuación	
0-5 puntos	Normal
6-9 puntos	Probable depresión
= > 9 puntos	Depresión establecida

VALORACION SOCIAL:

ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR DE GIJÓN⁴

SITUACIÓN FAMILIAR	
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	1
Vive con cónyuge de similar edad	2
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
Vive solo y tiene hijos próximos	4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5
SITUACIÓN ECONÓMICA	
Más de 1.5 veces el salario mínimo	1
Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	2
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	3
LISMI – FAS – Pensión no contributiva	4
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior ("4").	5
VIVIENDA	
Adecuada a necesidades	1
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños,...)	2
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción,...)	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	5
RELACIONES SOCIALES	
Relaciones sociales	1
Relación social sólo con familia y vecinos	2
Relación social sólo con familia o vecinos	3
No sale del domicilio, recibe visitas	4
No sale y no recibe visitas	5
APOYO DE LA RED SOCIAL	
Con apoyo familiar y vecinal	1
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
No tiene apoyo	3
Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	4
Tiene cuidados permanentes	5

Puntuación	
5-9 puntos	Buena/Aceptable situación social
10-14 puntos	Existe riesgo social
= > 15 puntos	Problema social

La soledad vivida por mujeres mayores que viven solas: detección de necesidades

Loneliness lived by older women that living alone: needs assessment

Irene Martín-Barbó

Glòria Carol-Moyano

Universitat Rovira i Virgili

Facultad de Enfermería

Avinguda Palfuriana, 104

43880 Coma-ruga (El Vendrell)

Correspondencia:

Irene Martín Barbó

C/ Alt Empordà 71-89 C9 43700 Tarragona

E-mail: irene.martinb@estudiants.urv.cat

Teléf. 977665340

Agradecimientos: Quiero agradecer a las tres mujeres que participaron en el estudio por sus ganas de ayudar y por el tiempo dedicado, ya que sin su colaboración el estudio no se hubiese podido realizar.

Recuento de palabras resumen: 226

Recuento de palabras abstract: 205

Recuento de palabras del cuerpo del manuscrito: 3.421

Número de caracteres “Qué se conoce” y “Qué aporta”: 298

Qué se conoce: Cada vez hay más personas mayores que viven solas y que son más longevas.

Qué aporta: Este estudio supone un avance en la comprensión del entorno más inmediato y cotidiano del vivir diario de personas mayores que viven solas con el fin de conducir a una mejora de su calidad de vida.

RESUMEN

Objetivo: Explorar como influye la soledad en la vida diaria de tres mujeres mayores de 75 años que viven solas con el fin de poder detectar posibles necesidades alteradas.

Metodología: Investigación cualitativa de aproximación fenomenológica. Se realizó un análisis temático del contenido discursivo de tres mujeres mayores de 75 años que vivían solas desarrollando categorías de estudio.

Resultados: Se observó que cuando más solas se sentían era por la noche y que su estado de salud se asociaba muy directamente con la soledad. La principal fuente de satisfacción derivada de vivir solas era el sentimiento de independencia proporcionado y la principal fuente de insatisfacción la falta de compañía. También se observó, que la principal estrategia utilizada para combatir la soledad era ver la televisión, las principales necesidades alteradas eran la nutrición, el sueño y la comunicación y que las tres participantes realizaban un uso deficiente de los servicios sanitarios.

Conclusiones: Es necesario realizar una captación activa/proactiva de esta población vulnerable para así seguir su evolución y ofrecer la ayuda necesaria para que puedan tener información y acceso a los recursos disponibles, tanto sanitarios como sociales. También, se debería incidir en la realización de intervenciones que aborden más específicamente temas de nutrición, sueño y comunicación ya que son las necesidades alteradas detectadas más prevalentes en este grupo de población.

Palabras clave: Soledad, Mujeres ancianas, Investigación cualitativa

ABSTRACT

Objective: Explore how loneliness affects the daily lives of three women over 75 who live alone in order to detect possible altered needs.

Methodology: Qualitative study of phenomenological approach. We performed a thematic analysis of the discursive content of three women over 75 who lived alone developing categories of study.

Results: We observed that they felt more alone at night and that their health status was associated most directly with loneliness. The main satisfaction of living alone was the feeling of independence and the main dissatisfaction was the lack of company. It was also noted that the main strategy used to combat loneliness was watching television, the main altered needs were nutrition, sleep and communication and the deficient use of health services made by the three participants.

Conclusion: It's necessary to make an active/proactive recruitment of this vulnerable population in order to follow their evolution and provide the necessary assistance so that they may have information and access to the available resources, both health and social. It is also necessary, to impact on the realization of interventions to address specifically on nutrition, sleep and communication, because these are the most altered needs detected in this group of population.

Keywords: Loneliness, Elderly women, Qualitative research

INTRODUCCIÓN

En España hay 4.535.100 hogares unipersonales. De esta cifra, 1.853.700 (un 40,9%) corresponden a personas de 65 o más años que viven solas. Y, de ellas, 1.337.700 (un 72,2%) están formados por mujeres. Una de cada cuatro mujeres entre 75 y 84 años vive sola¹

En 1998 el porcentaje de personas mayores que vivían solas era de 14,25% respecto al total de hogares unipersonales. En 2006, casi una década después, dicho porcentaje aumentó al 21,4%, y actualmente se encuentra en un 40,9%.²

Se puede observar que la opción de residir solo es una decisión en claro aumento entre el colectivo de las personas mayores españolas. Esta preferencia de vivir solo no es sino el reflejo del deseo que manifiestan de continuar viviendo en su casa, incluso cuando su estado de salud disminuya y pueda verse afectado por situaciones de dependencia que requieran el apoyo de otra persona. Todo esto nos lleva a reflexionar sobre las consecuencias que puede tener en el bienestar integral de las personas mayores.³

Uno de los indicadores que considera la OMS para detectar ancianos frágiles es el de si el anciano vive solo. Teniendo en cuenta que debido a la sucesión de pérdidas que se producen en la vejez, es más probable experimentar la soledad en esta etapa de la vida, dicho criterio es de utilidad no sólo para determinar si el mayor puede valerse por sí mismo, sino también para determinar si puede percibir sentimiento de soledad.⁴

La atención primaria, como punto de entrada al sistema sanitario y por su capacidad de seguimiento de los pacientes a largo tiempo, constituye el nivel de asistencia ideal para la atención de los ancianos y para la detección de los que son de riesgo o frágiles.⁵ El abordaje del envejecimiento en atención primaria se puede hacer mediante distintos programas: PAPPS (Programa de Actividades Preventivas y de

Promoción de la Salud), ATDOM (Programa de Atención Domiciliaria), PCC (Programa de atención al Paciente Crónico Complejo) ...etc. Estos programas abordan la prevención, cronicidad, y la complejidad en la persona mayor y pueden ser utilizados para detectar a esta población siempre y cuando acudan a la consulta.

No se ha encontrado artículos publicados que se centren en explorar la soledad o detectar necesidades alteradas en personas mayores que vivan solas, posiblemente, porque sea una población de difícil acceso. Por este motivo, la motivación principal de este trabajo es profundizar en el conocimiento sobre la vivencia subjetiva de esta realidad social actual, realizando un análisis de la experiencia de tres mujeres mayores de 75 años que viven solas indagando en sus condiciones de vida, sus problemas, sus redes de apoyo, sus motivaciones, sus sentimientos y sus actividades diarias para reflexionar sobre la vulnerabilidad y las necesidades de estas, donde la enfermera tiene un papel principal, ya sea a la hora de detectar las necesidades como de poder articular los recursos para poderlas satisfacer.

El objetivo principal de este estudio es explorar como influye la soledad en la vida diaria de tres mujeres mayores de 75 años que viven solas con el fin de poder detectar posibles necesidades alteradas.

METODOLOGÍA

El método de investigación utilizado para este estudio es de naturaleza cualitativa, de tipo fenomenológico. Este método busca comprender como las personas perciben su mundo y le dan un significado; es decir, busca comprender las experiencias vividas de las personas que están siendo estudiadas. El método fenomenológico es importante y útil para estudios de enfermería porque permite que el investigador descubra los significados de las experiencias humanas en salud y en enfermedad y ayuda a que las

enfermeras puedan comprender e interpretar estas experiencias. Por lo tanto, los resultados de este estudio cualitativo permiten entender un fenómeno en una situación en particular y no pueden ser generalizados de la misma forma que los estudios cuantitativos. ⁶

Como herramientas de recogida de datos se utilizó un guión de elaboración propia el cual mediante distintas preguntas recoge los aspectos más importantes para la valoración de las necesidades básicas según Virginia Henderson. También, para poder obtener una valoración más completa y objetiva, se pasaron cuatro escalas que valoran: la funcionalidad (Índice para las actividades instrumentales para la vida diaria de Lawton y Brody), estado cognitivo (Test cognitivo de Pfeiffer), estado emocional (Escala de depresión geriátrica de Yesavage) y el riesgo social (Escala de valoración sociofamiliar de Gijón) las cuales conforman una valoración geriátrica integral y una entrevista semi-estructurada compuesta por ocho preguntas.

La herramienta de recogida de datos más relevante de este trabajo y por la cual se define este estudio como fenomenológico, es la entrevista semiestructurada, ya que fue la que permitió a las participantes hablar y expresar libremente sus sentimientos y emociones .

Participaron en el estudio un total de tres mujeres. Previamente se las llamó por teléfono para poder quedar un día en concreto con ellas. Para poder obtener los resultados de este estudio fueron necesarios dos encuentros con cada una de ellas. El lugar donde se realizaron los encuentros fue en el domicilio de las mujeres.

La selección de las participantes se realizó por medio de un muestreo intencionado, de esta manera permitió escoger de modo deliberado a quien incluir en este estudio. Los criterios de inclusión fueron: ser mujer, mayor de 75 años, vivir sola y dar el consentimiento para participar en el estudio.

Primero se realizó una primera quedada exploratoria para poder conocer mejor a cada una de las participantes. Se les informó individualmente y de forma verbal sobre el propósito del estudio y su desarrollo, además de contestarles a las dudas que les surgieron. También, se les explicó que su participación era voluntaria y que se respetaría en todo momento la confidencialidad y el anonimato de estas. Seguidamente se les pidió el consentimiento informado entregándoles la hoja en cuestión para que la firmasen. Después, se les pasaron las cuatro escalas que conforman una valoración geriátrica integral y gracias a la información proporcionada por las participantes en este primer encuentro, se pudieron obtener los datos necesarios para registrar en una tabla diferentes variables con el fin de obtener un perfil representativo de cada una. (Tabla 1)

En el segundo encuentro, como ya había un poco más de confianza, fue cuando se realizaron las entrevistas semiestructuradas y se valoraron las necesidades básicas. Todo fue grabado con la grabadora de un móvil.

El análisis de los datos fue temático. Antes de analizar los datos, se transcribieron literalmente las grabaciones. Seguidamente, tras una lectura detenida de las entrevistas y las necesidades, se elaboró un listado de *temas clave*, para, posteriormente, trabajar en la identificación e interpretación de los mismos. Estos temas clave se trataron como categorías provisionales. Se llevó a cabo otra lectura y reflexión para poder llegar a tener acceso a la esencia total de las experiencias. Más tarde se procedió al análisis de los datos, desarrollando “categorías”.⁷

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tras pasar las diferentes escalas que conforman una valoración geriátrica integral, hacer las respectivas entrevistas y valorar las necesidades básicas según el modelo

de Virginia Henderson a las tres participantes se obtuvieron los siguientes resultados en relación a la soledad y las necesidades detectadas.

Expresión del sentimiento de soledad

Las tres participantes manifestaban el sentimiento de soledad pero de distintas maneras. Para la primera participante, el hecho de vivir sola no era percibido como un problema, en cambio para la segunda y tercera participante sí lo era.

P1: *"(...) pues lo veo guapo, lo veo bonito. (...) porque me gusta estar sola, así son las cosas, que me encanta estar sola"*

P2: *"Tengo mucho miedo... defino la soledad como mucho miedo"*

P3: *"Pues... que esto no tiene fin, no. La palabra soledad no tiene fin."*

También se puede observar que por la noche era cuando más solas se sentían.

P1: *"Cuando llega la noche y entonces pues es un poco triste (...)"*

P2: *"Sobretudo también me encuentro sola por la noche (...)"*

P3: *"Cuando va llegando la noche, esta es la soledad más mala."*

Según Iglesias de Ussell,⁸ el 25% de las personas mayores que se quejan de su soledad la sufren con mayor intensidad en las horas nocturnas. Las largas madrugadas, cuando se alternan los silencios con sonidos extraños, son propicias para que, aparezcan pensamientos negativos relacionados con el deterioro de la salud, la muerte propia, y la inseguridad ciudadana. Estos pensamientos negativos de muerte propia e inseguridad ciudadana se pueden observar cuando dos de las participantes manifestaban:

P1: *"Pero sí que lo cierro todo bien cerrado, (...) Pues yo estando mi puerta cerrada ya no tengo miedo."*

P2: *“(...) y también tengo que cerrar la puerta, porque si no cerrara la puerta pues no dormiría, no... no podría dormir (...)*

P2: *“(...) lo que tengo miedo de vivir sola es por si me pasa algo, (...) pienso que quizás si me pasara algo no podría llamar y podría estarme aquí días y días, hasta que pasase alguien por aquí que haría mala olor la casa porque yo ya me habría podrido”*

La salud como motivo de preocupación y condicionante del sentimiento de soledad

En la vejez una buena salud es sinónimo de autonomía ya que implica la posibilidad de poder llevar a cabo una vida independiente. Según los estudios valorados^{2, 3,8}, la salud se convierte en una de las principales preocupaciones cuando las personas mayores comienzan a percibir que se trata de un estado irreversible. Los dolores y el verse cada vez más limitadas para realizar tareas en su día a día contribuyen a su malestar general.

P1: *“me noto un poco más torpe, el año pasado bajaba mejor las escaleras y me movía mejor...pero bueno, aún me muevo”*

P2: *“Cuando me siento más sola es cuando estoy tan cansada que digo, ay no puedo salir, ay si pudiese salir con este Sol tan bonito a dar una vueltecita (...)”*

P2: *“Hasta hace tres años me sentía muy ágil y muy bien porque podía andar pero ahora no, al no sentirme bien y no poder andar me aburro (llora)”*

P3: *“Yo no puedo salir, me caigo de seguida, me mareo y me caigo así para los lados.”*

En el caso de las entrevistadas se observa que llevan realmente mal el hecho de ir perdiendo capacidades para afrontar diversos momentos del día. Según Iglesias de Ussel⁸ las dificultades de movilidad y la pérdida de autonomía en el desarrollo de las actividades cotidianas, se asocian muy directamente con el sufrimiento de la soledad,

ya que hacen que poco a poco se vayan quedando más recluidas en sus casas afectando a su vez su estado anímico.

Fuentes de satisfacción derivadas de vivir sola

En dos de las participantes, se podía observar que la principal fuente de satisfacción proporcionada por vivir solas era el sentimiento de independencia, ya que manifestaban que les permitía hacer lo que quisiesen en cada momento.

P1: *“Yo me levanto por la mañana, cojo y me lavo la cara, me tomo mi café, me pongo mi tele por la mañana un rato y veo lo que hay, luego me hago mi comida al mediodía, me levanto hago otra poquita de cosa...”*

P1: *“Pero yo, yo siempre digo: Me quiero morir aquí aunque sea sola pero no me voy a ningún lao.” (...)* Mientras yo pueda moverme un poquillo, no me sacan de aquí, eso ya puedes estar tu tranquila.”

P2: *“Lo mejor de vivir sola, pues hombre que no dependes de nadie, no tienes que estar pendiente de los otros (...)* haces lo que quieres y... eres feliz porque no hay nadie que te diga: Oye, que esto lo has hecho mal”

La frase *“Mientras yo pueda moverme un poquillo”* para justificar el no abandono de su hogar, refleja ese deseo de independencia mientras se disponga de la autonomía mínima para poder seguir viviendo sola. Por lo general estas personas que reflejan este deseo de independencia son personas que han vivido siempre en la misma casa (como es el caso de la participante 1). Como destaca López Doblas³ ese apego es tan fuerte que rechazan automáticamente la idea de su abandono mientras la salud les siga acompañando, por lo que rechazan el simple planteamiento de mudarse con sus familiares o el ingreso en una institución residencial.

Fuentes de insatisfacción derivadas de vivir sola

Las tres participantes manifestaban que la principal fuente de insatisfacción era la falta de compañía por parte de familiares o amigos.

P1: *“(...) echo en falta a los míos, es lo único, eso siempre. Echo en falta que si él estuviera aquí yo no estaría tan sola, echo en falta... no sé, a mis hijos que los tenía antes aquí todos...”*

P2: *“Porque la verdad es que me siento desgraciada porque pienso: No tienes a nadie, no tienes a ninguna amiga para decirle: ¡Vámonos!”*

P3: *“Estoy deseando que lleguen las cinco para que entre alguien en mi casa.”*

Se puede percibir que echan de menos el tener a alguien con quien compartir momentos cotidianos, alguien con quien poder hablar. Por esto califican esta experiencia como triste y dura, viviéndose con mayor intensidad cuando no se cuenta con apoyo social y, sobre todo, familiar.

La televisión como principal estrategia utilizada para combatir la soledad

Las tres participantes utilizaban el ver la televisión como principal estrategia para combatir la soledad. Parece ser que además de darles entretenimiento y distracción, también les proporcionaba una importante sensación de compañía en casa.

P1: *“(...) veo mi tele que me veo un montón de novelas, una detrás de otra... mira, desde las seis de la tarde, hasta las once menos cuarto de la noche son novelas lo que hay en la Nova, pues yo me las trago todas.”*

P2: *“Pongo la televisión, me gustan las películas de acción, si no hacen películas de acción cierro la televisión y sino a veces la dejo puesta igualmente”*

P3: *“Pues mira... a veces veo la tele, a veces escucho la radio...”*

Un estudio realizado por CIS-IMSERSO⁹ afirma que, ante la soledad, las personas mayores suelen ponerse a ver la televisión (28%) o salir a pasear (23%). Sin embargo, las actividades que conllevan relacionarse con los demás son poco habituales. Sólo un 5% de las personas mayores, cuando se sienten solas, hablan con sus vecinos, un 3% salen de visita o acuden a bares y cafeterías y un 2% acuden al hogar del jubilado.

Necesidades alteradas relacionadas con la soledad

Se detectaron diferentes necesidades alteradas en las tres participantes, pero las que se repitieron y parecían guardar una estrecha relación con el sentimiento de soledad eran:

- Necesidad de comer y beber de forma adecuada

Después de realizarles distintas preguntas y pasarles el test de iniciativa nutricional se detectó que las tres participantes presentaban riesgo nutricional, dos de ellas riesgo nutricional alto y la otra moderado.

P1: *“Tortilla, sopa, fruta...esa es mi comida y no salgo de ahí, no, no, no, esas son mis comidas ya no busques otras”*

P2: Expresa que siempre come lo mismo: un poco de ensalada que ya compra preparada y un poco de carne a la brasa.

P3: *“la última vez cinco días me estuve sin comer, pa haberme muerto”.*

Cuando se les preguntó si solían tener apetito, contestaron que siempre comían sin tener hambre:

P1: *“si no como, me caigo”*

P2: Manifiesta que lo que más le gusta es la paella, a veces piensa que podría hacer una pero expresa que no lo hace porque se encuentra muy cansada y porque no tiene ganas de hacerla para ella sola.

P3: *“lo mismo como, como que no”.*

En la primera participante se podía observar que para ella el acto de comer se había convertido en la necesidad de alimentarse y nada más. En la segunda participante el hecho de cocinarse para ella misma y para nadie más la desmotivaba. Todo esto junto con la limitación de la movilidad que presentaban, las llevaba a seguir una alimentación deficiente.

– Necesidad de dormir y descansar

Después de haber visto que cuando más se manifestaban la soledad y todos los miedos y preocupaciones era por la noche, no era de extrañar que los problemas relacionados con el sueño estuvieran muy relacionados con la soledad.

Según López Doblas³ la imposibilidad para dormirse hasta altas horas de la madrugada invita a la reflexión de sus inquietudes y problemas, les acechan los recuerdos de sus familiares ya fallecidos, no pudiendo hacer nada por evitarlo. Esto hace que sufran insomnio, y no descansen.

P1: *“piensas en porqué no vienen a verte tus hijos, en que no sabes qué es lo que les has hecho para que no vengan a verte...porqué yo tengo cinco hijos ¡eh!...”*

P2: *“piensas en que no eres nadie, no eres nada, sólo una vieja que no sirve para nada, no tienes familia...bah eres un desastre”*

Aunque en el caso de la tercera participante pasa lo contrario, se va a dormir demasiado pronto, porqué expresa que se siente muy aburrida.

P3: *“Te vas a reír... sí a las cuatro o a las cinco de la tarde estoy muy aburrida, cojo y me voy parriba a dormir, así descansan mis piernas... y ya no me levanto hasta el día siguiente.”*

– Necesidad de comunicarse con los demás

El anciano necesita comunicarse y relacionarse con el entorno de forma verbal y no verbal, expresar deseos y opiniones y tener sentimiento de pertenencia a un grupo⁴. Las tres participantes tienen escasa o nula comunicación y relación con su entorno, esto hace que se queden retraídas en sus casas sin poder hablar con nadie favoreciendo la aparición del sentimiento de soledad.

[P1]: *“Me dicen: Ay Carmen ¿quieres que suba y hablamos un ratico? Y yo les digo: No, no, no que me canso de hablar”*

[P2]: *“No tengo ganas de hablar. Es terrible pero no tengo ganas de hablar con nadie”*

Escasa o nula utilización de los servicios sanitarios

Tanto la primera como la tercera participante, no van al médico ni a su enfermera desde hace más de dos años. La segunda participante sólo acude al centro de atención primaria para realizarse analíticas, a su médico privado para tratar el tema de la vista y al centro de salud mental para tratar la depresión.

A ninguna de las tres participantes se le está haciendo ningún seguimiento desde atención primaria ni se sabe tampoco por parte de los servicios sociales de la situación de riesgo social en la que se encuentran.

CONCLUSIÓN

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

Teniendo en cuenta que la puerta de entrada al sistema sanitario es la Atención Primaria (AP) y que el colectivo de las personas mayores utiliza muy especialmente este servicio, los profesionales de AP son, a menudo, los que tienen la oportunidad de detectar y abordar sus necesidades, al mismo tiempo que ejercen un papel determinante en la coordinación y la integración del proceso asistencial.

Por los múltiples y distintos problemas que presentan estas personas y teniendo en cuenta que muchas veces les es imposible acceder a las consultas de atención primaria, considero necesario realizar una captación activa/proactiva de esta población vulnerable (por ejemplo haciendo un recuento de la gente mayor que vive en el municipio y no está yendo a la consulta), así como la realización de una atención diferenciada y ofrecer la ayuda necesaria para que puedan tener información y acceso a los recursos disponibles, tanto sanitarios como sociales.

Considero conveniente y oportuno, seguir la evolución de esta población para poder evaluar los cambios en la funcionalidad y en otras áreas que se produzcan. También, se debería incidir en la realización de intervenciones dirigidas a la promoción y prevención de salud de este colectivo, planificando intervenciones que aborden más específicamente temas de nutrición, sueño y comunicación ya que son las necesidades alteradas detectadas más prevalentes en este grupo de población, con el objetivo de intentar evitar que la fragilidad se convierta en incapacidades evitables.

Creo que la permanencia residencial en el entorno habitual y la provisión de servicios

centrados en las necesidades de las personas y en sus preferencias constituyen un desafío para el futuro próximo. Por este motivo, espero que los resultados de este trabajo sirvan para avanzar en un conocimiento más profundo sobre la vulnerabilidad social de este colectivo que sirva de apoyo a nuevas intervenciones de enfermería para mejorar la calidad de vida de las personas mayores de acuerdo a su derecho de optar por la forma de residencia deseada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística. Notas de prensa: Encuesta Continua de Hogares. INE; 2015 [acceso 19 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np903.pdf>
2. Abellán García A. A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estados de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2007. [acceso 28 de noviembre de 2014]. Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/apropositoconpm.pdf>
3. López Doblas, J. Personas mayores viviendo solas. La autonomía como valor en alza. Madrid: IMSERSO; 2005. [acceso 4 de noviembre de 2014]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/lopezpersonassolas-01.pdf>
4. Puig Llobet M, Lluch Canut M, Rodríguez Ávila N. Valoración de enfermería: detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo. Gerokomos. [revista en línea]* 2009 [acceso 27 de noviembre de 2014] 20(1) Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2009000100002
5. Martín Lesende I . Atención a las personas mayores desde la atención primaria . Barcelona: SEMFYC; 2004. [acceso 1 de mayo de 2015]. Disponible en: https://www.semfyec.es/es/biblioteca/virtual/detalle/Atencion_personas_mayores/

6. Palacios-Ceña D, Corral Liria L. Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. *Enferm Intensiva*. [revista en línea]* 2010 [acceso 15 de noviembre de 2014] 21(2): 68-73. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-fundamentos-desarrollo-un-protocolo-investigacion-13150317>

7. González Gil T, Cano Arana A. Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: tipos de análisis y proceso de codificación. *Nure Inv* [revista en línea]*. 2010 [acceso 17 de diciembre de 2014] (45). Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/concepto44.pdf

8. Iglesias de Ussel J. La soledad en las personas mayores: influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo. IMSERSO. Madrid 2001. [acceso 12 de diciembre de 2014]. Disponible en: <http://www.iscet.pt/sites/default/files/obsolidao/Artigos/La%20soledad%20en%20las%20personas%20mayores.pdf>

9. Boletín sobre el envejecimiento. La soledad de las personas mayores. Observatorio de Personas Mayores. IMSERSO. Diciembre 2000. [acceso 12 de diciembre de 2014]. Disponible en: <http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/boletinopm3.pdf>

TABLA 1: PERFIL DE LAS PARTICIPANTES

Edad (años)	87 años	89 años	85 años
Tiempo viviendo sola	20 años	8 años	11 años
Motivo vivir sola	Muerte marido	Muerte marido	Muerte marido
Estado civil	Viuda	Viuda	Viuda
Estudios	Analfabeta	Bachiller	Analfabeta
Dependencia	Moderada	Moderada	Moderada
Hijos	5 hijos	No	4 hijos
Soporte familiar	Nuera	No	Sobrino
Ayuda a domicilio	Nuera	Trabajadora	No
Relaciones vecinales	Vecina amiga	Vecina	No
Amigos	Vecina amiga	No	No
Depresión	Probable depresión	Depresión establecida	Depresión establecida
Vivienda	Piso 3ª planta (muy antiguo). Alquiler	Ático. (muy nuevo) Vivienda propia	Casa (muy antigua) Alquiler
Ascensor	No	Sí	No
Ingresos económicos	250 €	700 €	524 €
Tele alarma	No	Sí	No
Animales compañía	No	No (muerte perro reciente)	No