

ROSANA ARDEVOL CAMPOS

**PERCEPCIÓ DE LES DIFICULTATS
IDENTIFICADES PER LES PERSONES QUE
VIUEN SOLES DE MÉS DE 65 ANYS**

TREBALL FÍ DE GRAU

Dirigit per: **Dra. M^a Pilar Montesó Curto**

Infermeria



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

Facultat d'Infermeria

TORTOSA 2016

ÍNDEX

Resum.....	2
1.Introducció	3
1.1 Revisió bibliogràfica.....	3
1.2 Aportacions e interès per l'estudi.....	3
1.3 Marc teòric.....	4
2.Objectius.....	8
2.1 Objectiu principal.....	8
2.2 Objectius específics.....	8
3.Metodologia.....	8
3.1 Tipus de disseny.....	8
3.2 Població i mostra.....	9
3.3 Recollida de dades.....	11
3.4 Anàlisi de dades.....	12
4.Resultats.....	13
5.Discussió.....	17
6.Limitacions	20
7.Conclusió.....	20
8.Bibliografia.....	22
9.Annexos	

Resum

L'increment d'edat que des de fa uns quants anys existeix a la població en un futur afectarà a un gran nombre de persones i, tindrà un gran impacte en el sistema sanitari. Per tant conèixer quines son les necessitats d'aquest col·lectiu serà necessari per respondre a les seves demandes. Per tant volem identificar la percepció, experiència, dificultats, problemes i, el significat en que les persones de més de 65 anys tenen pel fet de viure sols. D'aquesta manera indagar el paper que juguen la salut, la malaltia, les relacions familiars i socials, l'oci, i l'estat d'ànim i com ho afronten en el seu dia a dia.

El tipus d'estudi serà explicatiu-interpretatiu on es realitzaran entrevistes individuals a un grup de persones de més de 65 anys. La tècnica d'anàlisi es la metodologia qualitativa, mitjançant entrevistes en profunditat. El tipus d'anàlisi del llenguatge serà temàtic seguint la teoria fonamentada constructivista que analitzarà entrevistes individuals en profunditat, també denominada grounded theory o mètode de les comparacions constants. Els temes emergents són la solitud, l'autonomia dins del domicili, l'autonomia fora del domicili, les activitats d'oci, l'alimentació i els dèficits visuals i auditius. Serà necessari la creació d'activitats per promoure la salut i, per a atendre a les demandes d'aquest sector de la població incidint en els resultats obtinguts per aconseguir un benestar i un confort per aquestes persones que viuen soles.

Paraules clau: dificultats, percepció, vellesa, persona gran, soledat, viure sol.

Abstract

This document is a qualitative research methodology through in-depth interviews, to understand the perception, experience, difficulties, problems, meaning that people over 65 have to live alone; and be able to analyze the role of health, disease, family and social relationships, leisure, and mood and how they face in their daily lives.

The choice of subject has been increasing age for several years in the population.

It is a very topical issue in the future will affect a large number of people and will have a major impact on the health system. The creation of activities to promote health and to meet the demands of this sector of the population will be necessary.

Keywords: difficulties, perception , old age, old , lonely , living alone .

1.Introducció

1.1 Revisió bibliogràfica

La estratègia de búsqueda s'ha realitzat en la base de dades nacional: Cuiden, que ha permès un accés a documents i estudis d'investigació ambientats en aquets país. I també a la base de dades internacionals, s'han utilitzat: Pubmed i Scopus, podent ampliar la informació trobada i observar altres punts de vista i d'enfoc en aquest estudi.

1.2 Aportacions e interès per l'estudi

Els motius personals per a la realització d'aquest estudi són:

El principal motiu és l'interès professional. Treballo en una Residència geriàtrica des de fa deu anys, on he pogut comprovar que la gent gran és molt vulnerable, indefensa i, són pacients complexos. D'aquí parteix el meu interès en aquest grup de població.

Altre motiu és l'augment demogràfic en la població gran que estem tenint a la nostra societat. Creiem que els professionals d'infermeria tindran un lloc molt primordial en la realització de les cures d'aquests pacients, ja que, el tenir cura és una funció pròpia d'aquests professionals, on haurem de liderar l'activació sobre aquest sector de la població més vulnerable i més demandant del sistema sanitari en un futur proper.

1.3 Marc teòric

L'envelliment global de la població presenta característiques diferencials en funció de variables sòcio-demogràfiques com són la edat, el sexe, el nivell educatiu i sòcio-econòmic i, la situació familiar. Contràriament a la imatge social que es té de la persona gran, aquests no són un grup homogeni, pel contrari, són un grup molt heterogeni i canviant.¹

En conseqüència d'aquest procés d'envelliment els essers vius sofreixen diversos canvis estructurals i fisiològics, això fa que augmenti la possibilitat de patir unes complicacions en la salut amb diferents síndromes geriàtrics com són la incontinència urinària, el deteriorament cognitiu, la alteració en la mobilitat i la declinació funcional, l'alteració en l'estat del ànim. Tots aquests aspectes provoquen una disminució de la seva funcionalitat, autonomia i, probablement els durà a terme una minusvàlua en la persona gran.²

El procés d'envelliment es desenvolupa de manera diferent en les persones grans, i, no és sinònim de malaltia ni és motiu de dependència. Sinó que apareixen unes necessitats especials d'atenció cap a aquestes persones.³ Aquestes variaran en funció de les necessitats i dels dèficits que presenti cada individu.⁴ Aquest procés de la persona cap a la vellesa és un procés que també presenta transformacions en els àmbits de la socialització. Pels que han estat vinculats al mercat de treball, al finalitzar dita etapa pot alterar significativament la seva manera de vincular-se socialment.⁵

Els sociòlegs Mishara i Riedel, aprofundeixen en el concepte de vellesa amb la fi de diferenciar etapes que es produeixen dins d'aquest concepte genèric. Sociològicament parlant, la vellesa començaria amb un període denominat de retirada, el qual es situa en la cultura occidental dels 65 als 70 anys. En aquest període es tendeix a adquirir la identitat de rol pròpia de la persona d'edat característica i dominant dins del context sociocultural en el que està immers.⁶ Posteriorment, ens trobaríem amb la fase intermitja, la qual compren dels 70 als 75 anys, sent molt freqüent en aquesta etapa que es produeixen dos tipus de crisis: el pas al estat de viudetat dels casats, sobretot en els barons, que són els que experimenten un augment major de la solitud degut a que no han sigut educats per estar sols ni per a realitzar les tasques domèstiques.⁷

I la necessitat d'elaborar uns nous enfocaments d'adaptació a la progressiva involució de les facultats.⁶ Per últim, ens situarien en la denominada “quarta edat”, incloent als individus majors de 75 anys, on ens introdueix en el progressiu nucli hipofuncional i discapacitant de la vellesa, afavorint la possibilitat d'ingressar en alguna institució sanitària assistencial gerontològica, amb una implicació de pèrdua de grau d'autonomia e independència personal.^{6,8}

Aproximadament entre un 4 i un 5% de les persones grans viuen en institucions geriàtriques, la resta viuen soles o amb algun familiar. El ventall de possibilitats de residència de les persones grans engloba des de la vida totalment independent a la seva llar, fins la vida en una institució on se li proporciona tot tipus de cures i serveis. En aquesta elecció influeix, principalment, l'estat de salut, la situació econòmica i la presència del cònjuge o d'algun familiar.⁸

Segons les dades del IDESCAT, les llars a la província de Tarragona on hi viuen persones de 65 anys o més, i, que viuen soles són: 26.934 persones, a la última enquesta consultada de l'any 2011.⁹

Un sentiment que presenten les persones grans és la solitud. Segons el psiquiatra Madoz defineix la solitud com: “Convencimiento apesadumbrado de estar excluido, de no tener acceso a ese mundo de interacciones, siendo una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional”.¹⁰

Rubio i Aleixandre proposen una diferenciació entre dos conceptes, identificant el “estar sol” com aïllament social, falta de relacions, marginació, absència de xarxes socials,..., i defineixen el concepte de “sentir-se sol”, com a verdadera soledat, sentiment que genera nostàlgia, tristesa, enyorament.¹¹ O sigui, que existeixen dos maneres de solitud o de percepció de solitud, la solitud objectiva que fa referència a la carència de relacions i la solitud subjectiva, que són els sentiments que expressen i experimenten els ancians.¹²

En moltes ocasions es confon o s'interpreten com a sinònim els conceptes d'aïllament social i de solitud. Molinero, defineix l'aïllament social com la carència de contactes socials, i, la solitud com a sentiment subjectiu transmès per la estructura de les interaccions socials, o sigui, centrant-se en l'aspecte psíquic i mental de la persona, sense tenir importància el nombre de contactes socials que pugui tenir.¹³

Per comprendre com és que en aquesta etapa del cicle vital apareix tant la paraula solitud, és degut a que es produeixen una sèrie de modificacions graduals de caràcter morfològic, funcional, psíquic i social, les quals fan que disminueixi la capacitat de la persona per a experimentar tots els canvis que es produeixen al seu entorn.¹⁴ Són uns canvis graduals e inevitables relacionats amb les persones grans i que són normals que succeeixen tot i tenint una bona salut, un estil de vida actiu i una vida sana.¹⁴ Segons el Gerontòleg Laforest, aquestes modificacions venen determinades per tres crisis associades a aquesta etapa de la vida o, al transcurs del envelliment:¹⁵

1.La crisi de la identitat, degut a l'acumulació de pèrdues que deterioreni la autoestima. Provocant un enfrontament intern de la persona entre el "jo" real o, la situació en la que es troba, i, el "jo" ideal o la situació en la que es trobava abans de la vellesa (treball, rols, amics,...).

2.La crisi de la autonomia, provocada principalment pel deteriorament físic el qual dificulta les ABVD.

3.La crisi de pertinença derivada de la pèrdua dels grups socials i de determinats rols, provocats per l'afectació a la vida laboral i, a la capacitat física.¹⁵

Les persones grans que viuen soles no sempre experimenten la solitud com a sentiment negatiu, ja que, podem parlar de solitud objectiva, que fa referència a la falta de companyia, on el 14% de les persones grans que viuen soles al seu domicili manifesten solitud i no sempre implica una vivència desagradable, ja que, pot ser una experiència positiva i enriquidora. En canvi, la solitud subjectiva, sí que la pateixen les persones que es senten completament soles. Aquest sí que és un sentiment dolorós i temut per un gran nombre de persones grans, i no és mai una situació buscada.¹⁶

Les estructures familiars i les normes socials afecten directament al tipus de recolzament social que rebran les persones grans. La vellesa, com a etapa vital, no es només una realitat biològica, sinó un nivell socialment construït, per tant, el desenvolupament social, com el cognitiu i el personal, no es paralitzen sino que continuen. Malgrat de certes limitacions físiques i cognitives, la vellesa és una etapa amb potencial de desenvolupament.¹⁷

Les estratègies per afrontar la solitud són diferents per a cada persona gran, en funció dels recursos, de la sensibilitat i dels interessos de cadascú. Tot i així, existeixen una sèrie d'activitats que fan que aquestes persones grans que viuen soles puguin sortir del pas de la necessitat de viure estimulat i de no sucumbir en la solitud, com: la televisió, radio, religió, centres de dia, activitats d'oci,...¹¹

A més de la solitud hi ha situacions com la vivència de pèrdua associada al dol, la depressió i melancolia, poden actuar afectant al sentiment de la pròpia utilitat, afavorint diferents autoreflexions, sobre el seu sentit existencial actual, com també a l'angoixa de què fer amb el temps lliure, la seguretat econòmica, la ubicació física, emocional i afectiva, l'estat de salut juntament amb la por de perdre la salut, seran aspectes que qüestionaran a l'equilibri i a la capacitat d'adaptació i de resposta del ancià.¹⁸

En els primers canvis i símptomes de la vellesa es solen desencadenar unes crisis on les conseqüències dependran del grau de sensibilitat, confiança, salut, predisposició i ubicació en el context ambiental, on sorgiran possibles variacions en la percepció e interpretació dels signes i símptomes del envelliment.¹⁹

Un altre factor important a tenir en compte a més de la solitud és el sentiment d'inutilitat de la persona gran, amb l'afectació conseqüent de la autoestima que això l'implica, serà un dels factors principals a tenir en compte al planificar una possible intervenció social amb ancians com es la pobresa de la autoestima.²⁰

Els problemes més urgents en els ancians que viuen sols són: l'aïllament social, la pobresa, els problemes de salut i la viudetat. Contribueixen al malestar dels ancians que es troben en aquestes situacions. Sobretot el sentiment de solitud degut a la viudetat es manifesta i perdura durant molt de temps.²¹

2.Objectius

2.1 Objectiu principal

- Analitzar les dificultats bio-psico-socials d'un grup de persones de més de 65 anys, i, que viuen soles dins d'un àmbit rural.

2.2 Objectius específics

- Conèixer els principals problemes de salut que perceben aquest grup de persones.
- Conèixer la percepció de les seves emocions.
- Conèixer e identificar les estratègies d'adaptació i els recursos que utilitzen pel fet de viure sols/es.
- Conèixer e identificar les dificultats que tenen en l'àmbit social i en les activitats d'oci.

3.Metodologia

3.1 Tipus de disseny

El tipus d'estudi serà explicatiu-interpretatiu que s'utilitza quan a més d'estudiar de forma naturalista el fenomen, també es busquen explicacions més interpretatives sobre el perquè. El tipus d'anàlisi del llenguatge serà temàtic seguint la teoria fonamentada constructivista que analitzarà entrevistes individuals en profunditat, també denominada grounded theory o mètode de les comparacions constants.²² La elecció d'aquesta metodologia és perquè ens permet entendre, comprendre i descriure un fenomen en tota la seva complexitat; com les persones veuen, viuen e interpreten els fenòmens. La investigació qualitativa permet aprofundir en aquests aspectes: sofriment, malaltia, vellesa, solitud,...;i, que, difícilment es podrien estudiar amb altres tipus d'investigació.²³

Taylor i Bogdan, parlen de la investigació qualitativa com holística i humanista, en la qual el fenomenòleg busca comprensió a través dels mètodes qualitatius. Defensen que la investigació qualitativa és més que un conjunt de tècniques per a la recollida de dades.²⁵

Analitzarem les experiències de les persones que han estat amb la teràpia des d'una perspectiva fenomenològica. La investigació fenomenològica permet que l'investigador obtingui una comprensió més profunda de la seva experiència.²⁴

3.2 Població i mostra

La qualitat d'un estudi qualitatiu està molt lligada a la selecció dels participants, per tant, hi ha que tenir en compte la variabilitat en el temps de selecció, recursos, d'accés als participants i, pertinent en relació amb el marc conceptual i als objectius de l'estudi, com també que els subjectes a estudiar o participants. Hauran de complir amb les característiques necessàries segons els requeriments del estudi. Per a la selecció de la mostra, es va dur a terme un mostreig teòric de variació màxima amb la finalitat de trobar casos rics en informació que puguin descriure les principals característiques del fenomen. Les característiques que es van tenir en compte per formar els perfils van ser: dades socio-demogràfiques, relacions familiars, relacions socials, activitats d'oci, percepció de salut-malaltia.²⁶

Criteris d'inclusió:

- Persones majors de 65 anys
- Persones tant de sexe masculí com de sexe femení
- Que visquin sols/es en els seus domicilis
- Que no estiguin institucionalitzats
- Que no assisteixin al Centre de Dia

La estratègia que s'utilitzarà per a la obtenció dels participants és la de la "bola de neu", on, demanaré als parents, familiars, amics, contactes personals, i coneguts per accedir als participants de la investigació.²⁷

Criteris d'exclusió:

- Persones amb cuidadors/es
- Persones amb discapacitats psíquiques
- Persones amb deteriorament cognitiu alt
- Persones que rebin la visita diària d'algun familiar proper

Es van seleccionar un total de 10 persones (5 homes i 5 dones), mitjançant un mostreig teòric, buscant i seleccionant diverses categories socio-demogràfiques definides prèviament a un grup de persones específic i que s'ajustin als criteris d'inclusió de l'estudi en concret. Es va aconseguir que els participants fossin representatius de les característiques socio-demogràfiques, garantint així els principis de heterogeneïtat i accessibilitat. Durant el procés de recollida de les dades dos participants es van negar a realitzar la entrevista.²⁸ El domicili va ser l'àmbit on es van desenvolupar les entrevistes.

3.3 Recollida de dades

La recollida de dades s'ha realitzat a través d'entrevistes individuals en profunditat durant el període de Febrer i Març de 2016. Les entrevistes seran semiestructurades, ja que, permet que la conversa sigui fluida per part del entrevistat, sense preguntes amb respostes tancades ni concises.²⁹ El guió de la entrevista conté els temes que han de ser abordats durant la entrevista. En primer lloc, tenim el qüestionari amb les dades socio-demogràfiques dels entrevistats (Annex 1). Seguidament incorporem les entrevistes en profunditat que contenen set preguntes exploratòries àmplies i obertes en les quals els entrevistats poden respondre obertament, complementades amb les visions, opinions, reflexions i experiències personals dels entrevistats (Annex 2).

Molt important també serà l'espai físic per a la realització de la entrevista, ha de ser en un àmbit neutral, còmode i privat per l'entrevistat, i, hem de saber escoltar, deixar parlar, ser sensibles, hem de crear un clima de familiaritat i confiança, mantenir una actitud oberta i positiva, donar temps a que l'entrevistat pugui pensar la resposta i mai discutir ni influir en les seves respostes.³⁰

Els participants d'aquest estudi el van realitzar de manera voluntària i es va obtenir el consentiment informat per escrit, així com, es va garantir la confidencialitat de la informació i el anonimat dels participants (Annex 3). L'estudi es realitzarà d'acord amb el protocol, els principis establerts en la versió revisada actual de la Declaració d'Hèlsinki (Fortalesa, 2013) i d'acord amb les normes i directrius de la Guia de Bones Pràctiques Clíniques . El present estudi es desenvolupa dins de la pràctica clínica habitual. Com a consideracions generals, totes les parts implicades en aquest estudi, promotor, investigadors i altres accepten les normes ètiques nacionals i internacionals sobre recerca.

Consideracions ètiques

El projecte haurà d'estar aprovat Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del IDIAP Jordi Gol . Cada pacient rebrà un document d'informació amb la descripció general de l'estudi, on se li demana la seva col·laboració, se li explica els beneficis i riscos de la seva participació a l'estudi i se li explica que les seves dades seran tractades amb total confidencialitat. El pacient haurà d'emplenar i signar el consentiment informat per poder participar a l'estudi i perquè les seves dades es puguin utilitzar.

El tractament, la comunicació i la transferència de dades personals de tots els participants hauran de complir amb les disposicions de la Llei espanyola EL15/1999 i amb l'Europea 95/46/CE per a la Protecció de Dades Personals. Les dades dels pacients estaran codificades en els documents de l'estudi i només personal degudament autoritzat tindrà accés a les dades personals identificables quan els procediments de verificació de dades exigeixin les inspeccions d'aquesta informació.

3.4 Anàlisi de dades

Per a l'anàlisi de les dades obtingudes s'ha de tenir en compte que en un estudi qualitatiu les dades recollides no són fets, sino experiències personals, reflexions i expressions de les persones entrevistades on la recol·lecció i l'anàlisi de les dades es desenvolupen simultàniament.³¹ Per a poder analitzar tota la informació s'utilitzarà una transcripció de tota la informació obtinguda i, així recol·lectar les idees, expressions, gestos i les reflexions dels participants.³¹

S'identificaran els temes, àrees i categories que siguin més comuns entre els entrevistats, per així poder classificar la informació. Un cop classificada, s'analitzarà la informació per a posteriorment identificar els temes principals, basant-nos en els objectius del estudi i, valorar si la informació s'adapta o no als objectius. Un cop analitzada la informació es realitzarà un contrast de la informació contrastant el resultat de les dades i de la teoria.²⁹

4.Resultats

Es van entrevistar a 10 participants de més de 65 anys d'una població del Sur de Catalunya (Espanya) dins d'un àmbit rural (Taula 1).

Taula 1: Característiques socio-demogràfiques

NOM	ANY NAIXEMENT	EDAT	ESTAT CIVIL	NOMBRE FILLS	PROFESSIÓ	CREENCES
Margarita	1943	73	Vídua	3	Comerciant	Creient i practlicant
Batista	1934	82	Solter	0	Agricultor	Creient no practlicant
Eusebi	1935	81	Vidu	3	Electricista i fontaner	Creient no practlicant
Pilar	1935	81	Vídua	2	Mestressa de casa	Creient i practlicant
Cinta	1927	89	Vídua	2	Agricultora	Creient i practlicant
Rosa	1936	80	Vídua	0	Taxista	Creient no practlicant
Fernando	1941	75	Solter	0	Banquer	No creient
Vicent	1931	85	Vidu	2	Autònom	Creient no practlicant
Antonio	1929	87	Vidu	1	Conductor autobús	Creient no practlicant
Àngels	1920	96	Vídua	2	Botiguera	Creient i practlicant

Sis temes clau han emergit descrivint les principals dificultats que han percebut les persones que viuen soles en el seu domicili: 1) solitud; 2) autonomia dins del domicili; 3) autonomia fora del domicili; 4) activitats d'oci; 5) alimentació; 6) dèficit visual i auditiu.

Solitud

Aquesta categoria és la que va tenir més prevalença d'entre tots els participants, on són persones molt vulnerables a les situacions de solitud degut sobretot al dol i a les pèrdues, les quals formen part del procés d'envelliment. Els participants de l'estudi s'han adaptat a la solitud ja que han habituat a diferents estratègies per fer front:

“Em sento molt forta perquè estic recolzada per la família” (P1)

“Estic preparat per estar sol perquè sempre ho he estat” (P2)

“Com no vull ser cap paquet pels fills, m'he fet la idea de que he de viure sol” (P3)

“M'he adaptat perquè cada dia sens falta parlo amb la filla” (P5)

“Porto el viure sola una mica malament, i, hi ha dies que se'm cau el món a sobre, perquè no he tingut fills i soc vídua, però sort que tinc el pensament molt positiu, i jo mateixa agafo forces i m'aixeco” (P6)

“No noto gens que visc sol, perquè la meva filla viu al costat mateix” (P8)

“Em sento decaigut, trist i amb poca il·lusió, perquè estic completament sol” (P9)

Aquestes persones fan front a aquesta dificultat per mig de les creences espirituals principalment.

“Gràcies a Déu que tinc a prop a la família per si em passés alguna cosa” (P1)

“Vaig cada Diumenge a missa a resar i a ajudar al Mossèn” (P4)

“Sort que Déu Nostre Senyor sempre està al meu costat” (P5)

Autonomia dins del domicili

L'altra categoria amb més alta prevalença de coincidència en tots els participants, és la de l'ús de les escales com a barrera arquitectònica dins del domicili, ja que, la majoria viuen en cases antigues, i totes tenen escales, i, això suposa un obstacle per a l'autonomia i per a la realització de les ABVD.

“Tinc molt mal de cames degut a la artrosi, i em costa pujar les escales. La compra la pujo poc a poc, parant i descansant” (P1)

“Em costa molt pujar les escales, per la malaltia pulmonar (MPOC) que pateixo, i m'ofego” (P2)

“Tot i que camino molt bé, em costa anar al pis de dalt per pujar les escales, per això tinc una saleta aquí a baix, per pujar lo mínim possible” (P3)

“Lo pitjor que porto és pujar les escales de la entrada, perquè tinc artrosi” (P5)

“Últimament noto que perdo estabilitat i tinc por de pujar les escales perquè no vull caure” (P6)

“Em costa molt pujar les quatre escaletes perquè tinc les cames cansades” (P9)

“Tinc desequilibri pujant les escales, i em costa molt però ho tinc que fer per entrar a casa,...” (P10)

Autonomia fora del domicili

Fora del domicili també poden existir barreres que dificultin la mobilitat, ja siguin dificultats per a caminar llargues estones, passejar o anar a fer compres o gestions.

“Em canso bastant només que vagi al caixer que el tinc al costat de casa, perquè m’ofego degut a la malaltia pulmonar que tinc” (P2)

“Camino bastant i no em canso, però no ho faig més sovint per mandra” (P3)

“Sí que em costa molt sortir a passejar, perquè acabo amb molt mal de genoll, només surto a fer lo justet”(P5)

“Jo sí que camino molt, i crec que ho puc fer degut als medicaments que prenc” (P6)

“M’agrada molt passejar, però no ho faig perquè se’m cansen les cames” (P9)

“No puc sortir molt lluny perquè necessitaria les crosses i són incòmodes, i amb el desequilibri que tinc, no vull sortir gaire” (P10)

Activitats d’oci

A causa de moltes malalties cròniques en persones de més de 65 anys, la vellesa és una etapa de la vida on aquestes persones s’acaben tornant dependents d’altres. És molt important segons els participants mantenir una vida socialment activa i realitzar activitats d’oci, ja sigui, individualment o en grup.³²

Com a subcategories destacaríem: relació amb la família, relació amb els amics i veïns, les activitats manuals, els balls típics i els jocs.

“Al viure en un poble tant petit, conec a tothom i parlo amb tothom, amb els que més és amb les veïnes. També passo moltes hores mirant la T.V.” (P1)

“El que més m’agrada és anar al cafè a veure el futbol, i també viatjar amb el cotxe als pobles del voltant” (P2)

“Em relaciono amb la família i amics. I, el que més m’agrada és anar a ballar i estar amb els néts” (P3)

“Em relaciono amb la família i els amics i amigues, i m’agrada anar al Casal a jugar a cartes i anar a la gimnàstica 3 cops a la setmana” (P4)

“Em relaciono amb els veïns moltíssim, i el que més m’agrada és arreglar el jardí i donar-li de menjar a les gallines” (P5)

“Em relaciono amb els amics, i, el que més m’agrada és cosir i fer puntilles” (P6)

“Tinc molts amics. I, m’agrada molt anar a ballar sardanes” (P7)

“Jo parlo amb tothom, no estic barallat amb ningú, i, el que més m’agrada és jugar als jocs de taula (domino, escacs, billar, guinyol, cartes,...” (P8)

“Tinc molts amics. El que més m’agrada i faig, és llegir cada dia els diaris” (P9)

“Cada dia em venen a veure els familiars. I d’entreteniment miro la T.V.” (P10)

Alimentació

Un altra de les categories que va ser més nombrada és la d’anar a comprar i fer-se el menjar. Com a subcategories destacaríem: anar a comprar, pujar la compra per les escales, cuinar i netejar la cuina.

“Em costa molt netejar i fer-me el dinar, però no passo gana, com pots comprovar” (P1)

“A mi m’agrada molt cuinar, i no em fa mandra, però sí que em costa pujar les bosses per les escales, i ho vaig pujant a poc a poc” (P2)

“A mi em costa pujar les coses que compro per les escales, però com surto cada dia, doncs vaig comprant cada dia alguna cosa” (P5)

“A mi cuinar no em desagrada, e inclús m’agrada menjar molt sa, el que sí que no m’agrada és netejar els vidres” (P6)

“A mi casi cada dia com la filla viu al davant meu, em porta una mica del dinar que fa per ells, així sap que menjo bé” (P8)

“No m’agrada gens fer el dinar, anar a comprar sí, i, el que faig, com m’ho puc permetre, vaig cada dia a dinar al bar” (P9)

“La compra me la pugen els fills, i cuinar m’agrada moltíssim, no tinc problema” (P10)

Dèficit visual i auditiu

El deteriorament visual i auditiu en les persones de més de 65 anys, pot portar com a conseqüència la pèrdua de la independència, augment en el risc de caigudes, canvis en la conducta (irritabilitat, ansietat, aïllament,...). Com aquestes persones grans poden realitzar les ABVD amb una disminució visual i auditiva, com poden manejar el seu autocuidatge i com influeix en la seva salut i en la seva situació de la vida diària, és molt important conèixer la percepció i el maneig d'aquesta situació en aquestes persones que viuen soles.³⁴

“Necessito ulleres per veure la T.V. només” (P1)

“La vista ara la tinc perfecta perquè estic operat de cataractes als dos ulls, però sí que tinc una mica de sordesa, m'he de posar la mà darrere les orelles per escoltar millor. A vegades no sento el timbre” (P2)

“Estic operat dels dos ulls de cataractes. De la oïda l'únic que tinc que posar el volum de la T.V. molt alt” (P3)

“Estic operada de cataractes als dos ulls i veig perfectament. I de la oïda m'han tingut que posar un aparell perquè no sentia gaire” (P5)

“Jo estava molt sorda, porto un aparell a cada orella, i ara hi sento bastant. I de la vista, com estic operada de cataractes als dos ulls, veig molt bé ara” (P6)

“Sento bé, però noto que cada any que passa, hi sento menys. De la vista necessito portar ulleres tot el dia” (P7)

“Pues de la vista, m'he tingut que fer unes ulleres noves amb més graduació perquè he perdut vista. Però de sentir, sento molt bé” (P8)

“Necessito porta ulleres durant el dia, però veig bastant bé. De la oïda, tinc que pujar el volum de la T.V., i quan parlo per telèfon, a vegades no sé el que em diuen” (P10)

5.Discussió

En aquest estudi realitzat respecte a quina és la percepció que mantenen un grup persones grans de més de 65 anys pel fet de viure sols, hem agrupat les categories més destacades i que més s'han anomenat, que són: solitud, autonomia dins del domicili, autonomia fora del domicili, activitats d'oci,

alimentació i dèficit visual i auditiu. Aquests van ser els factors més importants i més nombrats pels participants.

Respecte a la relació de viure sols i com manegen la solitud, els participants han trobat tècniques de recolzament per afrontar-la, com la família, amics, oci, i xarxes socials, al igual que l'estudi realitzat per Estrada et al.³⁵ La solitud reflexa una percepció del individu respecte a les seves relacions socials, a la carència de companyia i amb estats de tristesa.¹¹ Les persones grans són vulnerables a les situacions de solitud degut a les pèrdues que segueixen al procés d'envelliment com són la jubilació, dol, sensació d'aïllament i de solitud, igual que en els estudis de Kirkevol i Estrada.^{36,37}

Menys un participant, la resta han acabat fent estratègies d'afrontament a la solitud, i, com aquesta està associada a les pèrdues, a la inactivitat i l'aïllament social, en els resultats del estudi només hi ha un cas de persona gran "solitària", on s'hauria de gestionar en lo possible e implicar aquest participant per reduir aquest sentiment de solitud.^{12,16,36} Els canvis socials i els canvis en la estructura familiar fan que aquestes persones de més de 65 anys vulguin i prefereixin viure soles, com el cas d'un dels participants, que necessita estratègies de d'oci i de relacions socials per afrontar aquest sentiment de solitud.^{35,37} Els participants consideren que la xarxa social i la familiar són un pilar molt important per afrontar la solitud, i es preocupen per la forma en que les persones grans s'adaptin a les seves necessitats.¹² També destaquen com a suport clau el tenir uns serveis socials i d'oci, ja que tots els participants tenen com a base de suport emocional la família, però també els amics, veïns i coneguts, al igual que l'estudi de Sánchez et al i el d'Estrada.^{11,35} Alguns dels participants utilitzen la estratègia de les seves creences espirituals basant-se en un conjunt de pensaments transcendents respecte a Déu i la sensació de benestar espiritual davant d'un propòsit de vida que els hi dóna sentit i orientació per afrontar la solitud. Aquest pensament els hi proporciona una pau i tranquil·litat amb ells mateixos i gaudir d'un major benestar psicològic al incrementar la seva capacitat de control intern i autoestima.^{12,16}

Respecte a l'autonomia dins de casa els resultats coincideixen en un estudi on diu que la probabilitat de tenir dificultats en pujar les escales les persones grans de més de 65 anys era molt més elevat en persones que viuen soles, en comparació amb aquelles que vivien amb altres membres de la família.^{38,39} Les caigudes són també un dels síndromes geriàtrics més comuns en les persones que viuen

soles.⁴³ Les caigudes més comuns són: al aire lliure, escales e interior del domicili, com diuen els autors de dos estudis que són Pan i Kamel.^{38,39} Els factors de risc són: persones que viuen soles, tenen malalties cròniques, ús de medicaments, mobilitat reduïda, ús de dispositiu mecànic (bastó, caminador, crosses).^{3,39} En aquest estudi dels deu participants, només una participant, és la persona que es va observar més fràgil i la que té més factors de risc de caigudes degut a la edat avançada i la dificultat en caminar degut a l'artrosi, tot i que, durant els últims 12 mesos no ha tingut cap episodi de caiguda. La resta de participants tampoc van tenir cap episodi de caigudes durant els darrers 12 mesos.

Respecte en l'autonomia fora del domicili en el nostre estudi es pot observar que molts tenen dificultats per a caminar i passejar al aire lliure. Aquesta autonomia està alterada degut a malalties físiques com la malaltia obstructiva crònica (MPOC) i l'artrosi on la mobilitat de les extremitats inferiors disminueix en la edat.^{40,41} O, simplement per decisió voluntària de no participar en aquest tipus d'activitat.⁴¹ Si a l'activitat al aire lliure se li sumen les barreres ambientals i les condicions meteorològiques, l'autonomia a l'exterior pot augmentar la probabilitat de sentiment de solitud, inclús després dels ajustos per a les dificultats per caminar, ja sigui directa o indirectament a través de la autonomia.^{40,41,47}

En referent a l'alimentació, tot i que, en general tots els participants mengen bé i se'ls observa que estan ben nodrits. Els professionals d'infermeria haurien de saber identificar a les persones que viuen soles, que puguin tenir un risc de desnutrició, i fer un seguiment per controlar que mantinguin un bon estat nutricional, ja que, són persones especialment vulnerables.³³ Hi ha estudis que diuen que en aquestes persones de més de 65 anys que viuen soles, el fet de no poder pujar les bosses de la compra per les escales, o la mandra de cuinar per un sol/a, fa que hi hagi una ingesta insuficient d'aliments i en una pèrdua de pes i poden acabar en risc de desnutrició, i, això comportaria un risc per a la salut d'aquestes persones.³³ Segons l'estudi de Tomstad et al, coincideix molt el fet de que aquestes persones pel fet que visquin soles, sense companyia, segons el status socio-econòmic, les relacions familiars, segons les relacions socials, els comportaments de la salut i les condicions subjacents que puguin tenir, són un factor de risc per a que disminueixin la ingesta d'aliments i, acabar en una possible desnutrició.^{6,33} Al igual que l'estudi de Wang et al, on diu que la falta d'acompanyament en les menjades, pot estar associat independentment amb els

síntomes depressius també, podent ser un altre possible factor de risc per una futura desnutrició.^{10,42}

Els problemes de salut més freqüent en alguns estudis és la deficiència visual seguida de la discapacitat auditiva, com l'estudi de Thakur et al.⁴³ Són patologies molt importants de considerar donat que comporten grans efectes a nivell psicològic i social.⁴⁷ Poden produir problemes de comunicació amb l'entorn social i una desconexió del medi.³⁴ Són també importants factors de risc per poder produir o empitjorar una depressió en aquestes persones que viuen soles.⁴³ La gran majoria dels participants del estudi són independents per a les activitats de la vida diària, tot i que, molts requereixen en algun moment la ajuda de familiars, amics, veïns,...; Els diagnòstics d'infermeria més freqüents entre altres han sigut: deteriorament de la mobilitat física, risc de caigudes, dèficit visual i auditiu, deteriorament de la interacció social i, risc de solitud, com a l'estudi realitzat per Vázquez-Sánchez i Fernandes Barbosa.^{44,46}

Els participants tot i els obstacles del dia a dia, com poden ser la malaltia aguda, la pèrdua de contacte temporal amb la família i els amics, la falta de recolzament, o la falta d'oportunitats socials poden acabar reduint al mínim aquestes dificultats simplement enfrontant-se a elles tot sols.⁴⁵

6.Limitacions

En aquest estudi no hi ha representació de mostra de participants d'entre 65 i 73 anys d'edat pel fet de que cap d'ells vivia sol.

7.Conclusió

Aquestes persones tenen la suficient independència i autonomia per viure soles, si no fos així no ho podrien fer. Els valors i creences espirituals els ajuden a fer front al seu dia a dia. Hi ha que són catòlics practicants, altres no practicants però la creença en aquest suport espiritual els ajuda a viure sols. L'entorn social i familiar els ajuda en aquest procés, però no seria suficient sense aquestes creences. Som sers bio-psico-socials i espirituals per tant aquestes quatre dimensions han de ser

valorades, explorades i cuidades en les persones grans que viuen soles. Només des de aquesta perspectiva podrem oferir uns cuidatges integrals i holístics, que poden ajudar a l'ancià que viu sol i a que puguin sentir satisfacció per la vida pel fet de viure en solitud. Ens em de basar en els cuidatges principalment en les categories obtingudes en aquest treball que són la solitud, l'autonomia dins del domicili, l'autonomia a fora del domicili, sobretot en les caigudes, en les activitats d'oci, en l'alimentació i en el dèficit visual i auditiu, degut a que han sigut les més nombrades i destacades dels participants. Per lo tant, el personal d'infermeria com la resta de professionals de la salut s'han d'esforçar per a canviar ja que es tracta de problemes que ells poden identificar.

Les persones del estudi en el que respecta a les necessitats bàsiques quedaven cobertes adequadament al saber-les gestionar buscant alternatives i recolzament emocional, social i familiar. Al tractar-se de gent gran vulnerable pel fet de viure sols, s'hauria de prestar especial atenció en aquests individus i donar-li la ajuda necessària per a que tinguin suficient informació i un accés a la salut i als recursos socials disponibles.

Davant la solitud aquestes persones grans utilitzen estratègies per dissuadir-la com anar a passejar, realitzar activitats d'oci, relacionar-se amb veïns, família, amics, veuen la T.V. Tot i que, totes aquestes estratègies per afrontar la solitud són diferents per a cada un dels entrevistats, ja que, alguns d'ells a més de les activitats abans nombrades també requereixen d'altres recursos segons l'estat físic, l'estat d'ànim i de la sensibilitat de cadascun d'ells, com anar a l'església, parlar per telèfon, anar al centre de dia, participar en alguna activitat cultural i/o d'oci. Pensem que el fet de dissenyar polítiques sanitàries desde la perspectiva del propi pacient és útil per a que aquestes siguin efectives. Creiem que els professionals d'infermeria poden aportar elements estratègics a l'hora de desenvolupar e implementar problemes de salut a la població en el seu domicili que estigui directament lligat en la percepció de les persones a les que van adreçats, cosa que millorarà la qualitat d'aquestes.

8. Bibliografía

1. Macías Núñez, J. Geriatria desde el principio. Barcelona: Glosa; 2005.
- 2-Savio I, Lucero R, Fierro A, Levi S, Atchugarry M, Casali G, Rolando D. Manual de Geriatria y Psicogeriatria. Tomo I. Montevideo; 2004.
3. Beckett MK, Elliott MN, Haviland AM, Burkhart Q, Gaillot S, Montfort D, et al. Living Alone and Patient Care Experiences: The Role of Gender in a National Sample of Medicare Beneficiaries. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci.* 2014; 70(10):1242-1247.
- 4.Cardona JL, Villamil MM, Vila E, Echevarri A. El afrontamiento de la soledad en la población adulta. *Med UPB.* 2011; 30 (2).
- 5.Altarriba Mercader F. Aspectos biosicosociales del proceso de envejecer. Vol 7. Barcelona: Boixareu; 1992.
- 6.Mishara L, Riedel G. El proceso de envejecimiento. Madrid: Morata; 1986.
- 7.Montesó-Curto P, Aguilar-Martín C. Depression according to age and gender: an analysis in a community. *Aten Primaria.* 2014 vol: 46 (3): 167-8.
- 8.Fernández Ballesteros, R. Mitos y realidades sobre la vejez y la salud. Barcelona: SG Editores; 1992.
- 9.Institut d'Estadística de Catalunya, IDESCAT. Web de la Generalitat de Catalunya.
<http://www.idescat.cat/pub/?geo=prov%3A43&id=censph&n=7922&lang=es#Plegable=geo>; 2016. Accés 03.01.16.
- 10.Madoz V. 10 palabras clave sobre los miedos del hombre moderno. Madrid: Verbo Divino; 2001.
- 11.Sánchez JL, Braza P. Aislamiento social y factores físico sensoriales en la depresión geriàtrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1992; 11(3): 28-34.
- 12.Rubio R. Un estudio sobre la soledad en personas mayores: ente el estar solo y el sentirse solo. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2001; 6(2): 23-28.

- 13.Molinero S. Fragilidad en la esfera social. *Rev Esp Geriatr Gerontol* .1997; 6(8): 32: 25.
- 14.Marin J. Envejecimiento. Salud Pública y Educación para la Salud. *Salud Pública Educ Salud*. 2003; 3 (1): 28-33.
- 15.Laforest J. Introducción a la Gerontología: el arte de envejecer. Barcelona: Hender; 1991.
- 16.Rodríguez Martín, M. La soledad en el anciano. Gerokomos. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2009000400003&lng=es; 2009. Accés 07.03.16.
- 17.Jimenez Herrero, F Guillén Llera F. Fundamentos de la geriatría. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2004.
- 18.Garcia L, Toronjo A, Ponce C. Enfermería del anciano. 2ª Ed. Madrid: Paradigma; 2009.
- 19.Bazo MT, Garcia Sanz B. Envejecimiento y Sociedad: una perspectiva internacional. 2ª ed. Madrid: Panamericana; 2001.
- 20.Garcia HM, Martinez SR. Enfermería y envejecimiento. Barcelona: Masson; 2012.
- 21.Sanchez Vera P. Sociedad y población anciana. Valencia: Editum; 1993.
- 22.Berenguera Ossó A, Fernández de Sanmamed, Santos MJ, Pons Vigués M, Pujol Ribera E, Rodríguez Arjona D, Saura Sanjaume S. Escuchar, observar, comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol), Generalitat de Catalunya Departament de Salut. <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2014/12/escucharobservarcomprender> er. 2014. Accés 08.03.16.
- 23.Vasilachis de Gialdino, I. [et al]. Estrategias de investigación cualitativa. 1ª Edición. Barcelona: Gedisa; 2006.

24. Cornejo M, Salas N. Rigor y calidad metodológicos: un reto a la investigación social cualitativa. *Psicoperspectivas* ; 10(2): 12-34. <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/144/174>; 2011. Accés 08.03.16.
25. Taylor SJ, Bodgan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. 2ª Edición. Madrid: Dykinson; 1994.
26. Patton M Q. Qualitative research and evaluation methods. Thousand Oaks. 3rd ed. California: Sage Publications; 2002.
27. Galindo Cáceres JL. Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación. México: Pearson Educación; 1998.
28. Valles M S. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. 3rd ed. Madrid: Síntesis Editorial; 2003.
29. Marí R, Bo RM, Climent I. Propuesta de análisis fenomenológico de los datos obtenidos en una entrevista. *Universitas tarraconensis: revista de ciències de la educació* 2010; 1: 113-132.
30. López de Ceballos P. Un método para la Investigación-Acción Participativa. 5th ed. Madrid: Editorial Popular; 2005.
31. Carrillo-Pineda M, Leyva-Moral JM, Medina-Moya JL. El análisis de los datos cualitativos: un proceso complejo. *Index Enferm*. 20(1-2), 96-100; 2011.
32. E. Z. C. N. The problem of elderly people who live alone: An elderly neglect case. *Turk Geriatr Derg* [Internet]. 2014;17(1):99–102. <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L372586098\nhttp://geriatri.dergisi.org/pdf.php3?id=800\nhttp://sfx.library.uu.nl/utrecht?sid=EMBASE&issn=13042947&id=doi:&atitle=The+problem+of+elderly+people+who+live+alone%3A+An+e>; 2014. Accés 09.03.16.
33. Tomstad ST, Söderhamn U, Espnes GA, Söderhamn O. Living Alone, Receiving Help, Helplessness, and Inactivity Are Strongly Related to Risk of Undernutrition among Older Home-Dwelling People. *Int J Gen Med*. 5 (2012): 231–240. doi: 10.2147/IJGM.S28507. Epub 2012 Mar 6.

- 34.Sundsli, Kari, Geir Arild Espnes, and Olle Söderhamn. "Being Old and Living Alone in Urban Areas: The Meaning of Self-Care and Health on the Perception of Life Situation and Identity." *Psychology Research and Behavior Management*. 6 (2013): 21–27.
- 35.Estrada JG, Mula JM, Novajra AM, Aparicio JMT. Care strategies of the families with elderly people living alone. *Index Enferm*. 2013; 22(1-2).
- 36.Kirkevold M, Moyle W, Wilkinson C, Meyer J, Hauge S. Facing the challenge of adapting to a life alone in old age: The influence of losses. *J Adv Nurs*. 2013; 69(2): 394-403.
- 37.Estrada JG, Mula JM. Factors affecting lonesomeness of older people living alone. *Gerokomos*. 2015; 26(1):3-9.
- 38.Pan C, Liu H, Sun H, Xu Y. Increased difficulties in managing stairs in visually impaired older adults: A community-based survey. *PLoS ONE* 2015; 10(11).
- 39.Kamel MH, Abdulmajeed AA, Ismail SS. Risk factors of falls among elderly living in urban Suez-Egypt. *Pan Afr Med J* . 2013; 14:26.
- 40.Lim EJ. Gender differences in the relationship between physical functioning and depressive symptoms in low-income older adults living alone. *Nurs Health Sci*. 2014; 16(3).
- 41.Rantakokko M, Iwarsson S, Vahaluoto S, Portegijs E, Viljanen A, Rantanen T. Perceived environmental barriers to outdoor mobility and feelings of loneliness among community-dwelling older people. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci*. 2014; 69(12):1562-1568.
- 42.Wang X, Shen W, Wang C, Zhang X, Xiao Y, He F, et al. Association between eating alone and depressive symptom in elders: A cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2016; 16(1).
- 43.Thakur RP, A Banerjee, Nikumb VB. "Health Problems Among the Elderly: A Cross-Sectional Study." *Annals of Medical and Health Sciences Research*. 3.1 (2013): 19–25.

- 44.Vázquez-Sánchez M, Gastelu-Cantero M, Casals-Sánchez J. Evaluation of the situation of the elderly who live alone in a health zone. *Enferm Clínica*. 2014; vol: 18 (2): 59-63.
- 45.Goll J, Charlesworth G, Scior K , Stott J. Barriers to social participation among lonely older adults: the influence of social fears and identity. *PloS one*. 2015 vol: 10 (2): e0116664.
- 46.Fernandes Barbosa, Keylla Talitha et al. Vulnerabilidad física en ancianos: diferencias por sexo. *Cultura de los cuidados*; 90-100, 2015. Disponible en: <http://culturacuidados.ua.es/enfermeria/article/view/599>; 2014. Accés: 03.05.16. doi: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.42.09>.
- 47.Sánchez JL, Braza P. Aislamiento social y factores físico sensoriales en la depresión geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012; 28-34.

ANNEX 1:

Preguntes sobre les dades socio-demogràfiques:

1. Nom del participant:
2. Sexe:
3. Edat:
4. Any de naixement:
5. Estat civil:
6. Ocupació anterior:
7. Nombre de fills:
8. Sap llegir:
9. Sap escriure:
10. És creient i / o practicant:

ANNEX 2:

Preguntes obertes:

1. Quines són les activitats que realitza amb més dificultat a dins de casa?
2. Té alguna dificultat física que li dificulti el anar a caminar i / o passejar?
3. Quines relacions socials té?
4. Té algun problema de salut el qual l'impedeixi valdre's per sí mateix?
5. Té alguna dificultat en la vista i / o la oïda la qual li dificulti la realització de les activitats bàsiques en la seva vida diària?
6. Quines activitats d'oci realitza?
7. Emocionalment com se sent, pel fet de viure sol/a?

ANNEX 3:

Consentimiento informado

Yo, _____, estoy de acuerdo en participar en el proyecto de investigación realizado por Rosana Ardévol Campos, con la finalidad de realizar el proyecto de fin de carrera titulado “Percepciones de las dificultades identificadas por las personas que viven solas de más de 65 años”.

La información que yo facilite en el curso de este proyecto de investigación es totalmente confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

Ha sido informado/a de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así decida.

Nombre del participante:

Firma:

Fecha:

ARTICLE

ROSANA ARDEVOL CAMPOS

**PERCEPCIÓ DE LES DIFICULTATS
IDENTIFICADES PER LES PERSONES QUE
VIUEN SOLES DE MÉS DE 65 ANYS**

TREBALL FÍ DE GRAU

Dirigit per: **Dra. M^a Pilar Montesó Curto**

Infermeria



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

Facultat d'Infermeria

TORTOSA 2016

Resum

Aquest estudi explicatiu-interpretatiu es basa en la realització de 10 entrevistes (5 homes i 5 dones) en profunditat a persones que viuen soles de més de 65 anys que viuen en un àmbit rural. El tipus d'anàlisi serà mitjançant la metodologia qualitativa seguint la teoria fonamentada constructivista. Amb l'objectiu d'identificar la percepció, experiència, dificultats i els problemes que tenen aquestes persones pel fet de viure soles. Els resultats ens mostren que els temes més emergents són la solitud, l'autonomia dins del domicili, l'autonomia fora del domicili, les activitats d'oci, l'alimentació i els dèficits visuals i auditius. Els professionals de la salut hauran de saber reconèixer aquestes carències on serà necessari la creació d'activitats per promoure la salut i, per a atendre a les demandes d'aquest sector de la població incidint en els resultats obtinguts per aconseguir un benestar i un confort per aquestes persones que viuen soles.

Paraules clau: dificultats, percepció, vellesa, persona gran, soledat, viure sol.

Introducció

El procés d'envelliment es desenvolupa de manera diferent en les persones grans, i, no és sinònim de malaltia ni és motiu de dependència. Sinó que apareixen unes necessitats especials d'atenció cap a aquestes persones.¹ Aquestes variaran en funció de les necessitats i dels dèficits que presenti cada individu.² Aquest procés de la persona cap a la vellesa és un procés que també presenta transformacions en els àmbits de la socialització. Pels que han estat vinculats al mercat de treball, al finalitzar dita etapa pot alterar significativament la seva manera de vincular-se socialment.³

Rubio i Aleixandre proposen una diferenciació entre dos conceptes, identificant el "estar sol" com aïllament social, falta de relacions, marginació, absència de xarxes socials,..., i defineixen el concepte de "sentir-se sol", com a verdadera soledat,

sentiment que genera nostàlgia, tristesa, enyorament.⁴ O sigui, que existeixen dos maneres de solitud o de percepció de solitud, la solitud objectiva que fa referència a la carència de relacions i la solitud subjectiva, que són els sentiments que expressen i experimenten els ancians.⁵

Per comprendre com és que en aquesta etapa del cicle vital apareix tant la paraula solitud, és degut a que es produeixen una sèrie de modificacions graduals de caràcter morfològic, funcional, psíquic i social, les quals fan que disminueixi la capacitat de la persona per a experimentar tots els canvis que es produeixen al seu entorn.⁶ Són uns canvis graduals e inevitables relacionats amb les persones grans i que són normals que succeeixen tot i tenint una bona salut, un estil de vida actiu i una vida sana.⁶ Segons el Gerontòleg Laforest, aquestes modificacions venen determinades per tres crisis associades a aquesta etapa de la vida o, al transcurs del envelliment:⁷

1.La crisi de la identitat, degut a l'acumulació de pèrdues que deteriorenen la autoestima. Provocant un enfrontament intern de la persona entre el "jo" real o, la situació en la que es troba, i, el "jo" ideal o la situació en la que es trobava abans de la vellesa (treball, rols, amics,...).

2.La crisi de la autonomia, provocada principalment pel deteriorament físic el qual dificulta les ABVD.

3.La crisi de pertinència derivada de la pèrdua dels grups socials i de determinats rols, provocats per l'afectació a la vida laboral i, a la capacitat física.⁸

Les estratègies per afrontar la solitud són diferents per a cada persona gran, en funció dels recursos, de la sensibilitat i dels interessos de cadascú. Tot i així, existeixen una sèrie d'activitats que fan que aquestes persones grans que viuen soles puguin sortir del pas de la necessitat de viure estimulat i de no sucumbir en la solitud, com: la televisió, radio, religió, centres de dia, activitats d'oci,...⁴

Un altre factor important a tenir en compte a més de la solitud és el sentiment d'inutilitat de la persona gran, amb l'afectació conseqüent de la autoestima que això l'implica, serà un dels factors principals a tenir en compte al planificar una possible intervenció social amb ancians com es la pobresa de la autoestima.⁹

Els problemes més urgents en els ancians que viuen sols són: l'aïllament social, la pobresa, els problemes de salut i la viudetat. Contribueixen al malestar dels ancians que es troben en aquestes situacions. Sobretot el sentiment de solitud degut a la viudetat es manifesta i perdura durant molt de temps.¹⁰

Material i mètodes

Tipus de disseny

El tipus d'estudi serà explicatiu-interpretatiu que s'utilitza quan a més d'estudiar de forma naturalista el fenomen, també es busquen explicacions més interpretatives sobre el perquè. El tipus d'anàlisi del llenguatge serà temàtic seguint la teoria fonamentada constructivista que analitzarà entrevistes individuals en profunditat, també denominada grounded theory o mètode de les comparacions constants.¹¹ La elecció d'aquesta metodologia és perquè ens permet entendre, comprendre i descriure un fenomen en tota la seva complexitat; com les persones veuen, viuen e interpreten els fenòmens.

Població i mostra

Es van seleccionar un total de 10 persones (5 homes i 5 dones), mitjançant un mostreig teòric, buscant i seleccionant diverses categories socio-demogràfiques definides prèviament a un grup de persones específic i que s'ajustin als criteris d'inclusió de l'estudi en concret. Es va aconseguir que els participants fossin representatius de les característiques socio-demogràfiques, garantint així els principis de heterogeneïtat i accessibilitat. Les característiques que es van tenir en compte per formar els perfils van ser: dades socio-demogràfiques, relacions familiars, relacions socials, activitats d'oci, percepció de salut-malaltia.¹² Durant el procés de recollida de les dades dos participants es van negar a realitzar la entrevista.¹³ El domicili va ser l'àmbit on es van desenvolupar les entrevistes.

Recollida de dades

La recollida de dades s'ha realitzat a través d'entrevistes individuals en profunditat durant el període de Febrer i Març de 2016. Les entrevistes seran semiestructurades, ja que, permet que la conversa sigui fluida per part del entrevistat, sense preguntes amb respostes tancades ni concises.¹⁴ El guió de la entrevista conté els temes que han de ser abordats durant la entrevista. En primer lloc, tenim el qüestionari amb les dades socio-demogràfiques dels entrevistats (Annex 1). Seguidament incorporem les entrevistes en profunditat que contenen set preguntes exploratòries àmplies i obertes en les quals els entrevistats poden respondre obertament, complementades amb les visions, opinions, reflexions i experiències personals dels entrevistats (Annex 2).

Anàlisi de dades

Per a poder analitzar tota la informació s'utilitzarà una transcripció de tota la informació obtinguda i, així recol·lectar les idees, expressions, gestos i les reflexions dels participants.¹⁵

S'identificaran els temes, àrees i categories que siguin més comuns entre els entrevistats, per així poder classificar la informació. Un cop classificada, s'analitzarà la informació per a posteriorment identificar els temes principals, basant-nos en els objectius del estudi i, valorar si la informació s'adapta o no als objectius. Un cop analitzada la informació es realitzarà un contrast de la informació contrastant el resultat de les dades i de la teoria.¹⁴

Resultats

Característiques dels participants

Es van entrevistar a 10 participants de més de 65 anys d'una població del Sur de Catalunya (Espanya) dins d'un àmbit rural (Taula 1).

Taula 1: Característiques socio-demogràfiques

NOM	ANY NAIXEMENT	EDAT	ESTAT CIVIL	NOMBRE FILLS	PROFESSIÓ	CREENCES
Margarita	1943	73	Vídua	3	Comerciant	Creient i practlicant
Batista	1934	82	Solter	0	Agricultor	Creient no practlicant
Eusebi	1935	81	Vidu	3	Electricista i fontaner	Creient no practlicant
Pilar	1935	81	Vídua	2	Mestressa de casa	Creient i practlicant
Cinta	1927	89	Vídua	2	Agricultora	Creient i practlicant
Rosa	1936	80	Vídua	0	Taxista	Creient no practlicant
Fernando	1941	75	Solter	0	Banquer	No creient
Vicent	1931	85	Vidu	2	Autònom	Creient no practlicant
Antonio	1929	87	Vidu	1	Conductor autobús	Creient no practlicant
Àngels	1920	96	Vídua	2	Botiguera	Creient i practlicant

Sis temes clau han emergit descrivint les principals dificultats que han percebut les persones que viuen soles en el seu domicili: 1) solitud; 2) autonomia dins del domicili; 3) autonomia fora del domicili; 4) activitats d'oci; 5) alimentació; 6) dèficit visual i auditiu.

Temes

Solitud

Aquesta categoria és la que va tenir més prevalença d'entre tots els participants, on són persones molt vulnerables a les situacions de solitud degut sobretot al dol i a les pèrdues, les quals formen part del procés d'envelliment. Els participants de l'estudi s'han adaptat a la solitud ja que han habituat a diferents estratègies per fer front:

“Em sento molt forta perquè estic recolzada per la família” (P1)
“Estic preparat per estar sol perquè sempre ho he estat” (P2)
“Com no vull ser cap paquet pels fills, m’he fet la idea de que he de viure sol” (P3)
“M’he adaptat perquè cada dia sens falta parlo amb la filla” (P5)
“Porto el viure sola una mica malament, i, hi ha dies que se’m cau el món a sobre, perquè no he tingut fills i soc vídua, però sort que tinc el pensament molt positiu, i jo mateixa agafo forces i m’aixeco” (P6)
“No noto gens que visc sol, perquè la meva filla viu al costat mateix” (P8)
“Em sento decaigut, trist i amb poca il·lusió, perquè estic completament sol” (P9)

Aquestes persones fan front a aquesta dificultat per mig de les creences espirituals principalment.

“Gràcies a Déu que tinc a prop a la família per si em passés alguna cosa” (P1)
“Vaig cada Diumenge a missa a resar i a ajudar al Mossèn” (P4)
“Sort que Déu Nostre Senyor sempre està al meu costat” (P5)

Autonomia dins del domicili

L'altra categoria amb més alta prevalença de coincidència en tots els participants, és la de l'ús de les escales com a barrera arquitectònica dins del domicili, ja que, la majoria viuen en cases antigues, i totes tenen escales, i, això suposa un obstacle per a l'autonomia i per a la realització de les ABVD.

“Tinc molt mal de cames degut a la artrosi, i em costa pujar les escales. La compra la pujo poc a poc, parant i descansant” (P1)
“Em costa molt pujar les escales, per la malaltia pulmonar (MPOC) que pateixo, i m’ofego” (P2)
“Tot i que camino molt bé, em costa anar al pis de dalt per pujar les escales, per això tinc una saleta aquí a baix, per pujar lo mínim possible” (P3)
“Lo pitjor que porto és pujar les escales de la entrada, perquè tinc artrosi” (P5)
“Últimament noto que perdo estabilitat i tinc por de pujar les escales perquè no vull caure” (P6)

“Em costa molt pujar les quatre escaletes perquè tinc les cames cansades” (P9)
“Tinc desequilibri pujant les escales, i em costa molt però ho tinc que fer per entrar a casa,...” (P10)

Autonomia fora del domicili

Fora del domicili també poden existir barreres que dificultin la mobilitat, ja siguin dificultats per a caminar llargues estones, passejar o anar a fer compres o gestions.

“Em canso bastant només que vagi al caixer que el tinc al costat de casa, perquè m’ofego degut a la malaltia pulmonar que tinc” (P2)
“Camino bastant i no em canso, però no ho faig més sovint per mandra” (P3)
“Sí que em costa molt sortir a passejar, perquè acabo amb molt mal de genoll, només surto a fer lo justet”(P5)
“Jo sí que camino molt, i crec que ho puc fer degut als medicaments que prenc” (P6)
“M’agrada molt passejar, però no ho faig perquè se’m cansen les cames” (P9)
“No puc sortir molt lluny perquè necessitaria les croses i són incomodes, i amb el desequilibri que tinc, no vull sortir gaire” (P10)

Activitats d’oci

A causa de moltes malalties cròniques en persones de més de 65 anys, la vellesa és una etapa de la vida on aquestes persones s’acaben tornant dependents d’altres. És molt important segons els participants mantenir una vida socialment activa i realitzar activitats d’oci, ja sigui, individualment o en grup.¹⁶

Com a subcategories destacaríem: relació amb la família, relació amb els amics i veïns, les activitats manuals, els balls típics i els jocs.

“Al viure en un poble tant petit, conec a tothom i parlo amb tothom, amb els que més és amb les veïnes. També passo moltes hores mirant la T.V.” (P1)
“El que més m’agrada és anar al cafè a veure el futbol, i també viatjar amb el cotxe als pobles del voltant” (P2)
“Em relaciono amb la família i amics. I, el que més m’agrada és anar a ballar i estar amb els néts” (P3)

“Em relaciono amb la família i els amics i amigues, i m’agrada anar al Casal a jugar a cartes i anar a la gimnàstica 3 cops a la setmana” (P4)

“Em relaciono amb els veïns moltíssim, i el que més m’agrada és arreglar el jardí i donar-li de menjar a les gallines” (P5)

“Em relaciono amb els amics, i, el que més m’agrada és cosir i fer puntilles” (P6)

“Tinc molts amics. I, m’agrada molt anar a ballar sardanes” (P7)

“Jo parlo amb tothom, no estic barallat amb ningú, i, el que més m’agrada és jugar als jocs de taula (domino, escacs, billar, guinyol, cartes,...” (P8)

“Tinc molts amics. El que més m’agrada i faig, és llegir cada dia els diaris” (P9)

“Cada dia em venen a veure els familiars. I d’entreteniment miro la T.V.” (P10)

Alimentació

Un altra de les categories que va ser més nombrada és la d’anar a comprar i fer-se el menjar. Com a subcategories destacaríem: anar a comprar, pujar la compra per les escales, cuinar i netejar la cuina.

“Em costa molt netejar i fer-me el dinar, però no passo gana, com pots comprovar” (P1)

“A mi m’agrada molt cuinar, i no em fa mandra, però sí que em costa pujar les bosses per les escales, i ho vaig pujant a poc a poc” (P2)

“A mi em costa pujar les coses que compro per les escales, però com surto cada dia, doncs vaig comprant cada dia alguna cosa” (P5)

“A mi cuinar no em desagrada, e inclús m’agrada menjar molt sa, el que sí que no m’agrada és netejar els vidres” (P6)

“A mi casi cada dia com la filla viu al davant meu, em porta una mica del dinar que fa per ells, així sap que menjo bé” (P8)

“No m’agrada gens fer el dinar, anar a comprar sí, i, el que faig, com m’ho puc permetre, vaig cada dia a dinar al bar” (P9)

“La compra me la pugen els fills, i cuinar m’agrada moltíssim, no tinc problema” (P10)

Dèficit visual i auditiu

El deteriorament visual i auditiu en les persones de més de 65 anys, pot portar com a conseqüència la pèrdua de la independència, augment en el risc de

caigudes, canvis en la conducta (irritabilitat, ansietat, aïllament,...). Com aquestes persones grans poden realitzar les ABVD amb una disminució visual i auditiva, com poden manejar el seu autocuidatge i com influeix en la seva salut i en la seva situació de la vida diària, és molt important conèixer la percepció i el maneig d'aquesta situació en aquestes persones que viuen soles.¹⁷

"Necessito ulleres per veure la T.V. només" (P1)

"La vista ara la tinc perfecta perquè estic operat de cataractes als dos ulls, però sí que tinc una mica de sordesa, m'he de posar la mà darrere les orelles per escoltar millor. A vegades no sento el timbre" (P2)

"Estic operat dels dos ulls de cataractes. De la oïda l'únic que tinc que posar el volum de la T.V. molt alt" (P3)

"Estic operada de cataractes als dos ulls i veig perfectament. I de la oïda m'han tingut que posar un aparell perquè no sentia gaire" (P5)

"Jo estava molt sorda, porto un aparell a cada orella, i ara hi sento bastant. I de la vista, com estic operada de cataractes als dos ulls, veig molt bé ara" (P6)

"Sento bé, però noto que cada any que passa, hi sento menys. De la vista necessito portar ulleres tot el dia" (P7)

"Pues de la vista, m'he tingut que fer unes ulleres noves amb més graduació perquè he perdut vista. Però de sentir, sento molt bé" (P8)

"Necessito porta ulleres durant el dia, però veig bastant bé. De la oïda, tinc que pujar el volum de la T.V., i quan parlo per telèfon, a vegades no sé el que em diuen" (P10)

Discussió

Respecte a la relació de viure sols i com manegen la solitud, els participants han trobat tècniques de recolzament per afrontar-la, com la família, amics, oci, i xarxes socials, al igual que l'estudi realitzat per Estrada et al.¹⁸ La solitud reflexa una percepció del individu respecte a les seves relacions socials, a la carència de companyia i amb estats de tristesa.⁴ Les persones grans són vulnerables a les situacions de solitud degut a les pèrdues que segueixen al procés d'envelliment com són la jubilació, dol, sensació d'aïllament i de solitud, igual que en els estudis de Kirkevol i Estrada.^{19,20}

Menys un participant, la resta han acabat fent estratègies d'afrontament a la solitud, i, com aquesta està associada a les pèrdues, a la inactivitat i l'aïllament social, en els resultats del estudi només hi ha un cas de persona gran "solitària", on s'hauria de gestionar en lo possible e implicar aquest participant per reduir aquest sentiment de solitud.^{5,8,21} Els canvis socials i els canvis en la estructura familiar fan que aquestes persones de més de 65 anys vulguin i prefereixin viure soles, com el cas d'un dels participants, que necessita estratègies de d'oci i de relacions socials per afrontar aquest sentiment de solitud.^{18,22} Els participants consideren que la xarxa social i la familiar són un pilar molt important per afrontar la solitud, i es preocupen per la forma en que les persones grans s'adaptin a les seves necessitats.⁵ També destaquen com a suport clau el tenir uns serveis socials i d'oci, ja que tots els participants tenen com a base de suport emocional la família, però també els amics, veïns i coneguts, al igual que l'estudi de Sánchez et al i el d'Estrada.^{4,18} Alguns dels participants utilitzen la estratègia de les seves creences espirituals basant-se en un conjunt de pensaments transcendents respecte a Déu i la sensació de benestar espiritual davant d'un propòsit de vida que els hi dóna sentit i orientació per afrontar la solitud. Aquest pensament els hi proporciona una pau i tranquil·litat amb ells mateixos i gaudir d'un major benestar psicològic al incrementar la seva capacitat de control intern i autoestima.^{5,8}

Respecte a l'autonomia dins de casa els resultats coincideixen en un estudi on diu que la probabilitat de tenir dificultats en pujar les escales les persones grans de més de 65 anys era molt més elevat en persones que viuen soles, en comparació amb aquelles que vivien amb altres membres de la família.^{19,20} Les caigudes són també un dels síndromes geriàtrics més comuns en les persones que viuen soles.²³ Les caigudes més comuns són: al aire lliure, escales e interior del domicili, com diuen els autors de dos estudis que són Pan i Kamel.^{19,20} Els factors de risc són: persones que viuen soles, tenen malalties cròniques, ús de medicaments, mobilitat reduïda, ús de dispositiu mecànic (bastó, caminador, crosses).^{1,20} En aquest estudi dels deu participants, només una participant, és la persona que es va observar més fràgil i la que té més factors de risc de caigudes degut a la edat avançada i la dificultat en caminar degut a l'artrosi, tot i que, durant els últims 12 mesos no ha tingut cap episodi de caiguda. La resta de participants tampoc van tenir cap episodi de caigudes durant els darrers 12 mesos.

Respecte en l'autonomia fora del domicili en el nostre estudi es pot observar que molts tenen dificultats per a caminar i passejar al aire lliure. Aquesta autonomia està alterada degut a malalties físiques com la malaltia obstructiva crònica (MPOC) i l'artrosi on la mobilitat de les extremitats inferiors disminueix en la edat.^{20,25} O, simplement per decisió voluntària de no participar en aquest tipus d'activitat.²⁵ Si a l'activitat al aire lliure se li sumen les barreres ambientals i les condicions meteorològiques, l'autonomia a l'exterior pot augmentar la probabilitat de sentiment de solitud, inclús després dels ajustos per a les dificultats per caminar, ja sigui directa o indirectament a través de la autonomia.^{24,25,26}

En referent a l'alimentació, tot i que, en general tots els participants mengen bé i se'ls observa que estan ben nodrits. Els professionals d'infermeria haurien de saber identificar a les persones que viuen soles, que puguin tenir un risc de desnutrició, i fer un seguiment per controlar que mantinguin un bon estat nutricional, ja que, són persones especialment vulnerables.²⁷ Hi ha estudis que diuen que en aquestes persones de més de 65 anys que viuen soles, el fet de no poder pujar les bosses de la compra per les escales, o la mandra de cuinar per un sol/a, fa que hi hagi una ingesta insuficient d'aliments i en una pèrdua de pes i poden acabar en risc de desnutrició, i, això comportaria un risc per a la salut d'aquestes persones.²⁷ Segons l'estudi de Tomstad et al, coincideix molt el fet de que aquestes persones pel fet que visquin soles, sense companyia, segons el status socio-econòmic, les relacions familiars, segons les relacions socials, els comportaments de la salut i les condicions subjacents que puguin tenir, són un factor de risc per a que disminueixin la ingesta d'aliments i, acabar en una possible desnutrició.^{27,28} Al igual que l'estudi de Wang et al, on diu que la falta d'acompanyament en les menjades, pot estar associat independentment amb els símptomes depressius també, podent ser un altre possible factor de risc per una futura desnutrició.^{29,30}

Els problemes de salut més freqüent en alguns estudis és la deficiència visual seguida de la discapacitat auditiva, com l'estudi de Thakur et al.²³ Són patologies molt importants de considerar donat que comporten grans efectes a nivell psicològic i social.²⁶ Poden produir problemes de comunicació amb l'entorn social i una desconexió del medi.¹⁷ Són també importants factors de risc per poder produir o empitjorar una depressió en aquestes persones que viuen soles.²³ La

gran majoria dels participants del estudi són independents per a les activitats de la vida diària, tot i que, molts requereixen en algun moment la ajuda de familiars, amics, veïns. Els diagnòstics d'infermeria més freqüents entre altres han sigut: deteriorament de la mobilitat física, risc de caigudes, dèficit visual i auditiu, deteriorament de la interacció social i, risc de solitud, com a l'estudi realitzat per Vázquez-Sánchez i Fernandes Barbosa.^{31,32}

Els participants tot i els obstacles del dia a dia, com poden ser la malaltia aguda, la pèrdua de contacte temporal amb la família i els amics, la falta de recolzament, o la falta d'oportunitats socials poden acabar reduint al mínim aquestes dificultats simplement enfrontant-se a elles tot sols.³³

Limitacions

En aquest estudi no hi ha representació de mostra de participants d'entre 65 i 73 anys d'edat pel fet de que cap d'ells vivia sol.

Conclusió

Aquestes persones tenen la suficient independència i autonomia per viure soles, si no fos així no ho podrien fer. Els valors i creences espirituals els ajuden a fer front al seu dia a dia. Hi ha que són catòlics practicants, altres no practicants però la creença en aquest suport espiritual els ajuda a viure sols. L'entorn social i familiar els ajuda en aquest procés, però no seria suficient sense aquestes creences. Sommers bio-psico-socials i espirituals per tant aquestes quatre dimensions han de ser valorades, explorades i cuidades en les persones grans que viuen soles. Només des de aquesta perspectiva podrem oferir uns cuidatges integrals i holístics, que poden ajudar a l'ancià que viu sol i a que puguin sentir satisfacció per la vida pel fet de viure en solitud. Ens em de basar en els cuidatges principalment en les categories obtingudes en aquest treball que són la solitud, l'autonomia dins del domicili, l'autonomia a fora del domicili, sobretot en les caigudes, en les activitats d'oci, en l'alimentació i en el dèficit visual i auditiu, degut a que han sigut les més nombrades i destacades dels participants. Per lo tant, el personal d'infermeria com

la resta de professionals de la salut s'han d'esforçar per a canviar ja que es tracta de problemes que ells poden identificar.

Les persones del estudi en el que respecta a les necessitats bàsiques quedaven cobertes adequadament al saber-les gestionar buscant alternatives i recolzament emocional, social i familiar. Al tractar-se de gent gran vulnerable pel fet de viure sols, s'hauria de prestar especial atenció en aquests individus i donar-li la ajuda necessària per a que tinguin suficient informació i un accés a la salut i als recursos socials disponibles.

Davant la solitud aquestes persones grans utilitzen estratègies per dissuadir-la com anar a passejar, realitzar activitats d'oci, relacionar-se amb veïns, família, amics, veuen la T.V. Tot i que, totes aquestes estratègies per afrontar la solitud són diferents per a cada un dels entrevistats, ja que, alguns d'ells a més de les activitats abans nombrades també requereixen d'altres recursos segons l'estat físic, l'estat d'ànim i de la sensibilitat de cadascun d'ells, com anar a l'església, parlar per telèfon, anar al centre de dia, participar en alguna activitat cultural i/o d'oci. Pensem que el fet de dissenyar polítiques sanitàries desde la perspectiva del propi pacient és útil per a que aquestes siguin efectives. Creiem que els professionals d'infermeria poden aportar elements estratègics a l'hora de desenvolupar e implementar problemes de salut a la població en el seu domicili que estigui directament lligat en la percepció de les persones a les que van adreçats, cosa que millorarà la qualitat d'aquestes.

Bibliografia

1. Beckett MK, Elliott MN, Haviland AM, Burkhart Q, Gaillot S, Montfort D, et al. Living Alone and Patient Care Experiences: The Role of Gender in a National Sample of Medicare Beneficiaries. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci*. 2014; 70(10):1242-1247.
2. Cardona JL, Villamil MM, Vila E, Echevarri A. El afrontamiento de la soledad en la población adulta. *Med UPB*. 2011; 30 (2).
3. Altarriba Mercader F. Aspectos biosicosociales del proceso de envejecer. Vol 7. Barcelona: Boixareu; 1992.
4. Sánchez JL, Braza P. Aislamiento social y factores físico sensoriales en la depresión geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1992; 11(3): 28-34.
5. Rubio R. Un estudio sobre la soledad en personas mayores: entre el estar solo y el sentirse solo. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2001; 6(2): 23-28.
6. Marin J. Envejecimiento. Salud Pública y Educación para la Salud. *Salud Pública Educ Salud*. 2003; 3 (1): 28-33.
7. Laforest J. Introducción a la Gerontología: el arte de envejecer. Barcelona: Hender; 1991.
8. Rodríguez Martín M. La soledad en el anciano. Gerokomos. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2009000400003&lng=es; 2009. Accés 07.03.16.
9. Garcia HM, Martinez SR. Enfermería y envejecimiento. Barcelona: Masson; 2012.
10. Sanchez Vera P. Sociedad y población anciana. Valencia: Editum; 1993.
11. Berenguera Ossó A, Fernández de Sanmamed, Santos MJ, Pons Vigués M, Pujol Ribera E, Rodríguez Arjona D, Saura Sanjaume S. Escuchar, observar, comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol), Generalitat de Catalunya Departament

de

Salut.

<https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2014/12/escucharobservarcomprender.2014.Accés.08.03.16>.

12. Patton M Q. Qualitative research and evaluation methods. Thousand Oaks. 3rd ed. California: Sage Publications; 2002.
13. Valles M S. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. 3rd ed. Madrid: Síntesis Editorial; 2003.
14. Marí R, Bo RM, Climent I. Propuesta de análisis fenomenológico de los datos obtenidos en una entrevista. *Universitas tarraconensis: revista de ciències de la educació* 2010; 1: 113-132.
15. Carrillo-Pineda M, Leyva-Moral JM, Medina-Moya JL. El análisis de los datos cualitativos: un proceso complejo. *Index Enferm*. 20(1-2), 96-100; 2011.
16. E. Z. C. N. The problem of elderly people who live alone: An elderly neglect case. *Turk Geriatr Derg* [Internet]. 2014;17(1):99–102. <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L372586098\nhttp://geriatri.dergisi.org/pdf.php3?id=800\nhttp://sfx.library.uu.nl/utrecht?sid=EMBASE&issn=13042947&id=doi:&atitle=The+problem+of+elderly+people+who+live+alone%3A+An+e>; 2014. Accés 09.03.16.
17. Sundsli, Kari, Geir Arild Espnes, and Olle Söderhamn. "Being Old and Living Alone in Urban Areas: The Meaning of Self-Care and Health on the Perception of Life Situation and Identity." *Psychology Research and Behavior Management*. 6 (2013): 21–27.
18. Estrada JG, Mula JM, Novajra AM, Aparicio JMT. Care strategies of the families with elderly people living alone. *Index Enferm*. 2013; 22(1-2).
19. Pan C, Liu H, Sun H, Xu Y. Increased difficulties in managing stairs in visually impaired older adults: A community-based survey. *PLoS ONE* 2015; 10(11).
20. Kamel MH, Abdulmajeed AA, Ismail SS. Risk factors of falls among elderly living in urban Suez-Egypt. *Pan Afr Med J* . 2013; 14:26.

21. Kirkevold M, Moyle W, Wilkinson C, Meyer J, Hauge S. Facing the challenge of adapting to a life alone in old age: The influence of losses. *J Adv Nurs*. 2013; 69(2): 394-403.
22. Estrada JG, Mula JM. Factors affecting lonesomeness of older people living alone. *Gerokomos*. 2015; 26(1):3-9.
23. Thakur RP, A Banerjee, Nikumb VB. "Health Problems Among the Elderly: A Cross-Sectional Study." *Annals of Medical and Health Sciences Research*. 3.1 (2013): 19–25.
24. Lim EJ. Gender differences in the relationship between physical functioning and depressive symptoms in low-income older adults living alone. *Nurs Health Sci*. 2014; 16(3).
25. Rantakokko M, Iwarsson S, Vahaluoto S, Portegijs E, Viljanen A, Rantanen T. Perceived environmental barriers to outdoor mobility and feelings of loneliness among community-dwelling older people. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*. 2014 vol: 69 (12): 1562-8.
26. Sánchez JL, Braza P. Aislamiento social y factores físico sensoriales en la depresión geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012; 28-34.
27. Tomstad ST, Söderhamn U, Espnes GA, Söderhamn O. Living Alone, Receiving Help, Helplessness, and Inactivity Are Strongly Related to Risk of Undernutrition among Older Home-Dwelling People. *Int J Gen Med*. 5 (2012): 231–240. doi: 10.2147/IJGM.S28507. Epub 2012 Mar 6.
28. Mishara L, Riedel G. El proceso de envejecimiento. Madrid: Morata; 1986.
29. Madoz V. 10 palabras clave sobre los miedos del hombre moderno. Madrid: Verbo Divino; 2001.
30. Wang X, Shen W, Wang C, Zhang X, Xiao Y, He F, et al. Association between eating alone and depressive symptom in elders: A cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2016; 16(1).
31. Vázquez-Sánchez M, Gastelu-Cantero M, Casals-Sánchez J. Evaluation of the situation of the elderly who live alone in a health zone. *Enferm Clínica*. 2014; vol: 18 (2): 59-63.

32. Fernandes Barbosa, Keylla Talitha et al. Vulnerabilidad física en ancianos: diferencias por sexo. *Cultura de los cuidados*; 90-100, 2015. Disponible en: <http://culturacuidados.ua.es/enfermeria/article/view/599>; 2014. Accés: 03.05.16. doi: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.42.09>.
33. Goll J, Charlesworth G, Scior K , Stott J. Barriers to social participation among lonely older adults: the influence of social fears and identity. *PloS one*. 2015 vol: 10 (2): e0116664.