

SOLITUD I PERSONES GRANS INSTITUCIONALITZADES

UNA VISIÓ DES DEL TREBALL SOCIAL SANITARI

Treball Final de Màster - MU de Treball Social i Sanitari

Autora: Pilar Puig Teixidor

Directora: Miryam Rodríguez Monter

Juliol de 2019



Aquesta obra està sota una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/deed.ca>)

*El meu sincer agraïment a totes les persones que han fet possible aquesta recerca:
a Miryam Rodríguez, pel seu suport i orientacions;
a les treballadores socials, pel seu temps i bona disposició a col·laborar;
a les persones grans, per compartir amb mi
els seus pensaments i la riquesa de la seva experiència.*

Resum

Diferents estudis assenyalen que la solitud és una experiència subjectiva, que amb l'edat augmenta la possibilitat de patir-la, i més encara en les situacions d'institucionalització. La solitud té conseqüències negatives a tots els nivells de la persona: social, emocional, mental i físic; motiu pel qual és fonamental la seva identificació i abordatge. Per aquesta recerca s'ha dissenyat un estudi mixt (qualitatiu-quantitatiu). S'ha concretat en la realització d'entrevistes a treballadores socials que treballen en residències geriàtriques (n=8), i l'aplicació de qüestionaris a persones grans institucionalitzades amb bon nivell cognitiu (n=24). Els resultats indiquen que no totes les TSS estan d'acord amb la tesi de partida. Si bé sis d'elles, comparteixen aquesta premissa, les dues restants, consideren que degut a l'estil de vida actual, viure en una residència suposa tenir més possibilitats per sentir-se acompanyats, relacionar-se amb altres persones. Totes coincideixen en què és fonamental la identificació i abordatge d'aquesta problemàtica dons influeix a tots el nivells de la persona: social, emocional, mental i físic; i per tant, a nivell de la seva salut. Totes han fet referència al model de l'ACP com un enfocament que permet donar una millor atenció, més personalitzada, treballant a partir de les històries de vida. Aquest enfocament és encara més necessari quan la persona pateix una demència. Totes han donat molta importància a les activitats, al paper del voluntariat i al treball amb les famílies com a eines per a reduir la solitud. Al final es presenta un llistat de bones pràctiques a mode de recomanacions.

Paraules clau

Solitud, persones grans, salut, institucionalització, Atenció Centrada en la Persona

Abstract

Different studies suggest that solitude is a subjective experience, with a higher possibility to develop it as you grow older, and especially in institutionalization situations. Solitude has negative consequences at all levels: social, emotional, mental and physical; and therefore, on their health. That is the reason why it is essential to identify and deal with it. A mixed study (qualitative-quantitative) has been designed for this research. Interviews have been carried out to health social workers who work in old people's homes (n=8) and surveys have been carried out to old institutionalized people with a good cognitive level (n=24). The results show that not all HSW agree with the original

thesis. Although six of them share this premise, the other two consider that due to the present lifestyle, living in an old people's home offers more possibilities to feel accompanied and to have more relationship with others. They have all referred to the model of Person-Centered Care, as an approach that makes it possible to provide a better attention, and more personalized thanks to the knowledge of their life stories. This approach is even more necessary when the person suffers from dementia. They have all found it relevant that the activities are satisfactory and make sense for the person. They have also given importance to the role of the volunteers, the spaces, the good treatment, and the cooperation with families as tools to reduce solitude. To conclude, a list of good practice is provided at the end.

Key words

Solitude, old people, health, institutionalization, Person-Centered Care

Índex

1. INTRODUCCIÓ	7
2. MARC TEÒRIC	8
2.1. Persones grans i solitud	8
2.1.1. Envelliment de la població i solitud.....	8
2.1.2. Concepte de solitud, tipus i conceptes relacionats	9
2.1.3. Impacte de la solitud en el benestar i la salut	10
2.1.4. Peculiaritats de la solitud en les persones grans institucionalitzades	11
2.1.5. Intervenció davant la situació de solitud en persones grans	12
2.1.6. Intervenció davant la solitud en entorns residencials.....	14
2.2. El model d'Atenció Centrada en la Persona (ACP).....	16
2.2.1. Què és el model de l'ACP	16
2.2.2. Orígens de l'Atenció centrada en la persona.....	16
2.2.3. El model de l'ACP en residències de geriàtriques	17
2.2.4. El model de l'ACP en persones amb demència.....	20
2.2.5. Efectes de l'ACP en les persones grans institucionalitzades	21
2.2.6. Efectes del model de l'ACP en els professionals i les famílies	21
2.2.7. Components clau de l'ACP.....	22
3. HIPÒTESIS I OBJECTIUS	24
4. METODOLOGIA.....	25
4.1. Planificació temporal	25
4.2. Disseny de la investigació	25
4.2.1. Plantejament del problema.....	26
4.2.2. Formulació d' objectius.....	27

4.2.3.	Població objecte d'estudi.....	27
4.2.4.	Selecció de la mostra.....	27
4.2.5.	Recollida de dades i procediments.....	28
4.2.6.	Elaboració dels resultats i conclusions.....	29
4.3.	Consideracions ètiques i legals.....	29
5.	RESULTATS	31
5.1.	Anàlisi del contingut de les entrevistes a les TSS	31
5.2.	Anàlisi dels qüestionaris a les persones grans.....	44
5.3.	Les notes de camp.....	49
6.	DISCUSSIÓ	52
7.	CONCLUSIONS	58
8.	REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES.....	61
9.	ANNEXOS	65
	Annex 1: Guió de la entrevista	65
	Annex 2: Qüestionari a les persones grans.....	66

1. INTRODUCCIÓ

Aquesta recerca correspon al treball final de màster (TFM), del M.U. de Treball Social Sanitari de la UOC. Es fonamenta, en el creixent interès per donar resposta a les necessitats que planteja la tendència de l'envelliment de la població; i que junt als canvis en l'estructura familiar, cada cop més reduïda, han fet que cada vegada hi hagi més persones grans que viuen soles. I també que hi hagi més persones en situació de dependència que no poden continuar vivint al seu domicili. Quan la persona arriba a un determinat grau de dependència, si no té el suficient suport familiar i/o social, ha de recórrer a un recurs residencial; fent que el tema de la solitud en les persones grans institucionalitzades prengui progressivament més rellevància social i sanitària.

Des de diferents disciplines la qüestió de la solitud adquireix major interès, doncs quan aquesta no és volguda, produeix en la persona una experiència desagradable, amb un fort impacte emocional; alhora que és un factor de risc per la salut, tant física com mental. Tenint en compte que segons diferents estudis la vellesa és l'etapa de la vida on el risc de patir solitud és més elevat, i també que el sentiment de solitud s'accentua més en les persones grans institucionalitzades; és molt convenient que des del treball social sanitari (TSS), s'investigui per tal de recollir bones pràctiques i fer propostes d'intervenció que siguin útils i eficaces per prevenir i/o pal·liar aquesta situació.

La primera part del treball correspon al marc teòric, que recull la literatura científica, actualitza i rellevant sobre el tema d'estudi, seguit pels objectius plantejats en aquesta recerca. A continuació, es detalla la metodologia utilitzada per assolir aquests objectius; on s'expliquen els passos seguits i els instruments utilitzats, així com els procediments utilitzats per a depurar la informació. Tot seguit, s'exposen els resultats a què s'ha arribat, i la discussió sobre aquests, contrastant les troballes de la recerca amb el marc teòric prèviament elaborat. Finalment, s'inclouen unes conclusions en forma de guia de bones pràctiques en residències geriàtriques, que tenen com a finalitat reduir i/o prevenir el sentiment de solitud de les persones grans institucionalitzades.

2. MARC TEÒRIC

2.1. Persones grans i solitud

2.1.1. Envel·liment de la població i solitud

L'increment de l'esperança de vida junt a la baixa taxa de natalitat, estan provocant en els països desenvolupats, entre ells Espanya, un augment accelerat del percentatge de persones grans; i en conseqüència de l'envel·liment de la població. Sens dubte, aquest increment de l'esperança de la vida és un gran èxit col·lectiu, produït sobretot pels avenços de la medicina i la millora de la qualitat de vida. L'esperança de vida és un dels indicadors que millor reflecteixen les polítiques sanitàries, socials i econòmiques d'un país. En aquest sentit, a Espanya, segons dades de l'INE, al 2014, les dones tenen al néixer una esperança de vida de 85,6 anys, i els homes de 80,1 anys, sent una de les més altes de la Unió Europea^{1·2·3}.

Una de les conseqüències de les actuals tendències socials i demogràfiques és el nombre creixent de persones grans en risc de patir solitud. Tot i que hi ha diferències entre autors, a Espanya, s'estima que el 14% de les persones més grans de 65 anys se senten soles sempre o la major part del temps, sent aquesta una de les prevalències més grans de la Unió Europea^{2·4}. Diferents estudis confirmen la paradoxa que les persones grans d'Espanya i dels països del sud d'Europa (amb una forta tradició familiarista), manifesten índexs de solitud percebuda molt superiors als dels països nòrdics, (de tradició més individualista). Aquest fet ha portat a analitzar la solitud com a producte d'expectatives culturals i contextuals, posant de relleu com els aspectes contextuals (la salut i l'estructura de la llar), i les expectatives culturals, poden influir de forma decisiva en la percepció de solitud de les persones grans⁵.

L'edat també augmenta la possibilitat de viure sol. Així en els darrers anys, s'ha observat un increment de les llars unipersonals formades per persones de més de 65 anys; i d'aquestes, tres de cada quatre corresponen a dones. Segons dades de l'INE del 2011 (429.700 formades per homes, i 1.279.485 per dones); sent un fet molt relacionat amb la pèrdua de la parella i les situacions de viduïtat^{2·3}. Per altra banda, l'estructura familiar en els últims anys s'ha anat reduint, fent que s'incrementi la necessitat d'institucionalització de les persones grans quan perden l'autonomia, i no compten amb el suficient suport familiar. En relació a la institucionalització, cal destacar que un alt percentatge de persones grans, tenen la percepció que l'ingrés en una residència és

una senyal evident d'abandonament per part de la seva família; i que sovint no els han tingut en compte a l'hora de prendre la decisió, amb els sentiments negatius que els provoca⁶.

Si bé envellir, és un factor positiu, no cal menystenir el fet que la qualitat de vida dels últims anys és motiu de preocupació i debat des de diferents disciplines, doncs els canvis que moltes persones experimenten en aquesta etapa les fan més vulnerables a la solitud, provocant conseqüències en el seu benestar físic i emocional⁷.

2.1.2. Concepte de solitud, tipus i conceptes relacionats

No hi ha una única manera de definir la solitud, i tot i que alguns autors defensen que pot ser un element positiu, la majoria coincideixen en associar-la a una experiència negativa. Quan es parla de la solitud com una vivència enriquidora, es fa referència als casos en que la persona voluntàriament vol estar sola, i que ho viu com una oportunitat per reflexionar, comprendre's millor a si mateix i al que l'envolta⁸.

S'ha definit la solitud com un dolor social comparable al dolor físic. De la mateixa manera que el dolor físic ens protegeix dels perills físics, la solitud ens protegiria del perill de trobar-nos aïllats⁸. Seria una manera de cridar la nostra atenció per estimular-nos a buscar el contacte amb altres persones i renovar els nostres vincles socials⁹. La solitud no produeix símptomes externs greus, però qui la pateix expressa que és una experiència desagradable i estressant, associada a un fort impacte emocional, sensacions de nerviosisme i angoixa, sentiments de tristesa, irritabilitat, mal humor o creences de ser rebutjat¹⁰.

En quan als tipus de solitud, diferents autors distingeixen entre *solitud objectiva*, quan la persona viu sola o pateix aïllament social; i *solitud subjectiva*, en relació a la sensació d'estar sol independentment d'estar envoltat d'altres persones. Una altra forma de classificar els tipus de solitud és entre: a) *Solitud emocional*, com una sensació subjectiva de la persona de tenir menys afecte i proximitat íntima amb altres del que desitjaria. Fa referència a un grup d'una a cinc persones íntimes a les que es podria acudir en moments de crisi. Provocaria inquietud, ansietat, por i sensació de buit. Aquesta situació estaria molt vinculada amb la viduïtat. b) *Solitud relacional*, com a sensació subjectiva d'experimentar poca proximitat amb els familiars i amics, i fa referència al grup de 15 a 50 persones amb les que simpatitzem. Produiria avorriment,

exclusió i falta de sentit, i c) *Solitud col·lectiva*, com a sensació de sentir-se poc valorat socialment^{6 ' 11 ' 13}.

El concepte de solitud es relaciona sovint amb els concepte d'aïllament social i viure sol, però cal no confondre'ls. L'aïllament social fa referència a una situació objectiva de no tenir els mínims contactes socials, ja siguin familiars, amics o veïns. Viure sol, és també una situació objectiva, i que no implica necessàriament patir aïllament social ni solitud (sensació subjectiva); doncs el fet de viure sol no impedeix que la persona pugui gaudir d'una vida familiar i social, activa i satisfactòria. En contraposició, es posa de relleu, que moltes persones poden viure en companyia i sentir-se soles, si les relacions que mantenen no són satisfactòries. Aquest aspecte cal tenir-lo molt en compte a l'hora de fer un diagnòstic, doncs, més enllà de quantificar els vincles que la persona manté amb altres, cal valorar la seva qualitat i la satisfacció que li proporcionen^{6 ' 11}.

2.1.3. Impacte de la solitud en el benestar i la salut de la persona gran

L'Organització Mundial de la Salut (OMS), en la seva declaració d'Alma Ata del 1978, introdueix canvis en el concepte de salut, deixant d'entendre-la només com l'absència de malaltia; i la defineix com el l'estat complet de benestar físic, psíquic i social. Aquesta nova definició té com a conseqüència posar també l'èmfasi en la vessant social en matèria de salut, el caràcter interdisciplinari de les intervencions en l'àmbit sanitari, i la necessitat d'incloure el Treball Social com a figura clau dins aquesta nova concepció^{12 ' 13}; doncs des d'aquesta perspectiva, la solitud també és un problema de salut. Segons l'OMS la solitud no volguda és un dels majors riscos pel deteriorament de la salut, i un factor determinant que afavoreix l'entrada de les persones en situacions de dependència^{8 ' 13}. El sentiment de solitud no desitjada, afecta totes les esferes de la vida de la persona, i esdevé un element a tenir molt en compte en quan al risc d'aïllament social que comporta; sent alhora, un factor considerat de risc per a la malaltia física i mental^{7'8}. Hi ha evidència científica dels efectes beneficiosos de les relacions socials en l'estat de salut físic i mental, podent-se parlar de relació causal entre aïllament social i/o solitud, i deteriorament de la salut. La solitud és un factor de risc establert de mala salut, mentre que el suport social i la participació són factors de protecció⁴. En qualsevol persona i en especial en les més grans, l'aïllament social i la soledat influeixen negativament en el seu benestar i qualitat de vida. Mentre una xarxa social satisfactòria promou comportaments i hàbits saludables, la solitud afavoreix hàbits poc saludables

com el sedentarisme, el tabaquisme, el consum excessiu d'alcohol i una alimentació inadequada. També pot afectar a la quantitat i la qualitat del son, provocant una major fatiga durant el dia. La solitud i l'aïllament social també es relacionen amb una major morbimortalitat, augmentant el risc de patir un ampli ventall de malalties, des de les cardiovasculars fins als refredats comuns. L'explicació fisiopatològica podria estar tant en l'augment dels hàbits no saludables com en les desregulacions biològiques provocades per la mateixa solitud o per l'aïllament social^{14 ' 15 ' 16}.

El sentiment de solitud, també prediu l'aparició de demència en les persones grans, independentment dels altres factors de risc coneguts. De la mateixa manera, la solitud i l'aïllament social també es relacionen amb símptomes depressius. En conseqüència, és una prioritat explorar els sentiments de solitud, la qualitat de la xarxa social i dels vincles afectius de les persones grans, donat l'impacte que tenen sobre la salut ^{16 ' 17}.

2.1.4. Peculiaritats de la solitud en les persones grans institucionalitzades

El risc de patir solitud augmenta amb l'edat, tant en persones institucionalitzades, com en les que viuen en el seu domicili; doncs amb el pas del temps, es donen pèrdues que poden posar la persona gran en risc d'aïllament i solitud (feina, parella, amics, capacitats...), afectant negativament la seva qualitat de vida. En ambdós casos, també l'empitjorament de la salut, augmenta la probabilitat de solitud, doncs a mesura que la persona adquireix malalties i/o discapacitats és més probable que vagi perdent amistats, i incrementi la dificultat per relacionar-se amb els altres. Tanmateix, els efectes de la solitud són més adversos en les que viuen en una residència, donada la seva necessitat d'adaptar-se a un nou espai, amb noves persones i noves regles. En aquestes condicions, la persona gran a més de perdre la seva independència, deixa de tenir un contacte proper amb els seus veïns, familiars i amics. El fet de passar de viure a casa per anar a un centre residencial pot portar a la pèrdua de control efectiva sobre la pròpia vida, i de les relacions socials que gaudia^{6 ' 17}. Cal remarcar, que l'experiència de solitud es pot viure en una residència tot i estar envoltat de persones, objectivament acompanyat i ben cuidat. La persona es pot sentir sola enmig de moltes altres, quan aquestes no tenen la suficient importància per a ella o no pot establir-hi vincles significatius. En conseqüència, a les residències, l'experiència de solitud no dependrà únicament del tipus d'assistència, sent fonamental la rellevància que es doni a les dimensions social, emocional i espiritual de la persona^{6 ' 10}. Per altra banda, el fet de passar de viure a casa

a fer-ho en una residència, tot i resultar dur, pot tenir el seu costat positiu, doncs la residència també pot ser un lloc on socialitzar; així, el fet de viure amb tantes persones permet crear noves amistats, i per tant, nous vincles afectius. De fet, algunes persones poden arribar a iniciar una nova relació de parella dins de la residència¹⁸.

2.1.5. Intervenció davant la situació de solitud en persones grans

Les persones grans en risc de patir solitud, un cop identificades, han de ser objecte d'intervenció individual, grupal o comunitària. A l'atenció primària, les intervencions encaminades a reduir la solitud i l'aïllament social es basen en: a) millorar les habilitats socials, b) promoure el suport social, c) augmentar les oportunitats per a la interacció social, i d) actuar sobre els pensaments socials desadaptatius. Tanmateix, és important no limitar-se a donar suport social a les persones que pateixen solitud, sinó aconseguir que siguin elles mateixes les que retornin el suport rebut, i participin en activitats d'ajuda mútua. S'ha observat, que les intervencions que actuen sobre els pensaments socials desadaptatius, són les que millor redueixen la solitud. Tanmateix, les intervencions cognitiva conductuals encaminades a corregir aquests pensaments, poden requerir molt de temps; motiu pel que alguns autors, apunten possibles tractaments farmacològics per facilitar aquestes teràpies¹⁹.

Per altra banda, es poden promoure actuacions de participació social que han demostrat ser efectives en col·laboració amb les organitzacions i serveis socials de la comunitat. Quan els equips d'atenció primària prescriuen activitats lúdiques i de sociabilitat a les persones en situació d'aïllament social o que pateixen solitud, és essencial que els professionals no siguin uns simples derivadors, doncs la cerca de sociabilitat es pot contrarestar amb la sensació d'híper vigilància que podria provocar una major soledat⁷ ¹⁹. Per aconseguir que la població en risc de patir solitud accedeixi a aquests programes de socialització cal paral·lelament abordar i tractar els pensaments socials desadaptatius, ajudant als pacients a identificar els pensaments automàtics que experimenten davant la sociabilitat. Es tracte de promoure una reestructuració cognitiva d'aquests pensaments distorsionats, i que les persones aprenguin a considerar-los com unes hipòtesis, o creences possiblement falses, que han de verificar abans d'actuar com si fossin certes. En aquest sentit, existeixen experiències d'intervencions formatives estructurades a l'atenció primària que han obtingut resultats positius sobre la solitud en solament 5 sessions grupals²⁰.

També s'han observat bons resultats amb programes que ofereixen activitats socials o de suport en format de grup, on la gent gran són participants actius. Per contra, s'ha observat que són poc efectives les visites domiciliàries de professionals. Mentre que algunes intervencions basades en grups han demostrat ser efectives per reduir la solitud i millorar l'activitat social, la salut i el benestar de les persones grans, les intervencions individuals, o les visites de professionals poden ser ineficaces. Els efectes del suport social que aporta la participació en el grup, podria explicar una millora relativament ràpida en la salut, suggerint que les persones grans soles, haurien de rebre una intervenció basada en el grup en lloc d'una intervenció individual. En aquestes intervencions grupals, els participants han de poder influir en els continguts per a què siguin efectives; posant especial atenció en enfortir la cohesió grupal dels participants, per tal de prevenir els abandonaments. Diferents investigacions han observat que el punt clau d'una intervenció grupal reeixida no és tant el contingut de la intervenció, com els efectes de la cohesió grupal i el suport entre iguals. Aquest aspecte és fonamental per aconseguir l'empoderament de les persones grans, per a què canviïn la seva forma de veure la vida, i a si mateixos; per a passar de ser un espectador, a un agent actiu de la seva vida²⁰.

La construcció i interrelació amb les xarxes de suport és essencial per trencar amb les barreres d'aïllament que sorgeixen al voltant, sobretot, de moltes dones grans, provocant solitud⁸. Algunes intervencions s'han dirigit a millorar el capital social creant "cercles d'amistat" o mostrant a la gent gran la possibilitat de participar en programes de voluntariat o programes intergeneracionals. Són programes win-win, on tothom guanya; tant els receptors de l'ajuda com els mateixos voluntaris. Els programes de participació social i voluntariat permeten per una banda, el desenvolupament personal, i per l'altra, el desenvolupament social, ajudant a trobar un major sentit a la vida. Algunes intervencions van dirigides a motivar la participació en activitats, on els voluntaris inicialment fan visites setmanals als participants i es comuniquen amb ells per telèfon, per després implicar-los en activitats comunitàries²¹.

Per altra banda, la implicació en activitats de voluntariat pot reportar molts beneficis a les persones grans. Entre ells destaca el formar part d'un grup, i la integració en una estructura que li proporciona vincles socials, formació, i sentit de pertinença entre altres. Alhora, el fet d'ajudar a altres també beneficia la mateixa persona, fent-la sentir útil i significativa per altres en situació de major vulnerabilitat.

La tercera edat podria ser un moment idoni per ajudar altres persones, per la major disponibilitat de temps, coneixements i experiència a través d'associacions de voluntariat, d'agrupacions d'interessos professionals o culturals, associacions de veïns, de consumidors, partits polítics, etc. Altres opcions són fer esport, llegir, el joc, etc. En definitiva, es pot afirmar que l'activitat tant física com intel·lectual són un bon aliat per seguir portant una vida satisfactòria i saludable²².

2.1.6. Intervenció davant la solitud en entorns residencials

Aquest treball se centra en la solitud de les persones grans institucionalitzades, doncs s'ha observat que la percepció de solitud és més gran en les persones que viuen en centres residencials; sent molt recomanable que els professionals que treballen en residències geriàtriques, desenvolupin noves estratègies per a què les persones grans no siguin tan vulnerables a la solitud. Inclús en persones grans institucionalitzades i amb moltes limitacions físiques o mentals, cal promoure al màxim la seva autonomia, potenciant la seva capacitat per controlar, afrontar i prendre decisions sobre la seva vida⁶. Tot i que pràcticament la meitat de les persones grans realitzen a la residència activitats lúdiques i recreatives l'altre mitat no ho fa. Aquest és un aspecte preocupant, doncs en aquesta etapa de la vida, la persona gran sol disposar de molt de temps lliure; però quan no s'utilitza de forma adequada pot tenir efectes adversos. Entre altres, la sensació d'aïllament, apatia, avorriment, pèrdua progressiva de la identitat, baixa autoestima i pobre autoconcepte²¹. En qualsevol cas, la intervenció per reduir la percepció de solitud no es pot basar en una saturació d'activitats, doncs la quantitat no pot amagar la manca de qualitat¹⁰.

Les intervencions en format grupal són molt recomanables també a la residència doncs promouen la participació, el compartir, el conèixer-se millor, fer vincles amb altres. En les persones grans amb deteriorament cognitiu, tenen especial rellevància les activitats de reminiscència, que ajuden a viure millor el present a través del record. Diferents estudis conclouen que l'eficàcia dels programes de reminiscència és molt alta, destacant la reducció de símptomes depressius, la millora de l'autoestima, la satisfacció i el benestar psicològic que els aporta²³ ' ²⁴. Més que fer exercís per recordar, es tracte de buscar el benestar que provoca el pensar en coses maques, moments de felicitat en què la persona va sentir emocions agradables. Entre aquestes són especialment adequades les activitats de reminiscència basades en la música o el futbol⁴.

La musicoteràpia ha mostrat bons resultats per millorar la qualitat de vida de les persones institucionalitzades amb demència. En un estudi que compara l'eficàcia d'un programa de musicoteràpia (grup experimental), amb un altre programa de reminiscència en persones amb demència moderada o avançada; la musicoteràpia obté millors puntuacions cognitives (atenció, memòria i orientació temporal). Tot i així, en els ambdós grups es van observar un augment en les puntuacions que fan referència a l'estat d'ànim i les interaccions entre participants, i disminució de les conductes d'agitació²⁵.

També s'han obtingut resultats positius en persones grans institucionalitzades utilitzant teràpies amb animals, tant pel que fa a les capacitats físiques i funcionals, com per combatre els sentiments de tristesa i solitud²⁶. De la mateixa forma els programes d'Arteràpia en persones grans institucionalitzades han mostrat eficàcia per millorar el benestar emocional, i també amb persones que pateixen demència. En aquests casos la persona se n'adona que és capaç de fer coses, i que aquestes donen sentit a la seva vida. Les limitacions físiques i psíquiques de les persones afectades per diferents nivells de demència no són un impediment per posar en pràctica l'arteràpia sempre que hi hagi un acompanyament personalitzat i empàtic per part de l'art terapeuta, sent fonamental treballar des de les funcions més preservades²⁷.

Per a les persones grans institucionalitzades, la visita de persones voluntàries i amistats són un recurs a tenir molt en compte, doncs pot significar disposar de companyia realment significativa i valuosa. En contraposició, a vegades, la persona gran experimenta les visites dels familiars amb sentiments ambivalents, doncs les presses o la falta de temps que sovint mostren, fan sentir a la persona gran com una carga. Per a què les visites tant de familiars com de voluntaris siguin un recurs profitós cal que la persona pugui percebre autenticitat en la comunicació. En aquest sentit, cal orientar als familiars, per a què mantinguin un estil relacional que no amagui la veritat a la persona gran, i també que s'escolti activament les seves preocupacions; doncs en cas contrari poden generar-li un major sentiment d'aïllament i solitud. Un altre aspecte a tenir en compte és que els professionals, familiars, amics i voluntaris poden respondre a les necessitats d'acompanyament i ajuda de les persones grans institucionalitzades, però alhora, provocar una nova solitud. Seria la solitud del cap de setmana, quan la persona deixa de comptar amb les visites i les activitats programades per la residència els altres dies; quedant sense els estímuls gratificants, i sentint-se de nou sola¹⁰.

Altres estratègies d'intervenció en les residències són enfortir les possibilitats de diàleg amb altres usuaris, voluntaris, amics i familiars; i alhora augmentar els espais socials dins el centre per facilitar la seva socialització⁶. Una altra via d'actuació és ajudar a prendre consciència de la pròpia experiència de solitud com a primer pas per poder afrontar-la amb naturalitat, sense avergonyir-se, perquè sentir-se sol és una experiència universal¹⁰.

2.2. El model d'Atenció Centrada en la Persona (ACP)

2.2.1. Què és el model de l'ACP

L'ACP és un model d'atenció a les persones grans que va prenent creixent interès. Es tracte d'un model professionalitzat que busca augmentar la qualitat de l'atenció des de diferents dimensions relacionades amb la qualitat de vida. L'ACP s'allunya de models tradicionals, on l'atenció està molt condicionada per procediments uniformes derivats tant de necessitats associades a classificacions de malalties i graus de dependència, com pels condicionants organitzatius.

Per intervenir des de l'ACP cal partir del reconeixement del valor i singularitat de cada persona, posant la mirada en les capacitats enfront dels dèficits, i recolzant la autodeterminació dels individus. Des d'aquesta visió, els professionals d'atenció directa, a més de cuidar i protegir les persones, busquen empoderar-les, relacionant-se amb elles des del coneixement de les seves històries de vida i des de l'escolta. Buscant oportunitats i suports perquè cada persona pugui desenvolupar les seves capacitats, tenir control sobre la seva vida quotidiana, i conseqüentment, sentir-se millor. En aquest model l'entorn i la provisió de suports tenen un paper fonamental. En aquest sentit, els entorns casolans i accessibles, les activitats significatives, les relacions familiars i socials, la proximitat amb la comunitat i la flexibilitat organitzativa són elements imprescindibles²⁸.

2.2.2. Orígens de l'Atenció centrada en la persona

Se sol atribuir l'origen de l'ACP a la psicologia humanista, i més en concret, a Carl Roger i la seva Teràpia Centrada en el Client. Entre les aportacions més rellevants de l'enfocament humanista estan: a) l'interès per centrar-se en la persona, i en el significat que s'atorga a la seva pròpia experiència, b) la dignitat de la persona com a valor central,

c) l'atenció a les característiques específicament humanes com la capacitat de decidir, la creativitat o la necessitat d'autorealització, d) l'interès en el desenvolupament del potencial de cada persona, i e) la idea de la persona en relació al descobriment de si mateixa, i en la seva interdependència amb els altres (individus i grups)²⁸.

En la Teràpia Centrada en el Client destaquen dues característiques: la confiança radical en la persona i el rebuig al paper directiu del terapeuta. Rogers ressalta la importància que tenen les actituds i qualitats del terapeuta, entre elles: a) l'acceptació incondicionalment positiva de la persona, b) l'empatia, o capacitat del terapeuta de posar-se al lloc del client i arribar a comprendre les seves vivències, i c) l'autenticitat o congruència, que li permet el diàleg sincer i constructiu amb el client. L'actitud i la manera de relacionar-se amb el client és condició necessària per afavorir el procés de canvi i desenvolupament de la persona²⁹.

Aquests plantejaments es varen primer aplicar al món de la discapacitat, fruit del canvi conceptual que va suposar l'auge del moviment de vida independent, i la difusió i acceptació que va tenir a tot el món el model social de la discapacitat. És doncs, en el món de la discapacitat on el model de l'ACP va trobar un major recorregut, i degut a la seva proximitat amb la gerontologia, pel que respecta a les necessitats de les persones grans en situació de vulnerabilitat i dependència; es poden aprofitat molts dels coneixents i experiències generades en l'àmbit de les persones amb discapacitat, per aplicar en persones grans institucionalitzades³⁰.

2.2.3. El model de l'ACP en residències de geriàtriques

El model de l'ACP pot contribuir a que les persones grans institucionalitzades no siguin tan vulnerables a la solitud. L'ACP és un enfocament que pot ajudar a millorar la qualitat de l'atenció a les persones grans, doncs les situa en el centre d'atenció, defensant els seus drets i la seva autodeterminació. Aplicat a les residències geriàtriques, implica que les pràctiques professionals, les seves normes i procediments, han de ser flexibles per a poder atendre cada persona com un ser únic; valorant la seva singularitat i reconeixent el seu dret a tenir el control efectiu sobre la seva pròpia vida²⁹.

Aquest model aporta una visió radicalment diferent als abordatges més clàssics, tot i que també puguin parlar d'atenció individualitzada. La principal diferència està en el paper actiu que l'ACP atorga a les persones grans, i les conseqüències que comporta

en relació al tipus d'assistència i en la manera d'intervenir. En aquest sentit, l'atenció individual es pot donar també en les pràctiques de caire paternalista, on els professionals són els que decideixen gairebé totes les qüestions de la vida quotidiana de les persones; situant-se com experts, que saben el que convé o no a la persona. Per contra, des de l'ACP es pretén que cada persona prengui un paper més central i actiu. Més enllà d'individualitzar l'atenció, el model té com a objectiu empoderar la persona, donant-li els suports que necessiti, per a què pugui seguir gestionant la seva vida i prendre les seves pròpies decisions. En conseqüència, el centre de l'atenció, al voltant del que gira l'organització i els processos assistencials, és cada persona, des del reconeixement de la seva dignitat com a ésser humà i des del respecte al seu projecte de vida²⁸ ²⁹.

L'enfocament de l'ACP té moltes implicacions pràctiques, assumint un conjunt de principis que es recullen a la taula 1. Aquests han d'orientar l'atenció, en aquest cas a les persones grans institucionalitzades; destacant la dignitat de les persones, el reconeixement a la seva singularitat, el respecte a les seves decisions, manera de viure, els seus valors, o el posar el focus en les capacitats més que en les seves limitacions.

Taula 1. Decàleg de l'ACP en serveis gerontològics (principis).

Totes les persones tenim dignitat	Tota persona pel fet de ser humana és valuosa, és un fi en si mateixa i no pot ser tractada com un mitjà. Amb independència de l'edat, les malalties, l'estat cognitiu o el grau de discapacitat o dependència són posseïdores de dignitat, i han de ser tractades amb la mateixa consideració i respecte que els altres.
Cada persona és única	Cap persona gran és igual a una altra. Cada persona té el seu propi projecte vital, per tant, és imprescindible l'atenció personalitzada.
La biografia és la raó essencial de la nostra singularitat	La biografia és el que converteix en única a cada persona gran, i en conseqüència es converteix en el referent bàsic del seu pla d'atenció i vida.
Les persones tenim dret a controlar la nostra pròpia vida.	La persona gran es considera un agent actiu i protagonista del seu procés d'atenció. Es respecta l'autonomia de les persones i es busquen oportunitats i suports per a què tinguin control sobre el seu entorn i la seva vida quotidiana.

<p>Les persones amb greu afectació cognitiva també tenen dret a exercir la seva autonomia</p>	<p>L'autonomia no és una capacitat única i fixa, sinó que depèn de la situació i dels suports que la persona tingui. A més de com a capacitat per prendre decisions, l'autonomia es concep com un dret. Per tant, no es renuncia a treballar des de l'autonomia amb les persones greument afectades. S'identifiquen oportunitats i suports i s'exerceix des de la representació o exercici indirecte.</p>
<p>Totes les persones tenim fortaleces i capacitats.</p>	<p>Els professionals, han de posar la mirada més enllà dels dèficits i limitacions, i a partir de les fortaleces i capacitats de cada persona relacionar-se des d'aquestes, i enfortir-les en les intervencions.</p>
<p>L'ambient físic influeix en el nostre comportament i benestar</p>	<p>Especialment en les persones en situació de dependència, l'ambient físic té una gran importància en el seu benestar físic i subjectiu. Per tant, cal aconseguir entorns accessibles, confortables, segurs i significatius.</p>
<p>L'activitat quotidiana té una gran importància en el benestar de les persones.</p>	<p>El que passa en el dia a dia, i les activitats que realitzen les persones grans influeix de manera determinant en el seu benestar físic i subjectiu. Per tant, s'han de procurar activitats plenes de sentit que a més de servir d'estímul i facilitar les intervencions terapèutiques resultin agradables i aportin benestar a les persones.</p>
<p>Les persones som interdependents</p>	<p>Tots necessitem dels altres per viure i realitzar-nos plenament. Mantenir relacions socials té efectes positius en la salut i en el benestar de les persones, al llarg de tota la vida, i especialment quan les persones es troben en situació de dependència. Per tant, els altres (els professionals, la família, els amics o els voluntaris), tenen un paper essencial en el desenvolupament del projecte vital de les persones, en el seu exercici de l'autodeterminació i en l'assoliment del benestar físic i subjectiu.</p>
<p>Les persones som éssers multidimensionals subjectes a canvis</p>	<p>En les persones grans interactuen aspectes biològics, psicològics i socials. Requereixen suports diversos i ajustats a les diferents situacions. Per tant, cal oferir l'atenció des d'intervencions integrals, coordinades i flexibles.</p>

Font: Elaboració pròpia a partir de Martínez 2016

Els principis de l'ACP, orienten la forma d'intervenir dels professionals.. Entre aquests destaca el fet de reconèixer la persona com un ser únic i irrepètible, amb les seves característiques i necessitats, la necessitat de conèixer la biografia de cada persona, la importància de donar oportunitats per a què les persones pugui prendre les seves pròpies decisions, i la importància d'oferir els suports adequats per fomentar el seu empoderament. Cal destacar que l'ACP centra l'atenció en variables de caràcter subjectiu, (opinions, valors, emocions, significats, desitjos, etc.) doncs aquest enfocament dona molta importància a les qüestions individuals i a les circumstancials de cada persona, allunyant-se d'una atenció uniforme basada en la idea d'un determinat perfil d'usuaris que comparteixen diagnòstics i necessitats de cura^{28' 29}.

2.2.4. El model de l'ACP en persones amb demència

L'ACP també ha estat objecte d'una especial atenció en el camp de les demències. Kitwood, al 1997, va encunyar el terme Atenció Centrada en la Persona amb Demència, incidint en la urgència de revisar les formes d'atenció existents, especialment en els entorns residencials. Va posar de relleu la intervenció dels professionals en relació a l'expressió emocional, conductual i la reducció de la discapacitat de la persona; destacant la necessitat de capacitar, i modificar les actituds i abordatges dels cuidadors. La manca de comprensió de les necessitats de les persones amb demència, junt a una interacció negativa o poc comprensiva, podria ser la causa de moltes alteracions de conducta. Aquestes alteracions, serien la forma en què les persones amb una demència i/o deteriorament cognitiu expressarien el seu malestar quan no es cobreixen les seves necessitats psicològiques i socials³¹.

El model parteix de que la cura de la persona amb demència ha d'anar més enllà de l'atenció a les necessitats neurobiològiques i prestar especial atenció a les psicosocials. En el cas de les persones amb demència, o greu afectació cognitiva-emocional, es subratlla la importància de recuperar el concepte de persona, inclús en les fases més avançades de la malaltia; donant una gran importància a la biografia, a l'empatia i el respecte als valors de vida. Una bona pràctica, inclou a més de l'atenció a les necessitats físiques, objectius com mantenir la comunicació, i procurar un entorn adequat que cobreixi les necessitats psicosocials de la persona afectada per la demència^{29 ' 31}.

A diferència dels centres gerontològics tradicionals, en els models de l'ACP les persones amb deteriorament cognitiu es converteixen en les autèntiques protagonistes. No solament es reconeixen els seus drets a l'hora de respectar les seves decisions, preferències i valors, sinó que plantegen nous reptes relacionats amb la cerca d'estratègies de comunicació i provisió de suports que permetin una major autodeterminació en el seu dia a dia. En aquest sentit, es fa incís en la capacitat de les persones amb demència per expressar les seves preferències i desitjos quan es fan servir les estratègies adequades. D'aquesta forma es podria prevenir la seva frustració i el seu aïllament³¹.

2.2.5. Efectes de l'ACP en les persones grans institucionalitzades

S'han realitzat diferents estudis per analitzar l'impacte de l'ACP en les persones grans institucionalitzades, destacant: a) els canvis en l'estat i funcionament cognitiu, relacions socials i nivell d'activitat (dimensió objectiva); i b) la seva relació amb el benestar i/o malestar psicològic i la seva qualitat de vida (dimensió subjectiva). Alguns d'aquests treballs fan referència a la posada en marxa d'unitats de convivència del tipus *housing*, es a dir, d'allotjaments que a més de proporcionar les cures necessàries s'assemblin el màxim possible a una llar. Tot i que dels resultats dels estudis no es pot concloure una clara connexió entre l'aplicació del model de l'ACP i la millora del funcionament cognitiu, i del nivell funcional; sí sembla evident l'increment del nivell d'activitat i d'interacció social. En quan als estudis que relacionen el model de l'ACP amb el benestar o malestar psicològic i la qualitat de vida de les persones grans amb demència, sembla força provat la seva contribució a una reducció significativa de l'agitació, les alteracions del comportament, l'agressivitat i la manca de confort de les persones afectades. També s'han trobat resultats a favor, en el sentit de reduir la simptomatologia depressiva de les persones residents amb, o sense deteriorament cognitiu. Un altre efecte positiu és la millora de la qualitat de vida, sobretot pel que fa a les dimensions subjectives²⁹.

2.2.6. Efectes del model de l'ACP en els professionals i les famílies

Diferents estudis afirmen que el model de l'ACP produeix en els professionals d'atenció directe un increment en la satisfacció pel seu treball, major orgull professional, major satisfacció per l'atenció donada, i reducció de l'estrès. Entre els efectes que la posada en marxa del model produeix en els professionals destaca el canvi d'actituds, relacionades amb una major humanització de l'atenció, el desenvolupament de pràctiques orientades a la personalització i el benestar de les persones. Al mateix temps es descriu la reducció de l'estrès laboral i del *burnout*. Aquest punt és especialment rellevant, donat que diferents investigacions posen de relleu que un tracte proper i la relació de confiança entre els professionals d'atenció directa i els residents és un aspecte molt valorat per les persones grans; mentre que el *burnout* dificultaria aquesta relació propera i el bon tracte²⁹.

L'ACP també s'ha associat amb efectes positius en relació a les famílies de les persones ateses en residències geriàtriques, tant per l'increment de la seva satisfacció amb l'atenció rebuda, com amb la seva implicació i col·laboració amb la cura. Cal remarcar

que la satisfacció de les famílies és un aspecte fonamental, al tenir incidència en una col·laboració més estreta amb el centre, i una major implicació en el procés d'atenció a la persona.

2.2.7. Components clau de l'ACP

Els components clau de l'ACP que destaca Martínez²⁹, a partir de la revisió de diferents estudis són quatre: l'autonomia i control, la comunicació /i interacció entre professionals i persones usuàries, les activitats quotidianes plenes de sentit, i l'ambient físic.

Autonomia i control: La promoció de l'autonomia en la vida quotidiana marca la diferència amb altres models d'atenció individualitzada. Parteix del reconeixement de la persona gran com un ser únic, global i amb dret a prendre decisions sobre la seva atenció; independentment del seu grau de deteriorament i del nivell de suports que necessiti. El control és un altre aspecte clau en la personalització de l'atenció. Per aconseguir-ho, és fonamental conèixer les preferències personals, i que la persona en el seu dia a dia tingui oportunitats d'elecció i control efectiu. Exemples d'aquestes oportunitats d'elecció són l'hora de llevar-se al matí i d'anar a dormir, el tipus de menjar, el lloc i forma de fer els àpats, el tipus d'higiene, les activitats que farà durant el dia, amb qui mantenir contacte social o com vestir-se. També es fomenta l'autonomia i la participació activa en temes relacionats amb la seva salut i els tractaments mèdics.

Des de l'ACP es considera que la percepció de control sobre l'entorn es relaciona amb una major salut, i un major benestar de les persones grans; mentre que la falta de percepció de control s'associa a l'estrès, l'ansietat, depressió, la reducció de l'activitat, pitjor salut i menor rendiment cognitiu. Cal fer menció que el procés d'envelliment s'associa a un descens en la percepció de control sobre l'entorn, i especialment en situacions d'ingrés en un centre residencial. En conseqüència, les intervencions que reforcen el control dels residents a l'hora de realitzar les tasques quotidianes; com per exemple cuidar plantes, o escollir què volen fer, fa que aquestes persones incrementin la seva activitat, i presentin millores en el seu benestar personal i la seva salut. En aquest sentit, també el poder tenir control sobre les visites de les persones voluntàries a la residència, incrementarien els nivells de benestar subjectiu dels residents.

La comunicació professionals, persones usuàries i famílies: una bona atenció precisa d'un procés de comunicació on l'escolta activa, les actituds, el llenguatge, les

conductes dels professionals i familiars són claus per facilitar l'empoderament de les persones; que aquestes se sentin respectades i aconseguir el seu benestar subjectiu. Per aquest motiu la formació i l'entrenament dels professionals en aquestes tècniques de comunicació es considera clau pel model de l'ACP.

Les activitats quotidianes plenes de sentit: les activitats quotidianes no són només recursos terapèutics sinó espais de relació i benestar per a la gent gran. Des de l'ACP és destaca el valor de la significativitat de l'entorn, i molt especialment de les activitats que les persones grans realitzen en el seu dia a dia, com element clau pel seu benestar emocional. Si bé des d'una perspectiva clàssica les activitats que es posen en pràctica en les residències són estratègies terapèutiques per a desenvolupar i/o mantenir habilitats des de l'ACP es destaca el valor subjectiu, en tant que l'activitat acompanya, dóna seguretat, reforça la identitat i proporciona benestar a les persones grans. Des d'aquesta perspectiva, es considera fonamental el significat que cada persona gran atorga al que fa, la relació que té amb la seva trajectòria i la seva història de vida, amb els interessos personals, i la consideració social de la pròpia activitat. Un altre aspecte clau és el paper de les emocions en l'activitat quotidiana, destacant que les activitats agradables generen emocions positives en les persones. Alhora, les emocions positives faciliten el desenvolupament de l'autonomia, l'activitat i la relació social; contribuint a l'equilibri emocional, i afavorint la salut física.

L'espai físic: l'espai físic és un altre element clau per poder aplicar el model de l'ACP, considerat tant en relació a la conducta, com el benestar de les persones grans. L'espai físic té una gran influència tant en l'activitat com en les relacions interpersonals que mantenen els residents, i molt especialment les que presenten una demència. L'ambient casolà afavoriria l'adaptació i el benestar de la persona gran, i es caracteritza per les unitats petites (de capacitat inferior a 20 persones usuàries), els menjadors i sales reduïdes, els mobles i acabats casolans, les habitacions individuals, les fotografies, disposició d'un espai amb aperitius i llaminadures; sales petites per a activitats, jardins o àrees exteriors. Les residències petites s'associen a menor ansietat i depressió de les persones institucionalitzades, menor ús de psicofàrmacs, major mobilitat i millora de la interacció entre residents i professionals.

3. HIPÒTESIS I OBJECTIUS

A partir dels antecedents de la literatura sobre el tema, exposats en el marc teòric, la tesi de partida és que la solitud és una experiència subjectiva que totes les persones podem experimentar, però amb major probabilitat les persones d'edat més avançada, i més encara les que estan institucionalitzades. A partir d'aquí la hipòtesi inicial és que les intervencions psicosocials que es desenvolupen en les residències geriàtriques poden tenir un gran paper a l'hora de poder reduir la percepció de solitud d'aquestes persones.

Amb aquest estudi es vol donar resposta a la necessitat d'atendre el millor possible al nombre creixent de persones grans, moltes d'elles amb necessitat d'institucionalització en l'última etapa de la vida. Per aconseguir-ho, cal aprofundir en la situació d'aquestes persones, tenint en compte totes les seves vessants. Endinsar-nos en la seva realitat, per comprendre i intervenir de forma fonamentada, i facilitar que puguin viure aquesta etapa de la vida en condicions dignes i gratificants; portant a terme intervencions que cuidin els aspectes psicosocials, i que redueixin la seva percepció de solitud.

Tenint en compte els efectes que la solitud té en el seu benestar, qualitat de vida i la salut de les persones grans, l'objectiu general d'aquesta recerca és aprofundir en el coneixement de les intervencions que es duen a terme per part de les TSS, per donar resposta a la problemàtica de la solitud de les persones grans institucionalitzades.

Els objectius específics són:

- a) Conèixer com els/les TSS que treballen en residències geriàtriques perceben i aborden aquesta problemàtica.
- b) Aprofundir en el coneixement de la realitat psicosocial de les persones grans institucionalitzades, posant l'èmfasi en la possible relació entre les intervencions posades en pràctica des del TSS i el sentiment de solitud.
- c) Contrastar les intervencions psicosocials posades en pràctica en les residències geriàtriques amb el model de l'ACP.
- d) Elaborar un llistat de recomanacions o bones pràctiques que serveixin de guia a l'hora de dissenyar intervencions psicosocials per a reduir la percepció de solitud de les persones grans institucionalitzades des de la perspectiva del TSS.

4. METODOLOGIA

4.2. Planificació temporal

Aquesta recerca ha volgut donar resposta a la tesi de partida i als objectius plantejats a l'apartat anterior. Amb aquesta finalitat es va realitzar la següent planificació temporal (Figura 1).

Mesos	Març		Abril				Maig					Juny			Juliol		
Setmanes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Cerca de bibliografia	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Anàlisi bibliogràfic	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Elaboració marc teòric	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Contacte amb les TSS			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Elaboració d'instruments			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Entrevistes TSS						■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Qüestionaris a les PG						■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Anàlisi dades entrevistes									■	■	■	■	■	■			
Anàlisi qüestionaris									■	■	■	■	■	■			
Elaboració dels resultats											■	■	■	■			
Discussió conclusions												■	■	■	■		
Composició informe final												■	■	■	■	■	■

Figura 1. Cronograma de la recerca. Font: elaboració pròpia

4.3. Disseny de la investigació

Per la durada i abast d'aquest estudi es tracte d'una investigació exploratòria de finalitat interpretativa, per tal d'aprofundir, tant en el coneixement de com s'aborda des del TSS la problemàtica de la solitud en les persones grans institucionalitzades; com en la subjectivitat de les persones grans, i la seva percepció de solitud. En conseqüència, també es pot afirmar que és una recerca d'orientació aplicada, doncs el tema d'estudi correspon a una qüestió actual, de creixent interès, abordable des del TSS, i que respon als reptes de la seva pràctica³².

S'ha dissenyat un estudi mixt, que es fonamenta en la complementarietat de l'enfocament qualitatiu i quantitatiu; plantejant-se l'ús de tècniques qualitatives i quantitatives de forma paral·lela i complementària, doncs capten aspectes diferents de la realitat^{32'33}.

La perspectiva de la investigació qualitativa es caracteritza per la necessitat d'operar en situacions naturals, donat que els fenòmens no es poden entendre fora del seu context. Des d'aquesta orientació, la realitat està construïda per fets observables, significats, símbols i interpretacions elaborades pel propi subjecte en la interacció amb els altres^{32'33}. L'objectiu prioritari ha estat conèixer la percepció que tenen les persones grans i les TSS de la seva realitat, com pensen, com actuen i com interpreten les situacions, les seves creences i els motius de les seves actuacions; per a comprendre la seva experiència des del seu punt de vista.

La metodologia quantitativa s'ha utilitzat per poder confirmar o no la possible correlació entre variables, d'acord amb la tesi de partida de què les intervencions psicosocials posades en pràctica en les residències geriàtriques poden tenir una gran influència en la satisfacció de les persones grans; i en conseqüència, en la seva percepció de solitud. Amb aquest objectiu es va elaborar un petit qüestionari per a les persones grans, i posteriorment s'ha procedit a l'anàlisi estadístic de les dades. Aquest ha consistit en el càlcul de freqüències i del grau de correlació entre algunes variables. Es tracta d'un disseny no experimental, o ex-post-facto, doncs no hi ha possibilitat de modificar la situació d'estudi, la relació entre variables ja s'ha produït, i no hi ha possibilitat d'exercir control sobre les VI (variables independents). Per tant, a partir de l'anàlisi de la informació recollida, només es poden fer inferències sobre les relacions entre variables, sense que en cap cas es pugui parlar de relació causal^{33'34}.

4.3.1. Plantejament del problema

Ha consistit en identificar un fenomen d'interès actual, en aquest cas, la percepció de solitud en les persones grans institucionalitzades. Aquest és susceptible de ser estudiat, per tal d'aprofundir en el coneixement de la realitat psicosocial de les persones grans institucionalitzades, i de com s'aborda aquest fenomen des del TSS.

Abans d'iniciar la recerca s'ha realitzat una revisió de la bibliografia sobre la problemàtica de la solitud en les persones grans, fent especial incís en les persones

grans institucionalitzades. Cal destacar que hi ha poca literatura que faci referència a la solitud de les persones grans que viuen en residències, i menys des de la perspectiva del TSS, motiu pel qual, és d'interès fer una recerca exploratòria que serveixi tant per identificar bones pràctiques, com per obrir noves vies d'investigació.

4.3.2. Formulació d' objectius

Tal com s'ha exposat amb més detall en l'apartat dels objectius, amb aquesta recerca es vol aprofundir tant en el coneixement de la percepció de solitud de les persones grans que viuen en residències geriàtriques, com en la forma en que s'aborda aquesta problemàtica des del TSS. També es planteja recollir informació sobre la possible relació entre les intervencions posades en pràctica des del TSS, i el sentiment de solitud de les persones grans institucionalitzades. Alhora es pretén contrastar les pràctiques posades pràctica a les residències amb les orientacions del model de l'ACP. A partir dels resultats, i del seu contrast amb el marc teòric, l'objectiu és arribar a unes conclusions que permetin elaborar un llistat de bones pràctiques per a la pràctica del TSS en les residències geriàtriques. Es tracte per tant, d'elaborar d'un llistat de recomanacions, que siguin útils a l'hora de dissenyar intervencions psicosocials, per tal de reduir la percepció de solitud de les persones grans institucionalitzades des de la perspectiva del TSS.

4.3.3. Població objecte d'estudi

La població objecte d'estudi són els/les TSS que treballen en residències geriàtriques i també les persones grans institucionalitzades. En aquesta recerca han participat per una banda 8 TSS, que treballen en residències de persones grans de les comarques del Baix Empordà i la Garrotxa. Per l'altra, 24 persones grans de diferents residències situades a la comarca del Baix Empordà.

4.3.4. Selecció de la mostra

La selecció de la mostra de TSS no ha buscat la representativitat, doncs la investigació qualitativa és ideogràfica, i es caracteritza per estudiar una situació concreta³³⁻³⁴. Els criteris d'inclusió a la mostra pel que fa a les TSS ha estat que siguin professionals del treball social en actiu, treballant actualment en residències geriàtriques, i que voluntàriament hagin volgut col·laborar en aquest estudi després d'estar informades de

la seva finalitat. Es tracte per tant, d'una mostra de conveniència. En el cas de les persones grans correspon a un mostreig de selecció intencional, en base a la seva voluntarietat en participar i el tenir un funcionament cognitiu preservat.

4.3.5. Recollida de dades i procediments

La informació proporcionada per les TSS, s'ha recollit finalment a través d'entrevistes amb resposta via correu electrònic (6), i de forma presencial (2). En un primer moment s'havia acordat realitzar totes les entrevistes cara a cara amb les mateixes preguntes (i amb gravació d'àudio); però la dificultat per trobar dia i hora disponibles per ambdues parts, i el curt espai temporal amb que s'ha comptat per fer aquesta recerca va fer que s'optés en la majoria dels casos per l'opció de realitzar les entrevistes de forma on-line. Aquest fet ha suposat perdre la possibilitat d'interaccionar per aprofundir en els significats subjectius que les TSS donen a les qüestions plantejades, però alhora, també ha donat més marge per la reflexió personal; i amb això, tal vegada unes respostes més pensades. Prèviament es va elaborar un guió d'entrevista semiestructurada, amb possibilitat de no respondre a alguna pregunta o d'afegir-ne d'altres, i també variar el contingut segons l'experiència o percepció personal. Per tant, s'ha prioritzat obtenir una comprensió dels significats subjectius de les respostes al seguiment estricte del guió. Posteriorment s'ha realitzat l'anàlisi del seu contingut, tenint cura de no ometre cap aspecte rellevant pel tema d'estudi.

El qüestionari a les persones grans, es va elaborar amb 6 preguntes d'opció múltiple per facilitar la seva resposta, però donant la possibilitat d'afegir alternatives. L'objectiu ha estat crear un instrument poc invasiu, que facilités respostes clares i sinceres. Les preguntes són coherents amb l'objecte d'estudi. Tenint en compte la població a la que s'adreça s'ha buscat que el nombre no sigui excessiu per evitar el cansament, i utilitzar preguntes breus i clares, per evitar possibles confusions³³. Amb el qüestionari s'ha volgut recollir informació descriptiva sobre la percepció i vivència personal de les persones grans institucionalitzades, en aquest cas amb un nivell cognitiu preservat. Per motivar a respondre el qüestionari, se'ls va explicar la finalitat de l'estudi i se'ls va garantir l'anonimat i la confidencialitat de la informació recollida, oferint la possibilitat de respondre en un lloc privat. Paral·lelament a l'aplicació de l'instrument s'ha fet ús de l'observació, prenent posteriorment notes de camp sobre els seus comentaris.

Els instruments utilitzats i creats per aquesta recerca han intentat cobrir els elements més rellevants per tal de donar resposta als objectius plantejats. En el cas de les persones grans les variables sobre les que s'ha indagat són les preocupacions de les persones grans, les preferències en les activitats, la freqüència de participació, la satisfacció amb les activitats i la satisfacció amb el centre. En el cas de les entrevistes a les TSS les preguntes han tingut un plantejament més extens, obert i exploratori; per a comprendre tant la interpretació que fan de la problemàtica de la solitud, com del seu abordatge.

4.3.6. Elaboració dels resultats i conclusions

L'anàlisi de les entrevistes a les TSS ha tingut un caràcter preeminentment qualitatiu, orientat a l'estudi dels significats que els fenòmens i les intervencions tenen per les TSS, més que als aspectes susceptibles de quantificació (freqüències). Per a facilitar la visualització de la informació, aquesta s'ha organitzat de forma sistemàtica a través d'una matriu de doble entrada (TSS i element). Per a la depuració de les dades dels qüestionaris s'ha realitzat una anàlisi estadística a través del programa Excel, per tal de trobar la possible correlació entre variables. Aquest càlcul de la correlació s'ha complementat amb la seva representació gràfica a través de diagrames de dispersió.

La informació obtinguda en el treball de camp (qüestionaris, entrevistes i observació), s'ha interpretat a partir del seu contrast amb el marc teòric exposat a l'inici d'aquesta recerca. L'objectiu ha estat trobar possibles coincidències i/o discrepàncies, arribar a unes conclusions i fer algunes propostes que puguin ser útils per a la pràctica professional del TSS. En aquest sentit, s'ha cercat la seva utilitat a l'hora de dissenyar intervencions psicosocials, per tal de pal·liar la percepció de solitud en les persones grans institucionalitzades.

4.4. Consideracions ètiques i legals

En tot moment s'han respectat els drets de les persones que han participat en aquest treball de recerca, d'acord al codi d'ètica i deontològic del treball social, i el marc legal vigent. En quan als qüestionaris, només s'ha obtingut informació de les persones grans amb capacitat cognitiva suficientment preservada, i que voluntàriament han volgut participar en l'estudi després de ser informades de la seva finalitat; així com de garantir-los la confidencialitat de la informació i el seu anonimat. Prèviament s'havia informat a

les professionals, i obtingut el consentiment per part de la residència per tenir-hi accés. Per obtenir la informació de les TSS se'ls hi va donar l'opció de realitzar una entrevista i gravar-la pel posterior tractament de dades, o respondre el guió via online, segons la seva preferència i disponibilitat. Abans se'ls va explicar la finalitat de l'estudi i se'ls va facilitar el document de consentiment informat signat, on s'explica que la informació obtinguda serà utilitzada amb una finalitat exclusivament de recerca, i que les dades es tractaran d'acord amb el que disposa la llei. Al mateix temps, han obtingut el meu compromís verbal i per escrit de guardar secret sobre les dades de caràcter personal. Aquest fet implica sobretot, no fer ús públic de les dades de caràcter personal, que la informació obtinguda només es podrà utilitzar amb finalitat docent i de recerca, i que un cop finalitzat l'estudi es destruirà tota la informació de caràcter personal que podés identificar-les.

5. RESULTATS

5.1. Anàlisi del contingut de les entrevistes a les TSS

S'han pogut entrevistar 8 TSS que treballen en residències per a persones grans. Set d'elles exerceixen en centres adreçats a persones grans en general, i una d'elles, en un centre específic per a persones amb discapacitat intel·lectual; on aquestes, poden continuar vivint-hi quan ja són grans, llevat que estiguin afectades per una demència (TSS4). Al final d'aquest apartat, a la taula 2, s'inclou un quadre resum de les respostes donades a les entrevistes. Aquestes han estat analitzades d'acord a les següents categories:

Concepte de solitud

Les 8 TSS coincideixen en la idea que la solitud és sobretot un concepte subjectiu, diferenciant entre el fet de trobar-se sol físicament (situació objectiva), de la sensació de sentir-se sol (percepció subjectiva). Majoritàriament estan d'acord amb el plantejament de que es pot estar envoltat de persones, com és el cas de les residències, i sentir-se igualment sol. Sovint una persona pot estar envoltada de gent, però tot i així, sentir-se sola (TSS1 i TSS4). La solitud seria el sentiment o sensació de no poder comptar amb ningú en moments de necessitat (TSS3), o la sensació de no comptar amb els suports d'altres persones, unit al sentiment de no importar o no ser necessari per ningú (TSS5 i TSS8). Un estat de desemparament en que es troba la persona, quan sent que ningú es preocupa d'ella, independentment de que visqui sola o acompanyada (TSS6); o un sentiment que té la persona d'abandonament, de que destorba, que ningú necessita d'ella, o de no ser valorada (TSS7 i TSS8). Alhora, un sentiment derivat de la manca d'interacció amb altres persones, que aniria més associat a la qualitat de la vida social que a la seva quantitat (TSS2).

Causes d'una major prevalença de percepció de solitud en les persones grans institucionalitzades

Aquesta major prevalença es podria atribuir a que troben a faltar la seva llar i les seves coses, el lloc on han viscut tota la vida; on estan els seus records, els seus amics i la seva família. Es podria explicar per l'enyorament de persones estimades o i també d'altres moments viscuts en el passat. Estar en una residència, tot i estar molt ben atès i cuidat, comportaria una mena de dol; doncs suposa deixar enrere una part molt

important de la seva vida, de les coses que haurien aconseguit al llarg dels anys; i per tant, és com un tornar a començar en un lloc nou, amb persones desconegudes (TSS1). Una altra causa seria la fragilitat de la xarxa social degut a l'edat i les pèrdues que comporta; doncs sovint, les persones més properes s'han anat morint o estan també institucionalitzades. Les que tenen fills i/o nebots poden sentir-se igualment soles degut a que els familiars tenen també altres càrregues o responsabilitats (TSS3). Per la TSS5, hi tindria molt a veure el fet que sovint no ha estat una decisió seva ingressar a la residència, sinó dels fills o familiars propers. En aquests casos, les persones grans senten que destorben, doncs tenen una sensibilitat més alta que la resta de persones; són més vulnerables al fet de sentir que no són útils o que no són importants. En aquest sentit, un altre motiu serien les escasses visites dels fills i familiars, que els faria sentir que ja no són imprescindibles (TSS7). Així mateix, la dificultat que tenen a l'hora de poder compartir sentiments, emocions i pensaments amb altres residents; degut a què poder parlar i trobar suport amb altres residents no resulta fàcil (TSS5). Per la TSS8, aquest sentiment seria més baix en les persones que encara són relativament autònomes, degut a què poden sortir, o inclús marxar a casa; i més acusat en les més dependents. Així, les primeres ho viurien com anar a un lloc on sentir-se més segures i tal vegada, acompanyades; i les segones com "anar a un lloc per arribar als finals dels seus dies". Tanmateix, la TSS7 pensa que aquest sentiment té molt a veure amb les creences, la ideologia, i els factors culturals de la persona. Per la TSS4 la causa estaria en l'augment de l'esperança de vida, tot i considerar, que actualment s'ofereixen serveis per a què les persones grans puguin seguir gaudint d'una vida digna.

Per altra banda, la TSS2 i la TSS6 no estan d'acord amb aquesta premissa, de que les persones grans institucionalitzades tinguin un major sentiment de solitud que la resta, afirmant que en molts casos, ingressen persones grans que estaven vivint al seu domicili; i el que busquen és precisament, un lloc on no estar, ni sentir-se soles. La TSS2 afirma que molts d'ells i elles, tenen família, però aquestes, no sempre poden atendre les seves necessitats i, molt menys, passar tot el dia al seu costat; ja sigui per motius de feina, família, oci, etc. Des del seu punt de vista moltes persones grans que viuen a casa i tenen família sovint se senten més soles que aquelles que estan en una residència, degut sobretot a l'estil i ritme de vida actual. La TSS6 opina que les persones grans institucionalitzades tenen més persones al seu voltant, i per tant, tenen més oportunitats de trobar algú amb qui establir una relació, ja sigui amb altres residents o professionals.

Conseqüències de la solitud

Totes les TSS estan d'acord en que la solitud influeix en les diferents dimensions de la persona, ja sigui a nivell social, emocional, mental, o físic, i per tant, en la seva salut. Per la TSS1 i la TSS8 el sentiment de solitud faria que la persona es tanqui en ella mateixa, i no vulgui, o li costi relacionar-se amb la resta de residents. Provocaria que la persona estigui més trista i deprimida, influint tot això en la salut; fins el punt de deixar de menjar, o de no sortir de l'habitació en els casos més extrems. Per la TSS2 sentir-se formant part d'una família i estimat és molt important per qualsevol ésser humà, però per una persona gran aquesta necessitat seria encara més forta; donat que la vellesa, sovint va lligada a sentiments d'inutilitat. El fet de sentir-se estimat i valorat seria la base per poder superar els obstacles, també a nivell de salut. Per contra, la solitud els reduiria la motivació per fer coses, i l'energia per afrontar les dificultats d'aquesta etapa de la vida, com per exemple, una malaltia. Per la TSS5, les persones grans són més sensibles que la resta a nivell emocional; la solitud sovint els provoca una actitud negativa per a la integració social, i també a l'hora d'afrontar les dificultats, impactant en la seva salut. Tant la TSS6 com la TSS7 afirmen que el sentiment de solitud els impedeix participar en les activitats que es fan en el centre, i també relacionar-se amb altres residents; afectant al seu comportament, i la seva salut tan física i mental.

Identificació de la solitud i intervenció des del TSS

Totes les TSS, estan d'acord amb la idea que és molt important identificar les persones que tenen sentiments de solitud, i treballar aquest aspecte; donat que pot afectar totes les àrees importants de la seva vida. La TSS2 considera que un moment crític en el que cal posar especial atenció, és quan es produeix l'ingrés a la residència. Aquest és un moment de canvi, on els sentiments afloren i es tornen molt vius. En conseqüència, considera que cal estar molt atent per a poder oferir la contenció emocional que necessita cada persona, i facilitar així, una bona adaptació al centre. Igualment, cal proporcionar els espais de contenció emocionals necessaris per a les famílies, per tal d'afavorir l'adaptació del resident a la nova situació. Quan un professional detecta sentiments de solitud, i sobretot en les primeres setmanes posteriors a l'ingrés de la persona, en les reunions interdisciplinàries es posa en comú amb la resta de l'equip. Cada professional exposa com la veu i s'estableixen uns objectius personalitzats. Es tracte de que la persona no només estigui ben atesa a nivell mèdic sinó també a nivell emocional i social (TSS1). De la mateixa manera, la TSS5 afirma que s'identifiquen a

través de qualsevol persona de l'equip interdisciplinari que se n'adona i ho comunica a la resta. Per la TSS7 es detecta sovint a partir del seu estat d'ànim, i la falta d'interès per les coses. La TSS3 observa que identifiquen les persones que senten solitud en funció de les visites que tenen de familiars i/o coneguts i el nivell d'espera i il·lusió amb què els reben. També es detecta amb l'estat d'ànim, doncs quan aquest és baix, les persones es mostren apàtiques i amb molt poca implicació amb les activitats que els proposen des del centre. Per altre banda, fa la reflexió que cal esbrinar si la persona comptava amb una xarxa social prèvia a la incorporació a la residència; i en cas afirmatiu, cal observar si es manté un cop la persona està institucionalitzada. La TSS8, afirma que s'identifiquen sovint parlant amb elles per treure'ls coses, posant atenció als seus gestos i conductes. Fa la reflexió de què cal tenir en compte les seves històries de vida, doncs aquestes donen moltes pistes de com és la persona. Així, algú pot semblar que no vol integrar-se en el grup, però per la història de vida podem adornar-nos de que en realitat és la seva forma de ser, la seva personalitat. Considera que les històries de vida donen moltes pistes a l'hora d'introduir activitats satisfactòries per la persona. Com a exemple, posa la teràpia amb gossos. A partir de la història de vida es pot saber si pot ser d'utilitat introduir o no aquesta activitat en una persona concreta, en funció de les seves preferències i costums.

Per a pal·liar la solitud es realitzen entrevistes de seguiment tant amb la persona gran com amb família per oferir suport i assessorament (TSS3). La TSS4 també intervé majoritàriament, a través d'entrevistes individuals per a identificar les situacions de solitud, però també a partir de l'acompanyament en les activitats, i parlant amb els companys per saber si hi ha hagut alguna problemàtica no detectada. També es parla amb tots els professionals per si han detectat quelcom, i es fa una proposta global d'equip per superar la situació. La intervenció es fa sobretot compartint estones i conversant amb la persona sobre el què li preocupa o què poden fer per fer-la sentir millor (TSS5). La TSS7 explica que sovint s'intervé conjuntament amb la psicòloga, que és qui els aplica les escales per detectar-ho. A l'hora de la intervenció, la TSS8 apunta que un punt clau és fomentar la relació amb el seu entorn actual dins la residència. Cal mirar si a la mateixa àrea hi ha algú que pugui conèixer, i en cas que hi hagi alguna persona en una altra planta o àrea amb qui es pugui relacionar, es procura canviar-la de lloc; ja que la prioritat és que es la persona pugui relacionar-se amb el seu entorn social actual. Afirma, que per algunes persones les relacions amb l'entorn del seu passat els

pot provocar alegria, i ser beneficioses; però en altres casos, aquestes visites els poden provocar tristesa, sobretot en els casos d'antecedents depressius.

A l'hora d'establir un percentatge de persones grans de la residència afectades per la solitud, les TSS consideren que és difícil donar una xifra. La TSS1 fa un càlcul aproximat, de què 10 de cada 60 residents (17%), tenen un sentiment alt de solitud, 20 de 60 (33%), un sentiment moderat de solitud, i la resta, o sigui el 50%, tindrien un sentiment puntual de solitud, com qualsevol altre persona. La TSS5 fa una estimació del 60% de persones que patirien solitud, destacant que al centre hi ha un percentatge molt alt de persones amb deteriorament cognitiu avançat. La TSS6, per contra afirma que no seria més del 5%, però aquí no inclou les persones que pateixen processos de demència.

Ni la TSS7 ni la TSS8 donen cap xifra, doncs consideren que és un aspecte molt relatiu i a vegades poc tangible. La TSS2 afirma que aquest sentiment va molt lligat al temps que fa que estan al centre i, especialment, al seu estat cognitiu. La TSS3, considera que el percentatge és alt, i que a vegades, no en són prou conscients, doncs a la residència resulta difícil establir espais d'intimitat i llibertat. Per contra, la TSS4, considera que a les llars residència (específiques per a persones amb discapacitat intel·lectual), aquest sentiment és molt baix, doncs prèviament es fa un procés de detecció de necessitats, per saber si és el servei que realment necessita la persona, i si aquest és favorable es fa un treball d'acollida, adaptació, i seguiment constant per evitar-la.

Les activitats com a eina per a reduir el sentiment de solitud

En general les TSS donen molta importància a les activitats com a eina per reduir la solitud. La TSS1 afirma que a la residència tenen tota una sèrie d'activitats d'animació sociocultural i cognitives que ajuden a l'hora d'intervenir davant d'aquesta problemàtica. La persona ha de sentir-se en tot moment útil, que encara pot fer moltes coses, pot divertir-se, sentir il·lusió, riure, relacionar-se amb la gent; en definitiva continuar vivint, i les activitats són en aquest sentit un recurs important. La TSS2 i la TSS7 destaquen que les activitats estan enfocades segons les característiques, gustos i preferències de cada resident, agrupant-los en petits grups. La TSS2 explica que es tracte d'activitats didàctiques i lúdiques, sovint amb temàtiques pròpies dels festius que es van generant al llarg de l'any; buscant que siguin motivadores, i que els residents tinguin la màxima autonomia per desenvolupar-les. Tanmateix, considera, que caldria ampliar l'oferta d'activitats. També la TSS5 fa la reflexió que es podrien fer més coses, i que de cares al futur s'hauran d'incloure activitats diferents, com per exemple les relacionades amb

les TIC. Si bé els professionals tenen moltes iniciatives, els protocols o la manera de funcionar del centre fa que no sempre es puguin posar en pràctica. La TSS3 explica que a la seva residència es fan unes activitats estàndards per a tots els residents: bingo, musicoteràpia, tallers creatius, jocs de taula, gimnàs... i alhora; de forma individual, s'intenta donar resposta als interessos i gustos dels diferents residents de forma més personalitzada. Un exemple seria el grup de residents amb interès per la terra que han construït i cuiden un hort urbà. També la TSS4, afirma que disposen d'una gran varietat d'activitats, doncs a la residència conviuen amb persones més joves també amb discapacitat; i durant el cap de setmana, és a dir, en el seu temps lliure, es fan activitats d'oci i lleure. Entre aquestes, passejades, tocs a bars i restaurants de la zona, sortides a fires... Pel que fa a les activitats pròpies de la residència estan la psicomotricitat, el taller de costura, el taller de cuina, treballs manipulatius, l'equinateràpia, el parc de salut, els treballs de jardineria i horta, el taller de logopèdia, la zumba i activitats de ball.

En quan a quines activitats ajuden més a pal·liar el sentiment de solitud, la TSS1 afirma que les de caràcter més lúdic, on les persones són més lliures d'actuar a la seva manera. Posa com exemple les activitats de música, cantar, ballar, manualitats, pintar, fer punt, cuidar les plantes del jardí, els grups de conversa o el grup de passeig. També considera molt útils les visites que reben, entre elles, les dels nens i joves de les escoles, les corals, els grups de ball, i totes les persones que van desinteressadament a alegrar la vida a les persones grans de la residència. La TSS2 fa la reflexió que qualsevol activitat on els residents senten que en formen part i que té un sentit, la reben com a un element positiu pel seu propi creixement personal i per reforçar el sentiment de ser útil. La TSS3 destaca les activitats on els residents connecten els uns amb els altres, i permeten a les persones sentir que formen part d'un grup. En aquest sentit, la TSS4 fa menció del treball en equip i les assemblees quinzenals. Les TSS6, TSS7 i TSS8, subratllen el paper de les activitats grupals, sobretot les xerrades en petit grup, doncs són les que més fomenten les relacions interpersonals. La TSS5, considera que les activitats d'oci i recreatives com el ball, la música o el espectacles, les sortides fora del centre i els intercanvis generacionals amb els més joves són les que més ajudarien a pal·liar la solitud. La TSS8 subratlla que el més important és que les activitats estiguin centrades en la persona. Considera molt beneficioses les activitats lúdiques que els permeten desconnectar de les seves preocupacions o compartir. Com a exemples posa els jocs com el dòmino, les passejades de dos en dos, o tres persones, encara que sigui pel jardí de la residència, doncs els fa sentir més acompanyats. També l'ajuda mútua (és a dir, quan un usuari

ajuda a un altre a moure's o fer alguna cosa que vol i no pot fer sol). Són gestos que creen vincles potents entre residents, i redueixen els sentiments de solitud. Tanmateix, considera que la residència és molt gran, i això dificulta la participació; fent la reflexió que les residències grans són més fredes i hospitalàries.

En quan al percentatge de persones que hi participen, la TSS1 estima que el 80%. La TSS3 afirma que majoritàriament, participen quasi tots els residents, a excepció dels que es troben en estats pal·liatius. També la TSS4 afirma que hi participen totes les persones grans, doncs no tenen a persones amb demència. La TSS2, observa que la participació va molt lligada a tres elements: l'estat de salut i cognitiu de la persona, el caràcter de la persona, i la tipologia d'activitat; i en funció d'aquests tres elements hi ha més o menys participació. Les TSS5, TSS6 i TSS7 no gosen donar un percentatge, doncs o bé desconeixen la dada, o consideren que depèn de molts factors i de les mateixes activitats.

En quan a les sortides fora de la residència la TSS1 destaca que un cop l'any fan una sortida amb el trenet que fa un recorregut pel municipi i rodalies, i els agrada moltíssim. També setmanalment es fan dues sortides pel poble i al passeig marítim amb els voluntaris de Creu Roja. Dues paradetes a l'any: la de Nadal al mercat i la de Sant Jordi al carrer. Aquestes activitats fan que estiguin en contacte amb la gent del poble i els fa sentir molt bé; afirma que "tornen amb energies plenes". També la TSS2 considera que les sortides fora del centre són una de les activitats que la majoria dels residents reben amb major satisfacció. Això els permet connectar amb l' exterior, trencar la rutina del centre i poder-se vincular amb l'entorn que ha format part de la seva vida, o conèixer nous espais. També la TSS3 explica que es fan sortides i activitats puntuals per celebrar festivitats concretes, i que aquestes es valoren molt positivament, ja que trenquen amb la dinàmica de la residència. Tanmateix, afirma que no totes les persones grans en gaudeixen, doncs també n'hi ha que se'ls hi fa una muntanya sortir del centre o trencar la seva rutina. La TSS4 fa menció de les passejades, sortides a fires o els tocs a bars dels municipi. La TSS5, TSS6, TSS7 i TSS8 consideren que són molt importants pels residents, i es materialitzen en dues o tres sortides anuals en bus per les platges del municipi i els voltants; també són rellevants les sortides a les festes del poble i les passejades. En quan a la valoració que donen al programa d'activitats de la seva residència oscil·la entre el 7 i el 9 sobre 10, (5 d'elles amb un 7, 2 amb un 8, i 1 amb un 9).

El paper del voluntariat

Totes les TSS coincideixen en que el voluntariat és un recurs útil per pal·liar la solitud de les persones grans institucionalitzades. La TSS1 afirma que compten amb programes de voluntariat: els voluntaris de Creu Roja, que fan el grup de passeig i que col·laboren en totes les festes i actes que es fan a la residència, i els voluntaris joves del projecte Apadrinar un avi de Càritas. Els valora molt positivament, doncs sense ells, no es podrien materialitzar moltes de les coses que fan. Fa la reflexió que els professionals no sempre, poden dedicar-se a aquesta part tant important, que és tenir uns minuts per una persona en concret, i els voluntaris, omplen aquesta part; estan exclusivament per a ells, i això els fa sentir molt bé, “els puja l’autoestima”. La TSS2 considera que és un dels elements que els residents reben de forma més positiva, donat que els permet intercanviar vivències i estones ja sigui amb un adult o amb els més joves. Afirma que l’intercanvi generacional és una activitat molt positiva per ambdós col·lectius. No tant sols els residents gaudeixen d’un espai distès on trencar la rutina del centre, sinó que permet als joves conèixer la realitat de la gent gran dins les residències; trencar estereotips vinculats a les persones grans i als centres destinats a aquestes persones. En aquest sentit, la TSS6 parla del voluntariat jove, que beneficia ambdues parts, als joves els apropa a la realitat de la gent gran, i als grans els ajuda a reprendre la relació amb el jovent; que molts, per circumstàncies familiars, han perdut o no han tingut mai. També la TSS7 valora els programes de voluntariat molt positivament, sobretot pels casos que necessiten una atenció més individualitzada. També fa esment dels projectes d’intercanvi generacional amb joves i infants de les escoles, doncs són una forma excel·lent per compartir recursos i estratègies, per fer conversa, acompanyar, compartir vivències i experiències. De la mateixa manera, les TSS5 i TSS8 consideren que el voluntariat és un recurs a destacar, sobretot per a què els residents que no participen en les activitats tinguin algú amb qui parlar, els doni suport emocional i una atenció més individualitzada. Per a la TSS8 “el voluntari és una persona amb una altra, sense mediació, és diferent que el professional”. Afirma que els projectes amb voluntariat jove també fan una bona funció, els aporta noves experiències, el poder compartir i trobar coses en comú; alhora ells també poden explicar coses als joves, per tant, són un estímul per la seva autoestima.

La TSS3 afirma que a la residència existeix un programa de voluntariat bastant ferm, i intenten que se’n puguin beneficiar els residents que per diferents motius no reben visites de familiars, amics i/o coneguts. Pensa que és un bon programa per fer que les

persones grans se sentin acompanyades i en puguin gaudir. La TSS4 explica que actualment tenen un programa de voluntariat, que col·laboren fent acompanyament i participant en diferents tallers.

La relació amb les famílies

Totes les TSS entrevistades veuen necessari establir un bon vincle amb les famílies. En general destaquen el moment d'abans de l'ingrés, l'acollida, i posteriorment, el seguiment de la seva relació amb el resident. La TSS1 comenta que sempre hi mantenen el contacte, i que les famílies saben que sempre que volen poden comunicar amb qualsevol professional de la residència. Després, en les reunions interdisciplinars es posa en comú amb la resta de professionals. La TSS7 remarca que la intervenció amb la família sempre es fa comptant amb tot l'equip. L'equip de tècnics és el millor recurs per abordar qualsevol necessitat o problemàtica amb les famílies.

Segons la TSS3 el treball amb la família és fonamental, i més quan aquestes presenten problemàtiques socials. És un treball de seguiment que s'inicia a l'acollida i es finalitza en el moment de l'èxitus. També comenta que hi ha famílies que un cop el seu familiar és difunt no es desvinculen de la residència, i s'ofereixen com a voluntaris. La TSS8 afirma que és un tema delicat, doncs cada família és un món. Tot i que el nivell d'implicació és divers, algunes inclús contracten algú quan elles no poden anar a fer-los companyia, doncs el personal de la residència no pot donar un acompanyament tan personalitzat. La TSS5 exposa que la relació amb les famílies és majoritàriament bona. Es treballa el vincle des de l'acollida, i després fent seguiment segons les necessitats que van sortint. Lamenta no poder tenir un contacte més fluid i acurat al llarg del procés del seu familiar, però sovint no és possible per falta de temps. És el que li agradaria, però els absorbeix massa la feina de gestió. En aquest sentit, pensa que la professió ha perdut en part la funció d'escoltar, observar i donar suport a la persona.

Abordatge de la solitud en les persones afectades de demència

En quan a l'abordatge de les persones grans amb demència, la TSS1 considera que tot que es fan coses, se'n podrien fer moltes més. Normalment les persones amb un deteriorament cognitiu greu, solen estar en unitats tancades pel risc de fuga. Tanmateix, afirma que *“seria molt important poder tenir un espai on la persona pogués sortir diàriament a l'exterior, sentir el sol, l'aire, tenir un espai on poder caminar sense perill. A vegades es tendeix a protegir tant que asfixiem. En un futur la construcció de*

residències hauria de ser diferent, no tant hospitalitzades i que facilitessin més sentir-se com a casa: plantes baixes, sense escales ni ascensors, amb accés directa al jardí, a les plantes i als arbres; on poder caminar cada dia una estona i sentir el sol i l'aire. També el fet de poder fer un cafè, sense haver d'esperar un horari establert, són petits detalls que et fan sentir viu".

La TSS2 considera no se'ls ha de tractar diferent pel fet de tenir una situació de demència sinó que el que cal és adaptar les activitats a aquestes persones. Per tant, es tracte d'oferir activitats i espais adequats a cada col·lectiu dins del grup de les persones grans. La TSS3 afirma que la solució per a la millora de l'atenció a les persones amb demència està en l'enfocament de l'atenció. Tenir en compte que cada persona té les seves individualitats i les seves necessitats i que cal donar resposta a tothom. També pensa que establir una planta o àrea on convisquin només persones amb demència és un error. Des del seu punt de vista, és important equilibrar les àrees o plantes i que les persones, sigui quina sigui la seva individualitat, convisquin amb les altres. En el mateix sentit, la TSS5 apunta que el model de l'atenció centrada en la persona seria una guia a seguir per millorar el benestar d'aquestes persones. La TSS6 considera que tot i ser complicat, s'han organitzat activitats com recuperar la música que els agradava en la seva joventut o edat adulta, i recopilar-la en un MP3 per poder-ho escoltar de manera individual. També pensa que es podria fer més participis a les famílies en la cura d'aquests residents però no és fàcil.

La TSS8 apunta que cal partir del model d'atenció centrada en la persona. Per exemple, la teràpia amb gossos serà adequada segons les preferències i gustos de cada persona; i això es pot saber a través de la història de vida. En les activitats de musicoteràpia, també es pot esbrinar els seus gustos de la persona afectada d'una demència preguntant a la família quina era la música li agradava. També es pot preguntar als familiars quines coses eren significatives per a la persona, o quines consideren la farien reaccionar per anar fent la seva "Caixa dels records", que podrà utilitzar la psicòloga per estimular-les. També s'està treballant amb nines, és un recurs que sovint els fa sentir més protegits, i alhora els porta records. La TSS4 aclareix que al seu centre no viuen persones amb demència, doncs quan sorgeixen casos són derivats a residències de gent gran en general. Es tracte d'un centre específic per a persones amb discapacitat intel·lectual, i tot i que entre elles hi ha persones grans, no és un recurs per les que pateixen un procés de deteriorament cognitiu.

Propostes de millora

La TSS2 fa notar que per pal·liar o prevenir la solitud el temps seria el recurs més necessari. Afirmar que *“el fet d’oferir el nostre temps és un dels recursos més importants, i és el que una persona gran moltes vegades més necessita i valora. Ser escoltats i fer que formin part d’allò que estem fent, és el més important per trencar amb aquest sentiment i donar valor a la persona”*. També la TSS5 considera que el que fa falta és sobretot tenir més temps, recórrer a la imaginació i tal vegada a la improvisació i posar-ho en pràctica. Per la seva banda, la TSS4 afirma que el millor recurs són les persones, ja siguin els professionals o els companys i companyes del centre.

La TSS3 considera que més que de recursos es tracte de l’enfocament a l’hora d’intervenir. Afirmar que *“les residències, en molts casos, tenen un cert aire hospitalari, i això dificulta que l’atenció pugui ser personalitzada. L’idoni és que l’atenció sigui centrada en la persona i s’atengui a les individualitats de cada resident”*. També que les residències estiguin estructurades per àrees. És a dir, que els residents visquin en zones reduïdes i així aconseguir un ambient tranquil i familiar. De la mateixa forma, la TSS7 considera que no és qüestió de recursos, sinó d’atenció centrada en la persona, que aquesta sigui personalitzada. La TSS1 pensa que sempre es pot millorar, però que *“les coses més importants sovint estan en els petits detalls, com per exemple, una carícia o un bon dia amb un somriure al matí”*. Dóna molta importància al bon tracte i la capacitat de posar-se en el lloc de l’altre persona, a l’empatia. La TSS8 destaca que seria una bona millora poder fer grups més petits, per poder personalitzar més l’atenció; però per poder fer això caldria més personal. La TSS6, com a proposta apunta l’organització de sortides i activitats que els propis residents demanessin o volguessin fer. Posa com exemples anar de viatge, al cinema, actes socials, etc. i també portar especialistes al centre en temes que fossin d’interès dels i les residents.

Taula 2. Quadre resum: contingut de les entrevistes

	TSS1	TSS2	TSS3	TSS4	TSS5	TSS6	TSS7	TSS8
Concepte de solitud	Subjectiu	Subjectiu	Subjectiu	Subjectiu	Subjectiu	Subjectiu	Subjectiu	Subjectiu
Causa major prevalença en persones institucionalitzades	Una mena de dol. Trobarien a faltar la seva llar i les seves coses.	No està d'acord: moltes ingresen per sentir-se més acompanyades	Manca de xarxa social degut a l'edat i les pèrdues	Es pot estar envoltat de gent i sentir-se sol	Té molt a veure amb les seves creences, ideologia, i factors culturals	No està d'acord. Tenen més oportunitats per establir una relació	Sovint senten que són prescindibles	Sentiment de no ser important, per a ningú, no ser necessari.
Conseqüències de la solitud	Nivell emocional, social i salut Aïllament, no menjar, no sortir...	Nivell emocional, social i salut Sentiments d'inutilitat	Nivell emocional, social i salut	Nivell emocional, social i salut	Nivell emocional, social i salut Aïllament, dificultat per relacionar-se	Nivell emocional, social i salut. No participar ni relacionar-se	Nivell emocional, social i salut	Nivell emocional, social i salut. En casos extrems porta a la claudicació
Identificació intervenció des del TSS	Especial atenció moment ingrès i adaptació Contenció emocional Reunions interdisciplinàries	Especial atenció moment ingrès i adaptació Contenció emocional	Posant atenció a l'estat d'ànim, a les visites i la il·lusió amb que les reben.	Observant comportament I participació Parlant amb els companys Entrevistes individuals	Manca de temps per escoltar En centres més petits és més fàcil Treball d'equip	Qualsevol professional que ho detecta ho comunica a l'equip.	Atenció en l'estat d'ànim i interès per fer coses.	Identificació parlant i observant. Fomentar relacions amb el seu entorn actual.
Percentatge i nivell persones grans amb sentiment solitud	17% molt alt 33% moderat	En funció temps permanència al centre i nivell cognitiu	Alt, tot i que a vegades no en són conscients	Baix	Potser un 60% (hi ha moltes PG amb demència)	5%. No compte les persones amb demència	Es relatiu, és poc tangible	No pot donar una xifra, depèn del moment
Les activitats com eina per reduir la solitud	Ajuden a sentir-se útil, divertir-se, sentir il·lusió, relacionar-se... Ajuden més quan se senten lliures d'actuar a la seva manera.	Enfocades segons característiques de cada resident agrupant-los en petits grups. Han de veure-hi un sentit i autonomia per desenvolupar-les.	Ajuden més les que connecten els uns amb els altres, i permeten sentir-se formant part d'un grup	Les que més ajuden són el treball en equip i les assemblees Molt variades, durant el cap de setmana es fan també activitats d'oci i lleure.	Es podrien fer més coses. Pensant en el futur, caldrà pensar en les TIC.	Les activitats grupals són les que més fomenten les relacions personals.	Les activitats s'enfoquen a les necessitats de cada usuari, gustos i preferències.	Les més útils són en format petit grup. Conversa, ajuda mútua. Han d'estar centrades en la persona.
Percentatge participació en les activitats	80%	Segons estat, caràcter i activitat	Quasi tots	Tots	Potser el 60%	Un 80%	60%	60 -70%
Valoració de les activitats (de l'1 al 10)	8	7	7	8	7	9	7	7
El paper del voluntariat	Molt positiu. Dedicació més exclusiva, temps, els puja l'autoestima	Molt positiu. Permet l'intercanvi, trencar la rutina i estereotips	Molt positiu, sobretot pels que no reben visites	Molt positiu	Molt positiu Suport emocional, atenció individualitzada	Molt positiu. Les experiències intergeneracionals ajuden a reprendre la relació amb el jovent	Molt important. Sobretot pels que no tenen ningú per parlar. Atenció més individualitzada.	Molt important. Una persona amb una altra, sense mediació.
La relació amb les famílies	Els familiars sempre saben que poden posar-se en contacte. En les reunions interdisciplinàries es posa en comú	Es procura mantenir el màxim contacte, donar suport i motivar-los per a què facin un bon acompanyament	És un treball de seguiment i suport que s'inicia a l'acollida.	Les famílies es veuen, mínim un cop l'any.	Acollida i seguiment segons necessitats. Caldria contacte més fluid	Abans de l'ingrés, acompanyament i seguiment	Des de l'acollida i el seguiment. Ens agradaria que fos més fluid, però falta de temps	Cada família és un món, però n'hi ha de molt implicades, i quan no poden venir contracten algú

<p>Abordatge en les persones afectades de demència</p>	<p>Residències menys hospitalàries. Que cada persona podés sortir a l'exterior, sentir l'aire, caminar sense perill. Edificis més semblants a una casa.</p>	<p>No se'ls ha de tractar diferent sinó adaptar les activitats. Oferir activitats i espais adequats a cada col·lectiu dins del grup de les persones grans</p>	<p>Equilibrar les àrees i que les persones, sigui quina sigui la seva individualitat, convisquin amb altres. Atenció centrada en la persona</p>	<p>No tenen persones amb demència</p>	<p>Més treballar amb el model de l'ACP.</p>	<p>Musicoteràpia Proposta: Intentar involucrar més la família en la cura</p>	<p>La clau està en l'atenció centrada en la persona.</p>	<p>Teràpia amb gossos, musicoteràpia, la caixa dels records, nines. L'atenció centrada en la persona</p>
<p>Propostes de millora</p>	<p>Els petits detalls: una carícia o un bon dia amb un somriure al matí. La importància del bon tracte i l'empatia</p>	<p>Oferir el nostre temps és un dels recursos que una persona gran moltes vegades necessita i valora.</p>	<p>Atenció més personalitzada. Residències estructurades per àrees. zones reduïdes Ambient tranquil i familiar</p>	<p>El millor recurs que tenim som les persones, siguem professionals o companys del servei.</p>	<p>Tenir més temps</p>	<p>Organitzar sortides i activitats que els propis residents demanin</p>	<p>Sobretot, més temps. Recórrer a la imaginació, la improvisació i posar-ho en marxa. Sovint no és possible.</p>	<p>Agrupacions més petites. Personalitzar més l'atenció Cal més personal</p>

Font: elaboració pròpia

5.2. Anàlisi dels qüestionaris a les persones grans

Per a la depuració de les dades dels qüestionaris s'ha procedit a donar un codi numèric als diferents valors de les variables, amb l'objectiu de poder calcular el coeficient de correlació, i representar-la a través d'un diagrama de dispersió.

El qüestionari s'ha aplicat a una mostra de 24 persones grans, seleccionades en base a tenir un bon funcionament cognitiu i la seva bona disposició a col·laborar. La informació recollida es pot visualitzar a la taula 3, i inclou les següents variables: edat (E), sexe (S), el temps que viuen en una residència (TR), freqüència de participació en les activitats (FP), satisfacció amb les activitats (SA), i satisfacció de viure en una residència (SR). També s'ha inclòs una pregunta per obtenir informació sobre les seves activitats preferides, i una altra sobre les principals preocupacions de les persones grans.

Taula 3: Matriu resum de dades del qüestionari segons variables d'estudi

NS	E	S	TR	FP	SA	SR
1	3	2	2	4	5	5
2	3	2	3	3	3	4
3	3	2	4	5	4	5
4	3	1	4	2	2	2
5	2	2	3	5	5	4
6	4	2	4	4	4	4
7	2	2	2	4	5	5
8	2	2	4	5	5	5
9	2	2	2	4	4	4
10	2	2	1	3	3	4
11	2	1	2	5	5	5
12	2	1	2	3	3	2
13	3	2	1	4	4	4
14	4	2	3	5	4	5
15	3	2	4	4	5	5
16	3	2	2	2	2	4
17	2	2	4	4	4	4
18	3	2	4	5	5	5
19	3	2	1	5	4	4
20	4	2	4	4	4	4
21	3	2	2	4	5	5
22	4	2	2	5	4	5
23	3	2	4	3	4	4
24	3	2	3	2	3	4

Font: Elaboració pròpia

A la taula 4 es poden observar els codis numèrics assignats a les diferents respostes i la seva freqüència per tal de procedir a la seva anàlisi.

Taula 4. Codis numèrics assignats a les respostes i freqüències

Edat de les persones grans			Temps vivint a la residència		
	Codi	N		Codi	N
<70	1	0	< 1any	1	6
Entre 70 i 80	2	8	Entre 1 i 2 anys	2	9
Entre 80 i 90	3	12	Entre 2 i 5 anys	3	10
> 90	4	4	> 5 anys	4	11

Satisfacció de viure en una residència (SR)			Satisfacció amb les activitats (SA)		
	Codi	N		Codi	N
Gens	1	0	Gens satisfet	1	0
No massa	2	2	Poc satisfet	2	2
A mitges	3	0	Regular/a mitges	3	4
Força	4	12	Bastant	4	10
Molt	5	10	Molt satisfet	5	8

Freqüència de participació (FP)			Sexe		
	Codi	N		Codi	N
Mai	1	0	Dones	2	21
Poques vegades	2	3	Homes	1	3
A vegades	3	4			
Sovint	4	9			
Sempre	5	8			

Font: elaboració pròpia

Tal com s'indica a la figura 2, una mostra de 24 persones grans varen participar responnent voluntàriament el qüestionari. La gran majoria són dones (21, **87,5%**), i (3, **12,5%**) homes. Majoritàriament, porten més d'un any vivint a la residència; per tant, ja han passat el primer període d'adaptació.

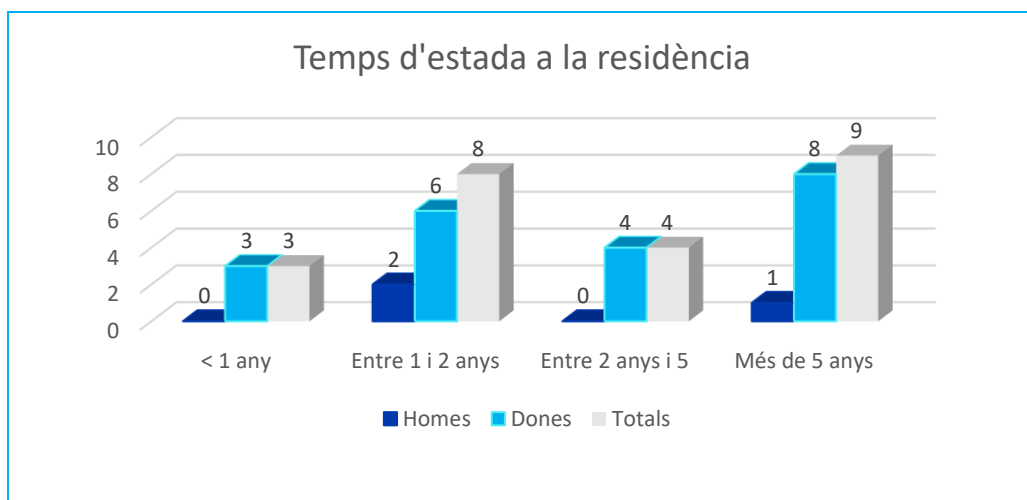
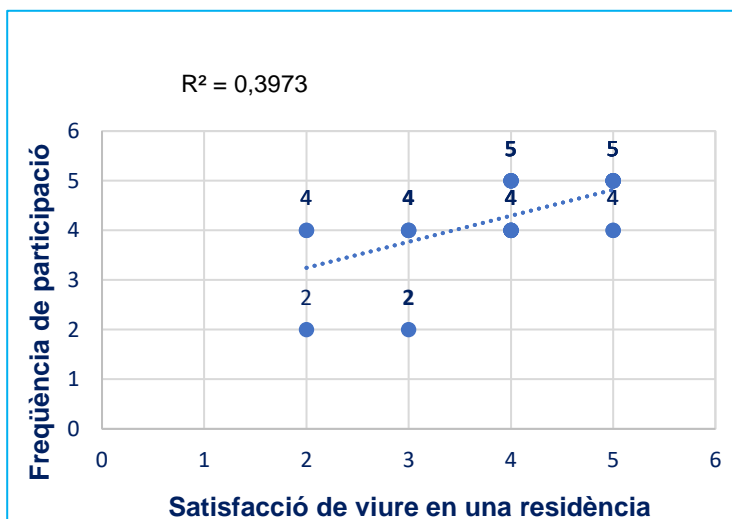


Figura 2. Perfil segons temps d'estada en residència i sexe. Font: elaboració pròpia

Anàlisi de correlació entre variables d'estudi

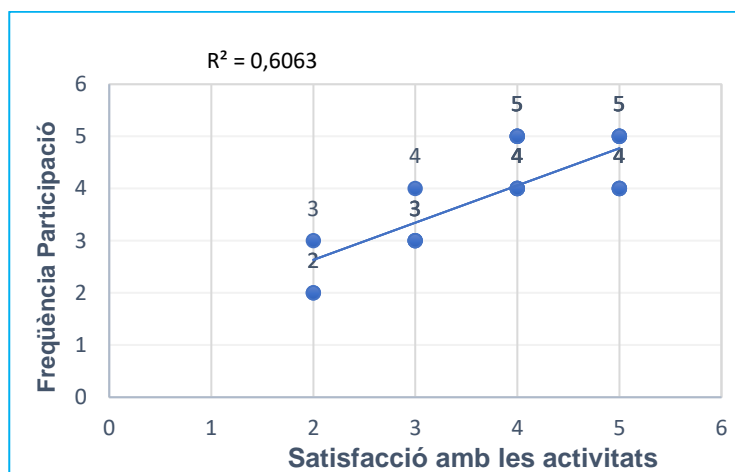
A partir de les respostes i la seva codificació s'ha calculat el coeficient de correlació entre variables amb el programa Excel, complementat aquest valor amb la seva presentació gràfica a través d'un diagrama de dispersió. A la figura 3 s'observa que la correlació entre les variables freqüència de participació en les activitats i la seva satisfacció de viure en una residència és significativa i positiva .



Coeficient de correlació=
0,63034113

Figura 3: correlació variables FP - SR Font: elaboració pròpia

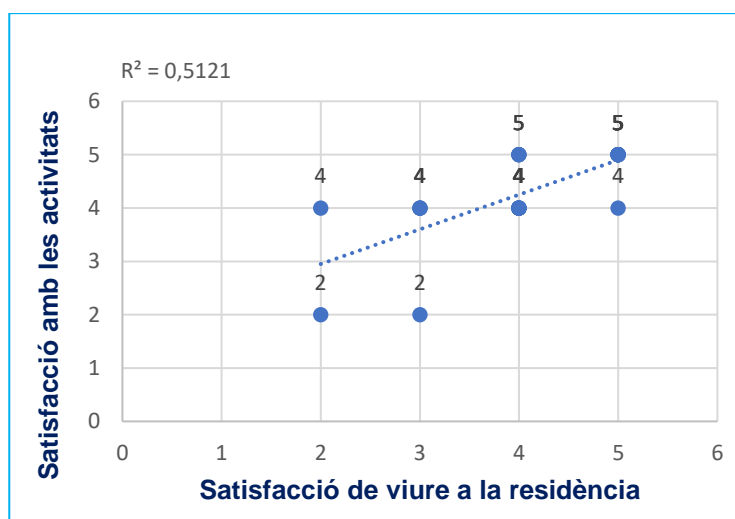
A l'analitzar la correlació entre les variables freqüència de participació i satisfacció amb les activitats s'observa que aquesta encara és més forta i positiva. Tal com es pot visualitzar a la figura 4, també el diagrama de dispersió assenjala una correlació més accentuada entre aquestes dues variables.



Coefficient de correlació=
0,77864864

Figura 4. Correlació variables FP – SA. Font: elaboració pròpia

De la mateixa manera, a la figura 5 es pot observar com la correlació entre les variables satisfacció amb les activitats i satisfacció de viure en una residència és també forta i positiva, tot i que lleugerament per sota.



Coefficient de correlació=
0,71562645

Figura 5. correlació variables SA – SR. Font elaboració pròpia

Tot i trobar fortes correlacions entre aquestes variables, en cap cas es pot atribuir una relació causal, doncs intervenen molts altres factors (l'estat cognitiu de la persona, el seu nivell funcional, la personalitat, la seva bona disposició a participar...), de les que no hi ha cap control, i molt probablement influeixen en els resultats.

A la figura 6, es presenten les activitats que segons la mostra que ha respòs el qüestionari consideren com més satisfactòries, (la majoria de persones grans han marcat dues opcions)

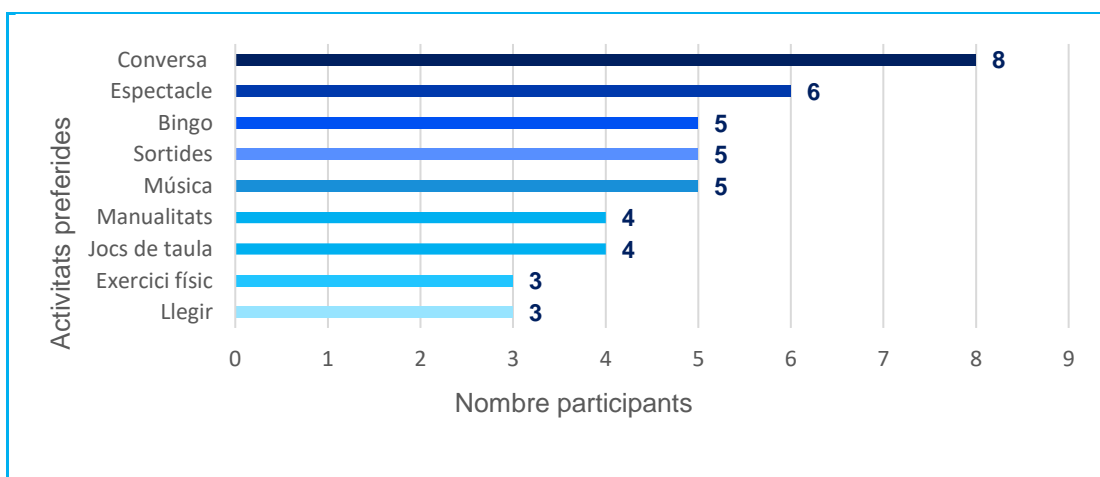


Figura 6. Activitats preferides per les persones grans. Font: elaboració pròpia

En quan a les principals preocupacions de les persones grans, a la figura 7 es mostren les respostes donades a aquesta pregunta. Per a les persones que han respòs el qüestionari, la solitud seria la tercera font de preocupació, molt per darrere de la salut i la família.

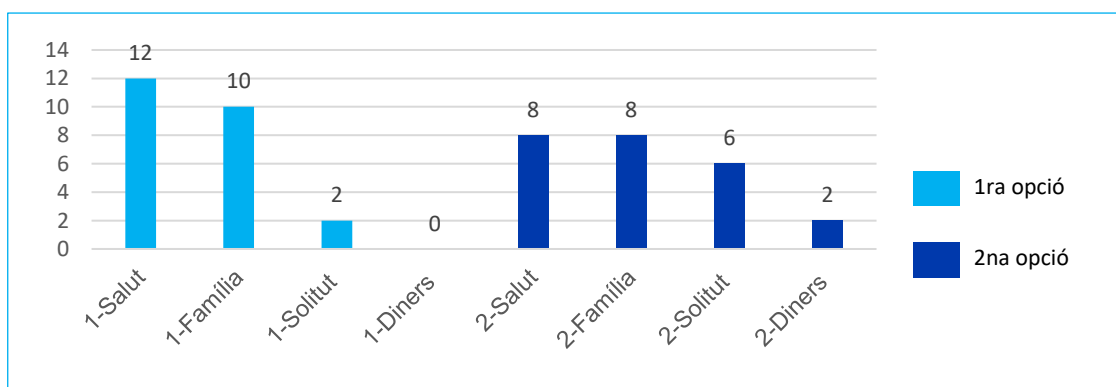


Figura 7. Preocupacions de les persones grans (1ra i 2na opció). Font: elaboració pròpia

5.3. Les notes de camp

Durant l'aplicació del qüestionari es varen propiciar espais de conversa informal amb les persones grans i també amb les TSS. Aquesta informació es va recollir a través de notes de camp, mostrant a continuació les més significatives en relació al tema d'estudi:

La salut és l'aspecte que més preocupa a les persones grans que han respòs el qüestionari. Sovint expressen la seva preocupació per perdre més capacitat d'autonomia, i haver de dependre més dels professionals de la residència per realitzar les ABVD. Algunes persones grans, han fet menció de la preocupació que els genera pensar que en un futur puguin desenvolupar una demència. En aquest sentit, comenten que el veure altres persones en aquesta situació dins de la residència els fa pensar molt en aquests tipus de trastorns; i en algun cas, inclús han manifestat cert temor de què el fet de conviure amb persones que la pateixen pugui acabar afectant-los. Cal dir, que no són poques les mostres de gratitud que han donat per mantenir un bon funcionament cognitiu.

Sovint la família ha estat un tema al que fan referència al parlar de les seves preocupacions, afirmant que sempre hi pensen (fills i nets principalment). Moltes persones grans mostren una gran generositat envers els seus familiars, mostrant-se molt comprensives en quan que la situació de la seva família és incompatible amb que elles puguin seguir vivint al seu domicili; doncs consideren que el nivell de suport que necessiten en l'actualitat ho fa inviable. No són tampoc una excepció les persones que afirmen que han estat elles les que han demanat ingressar en una residència, pensant que és una bona opció en la seva situació actual. Tanmateix, una persona que al moment de fer-li el qüestionari feia menys d'un mes que havia ingressat, es va posar a plorar, expressant el seu disgust i sensació d'abandonament. Els diners no són un aspecte que els preocupi massa, però sí que el tenen en compte en quan no volen ser una càrrega per la seva família.

Entre les persones que millor se senten a la residència, hi ha el convenciment que tenen la sort de poder viure en un centre d'aquestes característiques on no els falta res, reben un bon tracte, se senten apreciats i han pogut fer amistats. En algun cas, han afirmat que l'ingrés a la residència els ha suposat fer noves amistats (amb altres residents i també amb els professionals i voluntaris/àries), i que alhora han pogut fer coses que mai s'havien plantejat. Aquest és el cas de les sortides i intercanvis intergeneracionals, que algun residents mantenen. Exemples d'aquestes experiències són les visites que reben de joves voluntaris, suposant noves vivències, espais per passar bons moments parlant, jugant, posant-se al dia de les noves tendències. També valoren molt positivament els intercanvis entre l'escola i la residència, on els més petits van al centre de gent gran per conèixer una realitat que possiblement desconeixen; però també existeix la possibilitat que una persona gran vagi a l'escola a explicar la seva història de vida i respondre les preguntes i curiositats dels alumnes. Aquestes experiències, quan la persona gran compta amb el suport necessari, les condicions i les ganes de fer-ho, li poden aportar una gran sensació de vàlua i utilitat, i en conseqüència una pujada de la seva autoestima.

Algunes persones grans fan menció del benestar que els proporcionen les activitats, el poder fer coses que els agrada, i sobretot que aquestes els permet compartir amb altres persones. També hi ha qui té preferència per activitats més individuals, sobretot la lectura per mantenir-se al dia. Fan també referència al voluntariat, afirmant que els fa sentir bé pensar que una persona de fora pensa en elles i les va a visitar. El voluntariat jove, consideren que és un element molt positiu per ells i elles, doncs les distreu, els fa passar moments distesos i recordar altres etapes de la seva vida, quan elles també tenien aquesta edat.

La solitud no ha estat la principal preocupació expressada per les persones grans, de fet, ha estat recollida en un segon pla. Cal dir, que només s'ha aplicat el qüestionari a les persones amb un major nivell de funcionament cognitiu, i sovint també amb major nivell d'autonomia per a la realització de les ABVD.

Conseqüentment, la mostra no és representativa del conjunt de persones grans que viuen a la residència. Majoritàriament, han afirmat estar satisfetes, o molt satisfetes de viure en una residència; doncs consideren que aquesta els proporciona el que necessiten en aquest moment, els cuiden i atenen correctament, i s'hi senten bé.

Entre els aspectes que han citat com a fonamentals a l'hora de poder sentir-se bé a la residència i aconseguir el benestar, és la manera de ser de cada persona; els trets de la personalitat, i en concret l'optimisme i també la capacitat d'adaptació a les diferents etapes de la vida, amb els canvis que aquestes comporten. Una altra qüestió que valoren molt positivament, és tenir una regularitat en quan a les persones que els atenen. En aquest sentit, un tema que els preocupa, pel fet de viure en una residència, són els canvis de personal d'atenció directa. Consideren que tenir una regularitat, i la confiança que depositen en les persones que les cuiden és un aspecte clau pel seu benestar. En general valoren molt positivament el fet de mantenir una bona relació amb els professionals, i també amb els companys/es de la residència, junt a la sensació de gaudir d'un bon tracte, i sentir-se apreciats pel seu entorn.

En els espais de conversa informal les TSS han posat l'èmfasi en la necessitat de treballar a partir del model de l'ACP, de conèixer les històries de vida dels residents per donar una bona atenció, ajustar-se a les seves necessitats de cada persona, i aprofitar totes les seves potencialitats. També ho veuen com un requisit per a poder donar un bon tracte.

6. DISCUSSIÓ

Els resultats als que s'ha arribat en aquesta recerca són majoritàriament coherents amb la tesi de partida que afirma que les possibilitats de patir sentiments de solitud augmenta amb l'edat, i més encara en les persones grans institucionalitzades (6 TSS de 8), tal com indiquen Quintero-Echeverri et al.⁶, i Bermejo¹⁰. Tanmateix, en aquest estudi s'ha trobat molta disparitat d'opinions en quan al percentatge de persones grans que patirien sentiments de solitud a la residència; des de l'estimació que quasi totes o el 80%, fins el 5%, o menys. Les que han dit que el percentatge és més elevat, argumenten que el centre és gran, i atén una alta proporció de persones grans amb demència; i la que considera que és més baix, assenjala que es tracte d'una petita llar residència. En quan a la hipòtesi de que les intervencions psicosocials posades en pràctica a les residències tenen un gran paper a l'hora de reduir la percepció de solitud, es pot afirmar que ha estat avalada tant per les TSS com per les mateixes persones grans. Conseqüentment, l'objectiu general de la recerca ha estat aprofundir en el coneixement de les intervencions que les TSS desenvolupen en les residències per donar resposta a la solitud.

En quan al primer objectiu específic, de conèixer com les TSS perceben i aborden la problemàtica de la solitud; aquestes han corroborat que es tracte d'una sensació subjectiva, diferenciant entre el fet d'estar sol o sentir-se sol. Les TSS han definit la solitud com un sentiment de no comptar amb el suport d'altres persones en moments de necessitat, de no ser valorat ni ser important per a ningú. Una situació que portaria a tenir una sensació d'abandonament, i inclús de sentir-se un destorb pels altres, coincidint amb altres autors com Quintero-Echeverri et al.⁶, o Coll-Planas⁴. La causa de la major prevalença de solitud en les persones grans institucionalitzades, estaria en que l'ingrés a la residència comporta una mena de dol, doncs la persona ha de deixar enrere una etapa molt important de la seva vida i començar de nou en un altre lloc amb persones desconegudes, separades dels seus essers estimats, i on troben a faltar les seves coses. A l'igual que Cardona et al.¹⁷, han fet menció que sovint l'ingrés no ha estat una decisió seva, sinó dels fills o altres familiars propers. El sentiment de solitud es veuria reforçat quan les visites que reben dels seus familiars són escasses, fent-los sentir encara més prescindibles. Tanmateix, dues de les vuit TSS fan aportacions en el sentit que degut a l'estil de vida actual, hi ha persones que volen ingressar voluntàriament a una residència, buscant precisament, un lloc on no estar, ni sentir-se

soles. En aquesta situació estarien moltes persones grans que tenen família però que per diferents motius no les poden atendre i acompanyar tal com necessiten. En aquests casos, se sentirien més soles a casa que a la residència, fent la reflexió, amb coherència amb de los Reyes et al.¹⁸, que els residents tenen altres persones al seu voltant; i per tant, més oportunitats per trobar algú amb qui establir una relació, ja siguin amb altres persones grans o professionals. Tot i així, moltes indiquen que un factor que influiria negativament en el sentiment de solitud és la dificultat a l'hora de poder compartir sentiments, emocions i pensaments amb altres persones, doncs consideren que és difícil trobar algú amb qui poder parlar i trobar suport a la residència. Una TSS ha fet l'observació que aquest sentiment té molt a veure amb les creences, la ideologia, i els factors culturals de la persona, en concordança amb els estudis de del Barrio et al.⁵. Les TSS han fet noves aportacions, com que el sentiment de solitud seria més baix en les persones que són encara relativament autònomes. Aquestes ho viurien com un anar a un lloc on poder seguir fent la seva vida, sentint-se més segures i acompanyades. Per contra, aquest sentiment seria més acusat en les persones més dependents, que ho interioritzarien com un anar a un lloc on acabar els seus dies. En quan a les conseqüències de la solitud, totes les TSS estan d'acord amb els estudis de Masi et al.⁷, Pinazo et al.⁸, i Gené-Badia et al.¹¹ en quan influiria de forma determinant en les diferents dimensions de la persona, ja sigui a nivell social, emocional, mental o físic; i per tant, en la seva salut. Majoritàriament pensen que provoca sentiments de tristesa i depressió, afirmant que en alguns casos deixen de menjar o sortir de l'habitació, arribant en els casos més extrems a la claudicació. Alhora, coincideixen amb Coll-Planas⁴, corroborant que el suport social i la participació seria un factor de protecció per a la salut; destacant que sentir-se estimat i valorat ajudaria a superar els obstacles que han d'afrontar en aquesta etapa de la vida, entre elles, els problemes relacionats amb salut i la falta d'autonomia.

En relació a l'abordatge de la solitud, totes destaquen l'acollida al centre com un moment crític al que cal posar la màxima atenció per oferir la contenció emocional que pugui necessitar tant la persona gran com els seus familiars. Sovint la identificació es fa a partir de l'observació del seu estat d'ànim, l'apatia o falta d'interès per fer coses. Alhora observen, que per fer el diagnòstic sempre cal tenir coneixement de la història de vida de la persona, doncs el què podria semblar una actitud negativa per a la integració, en realitat pot ser la seva forma de ser, la seva personalitat. En general coincideixen en la

importància del treball dins l'equip interdisciplinari tant a l'hora d'identificar la situació de solitud com el seu abordatge. No obstant, a vegades han lamentat la dificultat que troben per poder fer un seguiment més fluid i proper, tant amb la persona com amb la seva família per la falta de temps. Totes les TSS han donat una gran rellevància a les activitats per pal·liar els sentiments de solitud de les persones grans, i també per a contribuir al seu benestar. Tanmateix, per la forma en què puntuen les que es posen en pràctica a la residència (cinc amb un 7, dues amb un 8, i una amb un 9), es pot afirmar que majoritàriament estan d'acord que hi ha marge per a la millora. En quan a les activitats que més ajuden a pal·liar el sentiment de solitud, sovint estan d'acord en que són les de caràcter més lúdic, i que puguin trobar-li un sentit. A l'igual que Bermejo¹⁰ o Wobbeking²⁴ destaquen per a reduir la solitud, les activitats que faciliten connectar amb altres persones, relacionar-se i sentir-se formant part del grup, com és el cas de les activitats grupals; sobretot les xerrades o passejades en petit grup. Altres activitats que totes veuen com a molt beneficioses són les sortides fora del centre, doncs les fa connectar amb el seu entorn, i probablement retrobar persones conegudes. També s'han recollit noves aportacions, com seria la incorporació d'activitats amb els suport de les TIC; tot reflexionat que cal preveure que properament a les residències hi haurà cada cop més persones grans que les demani. Coincidint amb de los Reyes et al.¹⁸, i Ariza-Montes et al.²³, subratllen el paper del voluntariat, i els intercanvis generacionals amb els joves i nens, com a recursos de molta utilitat per a pal·liar la solitud. El voluntariat els dona suport emocional, i ajuda a augmentar la seva autoestima al saber que hi ha una altra persona que va a veure'ls perquè vol.

En relació a la intervenció amb persones afectades per una demència, en general consideren que hi ha aspectes a millorar. Sovint, i per tal de protegir-les, solen estar en unitats tancades pel risc de fugida, però això aniria en detriment del seu benestar. La majoria coincideixen amb Martínez²⁹, defensant que la solució està en l'enfocament de l'atenció, que ha de ser el del model de l'ACP. Consideren que no s'ha d'establir una àrea o planta només per a persones amb demència, sinó que cal equilibrar les àrees per a què convisquin amb la resta de persones. També és fonamental treballar des de les històries de vida, esbrinar els seus gustos a través dels familiars per a poder desenvolupar activitats que estimulin la persona, i sobretot li aportin benestar. En coherència amb Coll-Planas⁴, destaquen les activitats de reminiscència basades en el rescat de temes que els pugui aportar records agradables i revivre bons moments. Entre aquestes destaquen la musicoteràpia a partir de l'escolta de la música que li agradava

en el passat, l'artteràpia segons els seus gustos, la teràpia amb nines, la "caixa dels records", o la teràpia amb gossos, sempre que se sàpiga que a la persona li agradaven.

En quan al segon objectiu específic, d'aprofundir en el coneixement de la realitat psicosocial de les persones grans institucionalitzades, posant l'èmfasi en la possible relació entre les intervencions posades en pràctica en les residències i el sentiment de solitud; l'anàlisi dels qüestionaris, i les notes de camp preses en converses informals amb les persones grans, no són massa coherents amb la tesi de partida. Segons aquests resultats el sentiment de solitud no seria més elevat en les persones institucionalitzades que en la resta de persones grans. A partir de l'anàlisi de dades dels qüestionaris s'ha trobat la presència d'una forta correlació entre les variables freqüència de participació en les activitats (FP), la satisfacció amb les activitats (SA), i la satisfacció que senten de viure en una residència (SR). La solitud, no ha estat apuntada per les persones grans com la principal preocupació. Només dues de les 24 persones l'han mencionada com a primera opció, i molt per sota de la salut o la família. Aquestes dades cal llegir-les amb molta cautela, doncs el qüestionari s'ha aplicat únicament a persones amb un bon nivell de funcionament cognitiu, i sovint també amb un nivell d'autonomia acceptable per les ABVD, fet que no permet generalitzar els resultats.

Algunes de les opinions de les persones grans sobre les activitats s'ha recollit a través de les notes de camps en els espais de conversa informal, expressant en coherència amb De los Reyes et al.¹⁸, la seva preferència per les activitats que els permet conversar i compartir amb altres persones. També s'han referit a les sortides fora del centre, com una activitat especialment gratificant, al voluntariat, tant en relació a persones voluntàries adultes com als joves, afirmant que els fa sentir bé pensar que una persona de fora pensa en elles i les va a visitar. A l'igual que Wobbeking²⁴, han afirmat que les relacions intergeneracionals poden ser molt motivadores, tant si es tracte de nens o joves voluntaris que van a visitar-los a la residència. També quan és una persona gran la que va a l'escola a explicar la seva història de vida i respondre les preguntes i curiositats que li plantegin els alumnes. Per altra banda, alguns han comentat la importància dels trets de la personalitat per ajudar-los a sentir-se bé; entre elles, destaquen l'optimisme i la capacitat d'adaptar-se a les noves situacions.

En relació al tercer objectiu específic, de contrastar les intervencions posades en pràctica en les residències geriàtriques i el model de l'ACP, s'ha trobat que les TSS coincideixen amb Martínez^{28,29,30}, a l'afirmar que han d'estar centrades en la persona.

Malgrat això, a la pràctica sovint tenen la percepció de què encara hi ha molt de camí per avançar en aquest sentit. Entre les principals febleses que detecten, està la manca de temps per poder-ho posar en pràctica. Altres, consideren que més aviat es tracte de la manera d'enfocar l'atenció i innovar; tal vegada de remoure els obstacles a nivell organitzatiu i de funcionament dels centres. En aquest sentit, sobretot en les residències més grans, consideren que és difícil posar-ho en pràctica, degut a l'elevat nombre de persones que atenen, i la presència d'espais massa grans; que dificultarien la participació i la creació d'espais més semblants a una llar. També han fet menció de les barreres que suposen les escales o els ascensors, considerant que l'ideal són les plantes baixes, que permeten a les persones grans poder sortir quan ho desitgen; i en conseqüència millorar la seva percepció de control i autonomia tal com defensa el model de l'ACP. En congruència amb els estudis de Coll-Planas⁴ una altre dificultat que veuen en les residències més grans, és el poder treballar en petits grups i conseqüentment, aconseguir una millor integració i cohesió entre les persones. Pràcticament totes han apuntat la necessitat de treballar sempre a partir del coneixement de la història de vida de cada persona, doncs és el que dona les pautes per personalitzar l'atenció, donar un bon tracte, i una atenció que realment estigui centrada en la persona. Aquest aspecte, tal com apunta Martínez³¹ seria tant o més necessari quan es tracte de persones que pateixen demències, doncs és precisament a partir del coneixement de les seves històries de vida que es poden trobar eines per adaptar les activitats a les seves preferències, estimular-les i sobretot, aportar benestar a partir del record de coses agradables per a la persona.

El quart objectiu específic, d'elaborar un llistat de recomanacions que serveixin de guia per a dissenyar intervencions psicosocials útils per a reduir la percepció de solitud en les persones grans institucionalitzades, es desenvolupa en l'apartat de conclusions.

Limitacions

Les limitacions de l'estudi venen donades per l'abast de la mostra tant de les TSS com de les persones grans que han respòs el qüestionari. La mostra seleccionada de persones grans, no és representativa, donat que els participants no han sigut escollits de forma aleatòria, sinó en base a la seva voluntarietat per col·laborar, i tenir un funcionament cognitiu preservat. Per tant, en futures recerques, caldria també indagar sobre els sentiments de solitud de les persones que pateixen algun grau de demència. No s'ha utilitzat cap instrument validat en quan a fiabilitat i/o validesa, sinó que se s'ha

dissenyat un qüestionari específicament per aquesta recerca que fos poc intrusiu i fàcil de respondre. S'ha buscat l'accés al món interior dels subjectes, en aquest cas, les persones grans; una aspecte sempre difícil d'observar i mesurar a través d'un instrument de recollida de dades. Com a disseny ex-post-facto, té caràcter exploratori, limitant-se a observar situacions ja existents. L'existència d'una forta correlació entre variables no indiquen en cap cas una relació causal, ja que hi poden intervenir, i de fet intervenen moltes altres variables (nivell cognitiu, nivell d'autonomia, personalitat, etc.); però sí que ens aporta elements per a comprendre millor el fenomen, i obrir noves línies d'investigació per a seguir explorant com dissenyar intervencions psicosocials que s'adaptin a la diversitat de les persones grans.

7. CONCLUSIONS

Tenint en compte els efectes que la solitud té en totes les dimensions de la persona, és una prioritat que els diferents professionals, i en concret els i les TSS, revisin les seves pràctiques per tal de posar en marxa intervencions psicosocials útils i eficients per a reduir els sentiments de solitud de les persones grans institucionalitzades. A partir dels resultats d'aquesta recerca, i a mode de conclusions, s'ha donat compliment al quart objectiu específic d'elaborar un llistat de recomanacions o bones pràctiques, que serveixin de guia a l'hora de dissenyar intervencions psicosocials.

Guia breu de bones pràctiques

- ➡ Posar molta **atenció a la fase de l'ingrés**, doncs en aquests moments sovint la persona experimenta sentiments ambivalents, degut als canvis que la persona ha d'afrontar. Cal estar molt atent i oferir la contenció emocional que necessiten tant la persona com els seus familiars, per tal de facilitar l'adaptació al centre.
- ➡ Fer seguiment de cada resident, posant molta atenció al seu estat d'ànim, observant com va evolucionant, el seu nivell d'integració, el seu interès per realitzar activitats; parlant amb la persona per a saber com se sent i **donant-li espais per a què pugui expressar** els seus sentiments i emocions.
- ➡ **Fomentar les oportunitats de relació** dins el seu entorn social actual, dins de la residència. Cal buscar si a la residència hi ha persones que pugui conèixer, o altres, amb les que es preveu pugui tenir afinitat, i propiciar el contacte.
- ➡ **Donar importància a l'espai físic**, doncs té molta influència a l'hora de posar en pràctica les activitats, afavorir les relacions socials i el diàleg entre els residents i també les visites (familiars, amics, voluntaris...). Els ambients més familiars, les unitats de convivència reduïdes, sales petites, tenir fàcil accés al jardí, decoració amb mobles semblants a una llar, espais personalitzats amb les seves fotografies... són aspectes que afavoreixen el benestar i l'adaptació de la persona gran.

- ➡ **El voluntariat és un recurs molt útil**, sobretot per a les persones grans que no tenen familiars, i/o reben poques visites. El voluntariat seria el més semblant a un familiar, és algú que les acompanya de forma desinteressada i personalitzada, els pot donar el suport emocional que necessiten i afavoreix la seva autoestima.
- ➡ **Les relacions intergeneracionals** són una activitat molt positiva, doncs són un estímul per a les persones grans. Proporcionen un espai per compartir bons moments, intercanviar vivències i fomentar l'aprenentatge mutu. Aquests intercanvis són beneficiosos també als joves, doncs els dona l'oportunitat d'aprendre de l'experiència de tota una vida.
- ➡ Les **sortides fora de la residència**, són molt beneficioses per a la persona, sempre que ho desitgi; doncs la connecten amb l'exterior, li permeten trencar amb les rutines del centre i relacionar-se amb l'entorn que ha format part de la seva vida, o conèixer nous espais.
- ➡ El model de l'**ACP** ha de ser la guia per a millorar l'atenció de les persones grans institucionalitzades, també de les que pateixen deteriorament cognitiu. En aquest sentit, es convenient equilibrar les àrees per a què les persones amb demència puguin conviure amb les altres.
- ➡ En les persones grans amb demència les activitats s'han d'enfocar més a **buscar el seu benestar** que al manteniment de les seves funcions cognitives. Entre les més adequades, destaquen les activitats de reminiscència basades en el record de coses que li aportin benestar, la musicoteràpia, a través d'escoltar la música que li agradava; o l'artteràpia, en funció dels gustos de la persona, donant-los les ajudes i suports que necessiti, sempre amb un acompanyament proper i empàtic.
- ➡ **Subratllar la importància del bon tracte i els petits detalls**: per exemple un somriure, una carícia o el bon dia al matí. Sempre que sigui possible, el professional ha de tenir en compte la importància d'oferir el seu temps, acompanyar amb empatia, escoltar activament, oferir suport emocional, fent que la persona se senti valorada i estimada.
- ➡ Donar **opcions a la persona per escollir i prendre decisions**, i amb això aconseguir que augmenti la seva percepció de control i autonomia. Per exemple, l'hora d'aixecar-se al matí o anar a dormir, la forma en què vol fer la higiene, com

anar vestida, les activitats que farà, amb qui es relaciona, etc. tots aquests són elements significatius que aportaran un major benestar a la persona.

- ➡ Les **activitats són un recurs molt útil** per abordar la problemàtica de la solitud, però cal que aquestes tinguin sentit per a la persona, i aquestes tinguin suficient nivell d'autonomia per a realitzar-les. Per això, sempre s'ha de veure la persona des de les seves capacitats i fortaleces, i facilitar-li les ajudes i suports que necessiti.
- ➡ Cal **conèixer les històries de vida** de cada resident, anar-les actualitzant, doncs aquestes donen moltes pistes de com és la persona, sobre el què li agrada i el què no; i per tant, és una bona guia per personalitzar l'atenció, donar un bon tracte i introduir activitats satisfactòries i plenes de sentit.
- ➡ En el cas de les **persones amb demència** encara és més important tenir ben elaborades les històries de vida, comptant amb la col·laboració dels familiars o altres persones properes. Cal tenir bona informació sobre les seves preferències, la què va ser la seva professió, els seus interessos, hobbies, etc., doncs a partir d'aquí es podran trobar bones pistes per estimular i aportar benestar a la persona.
- ➡ Les activitats han d'estar enfocades al benestar de la persona més que a la rehabilitació o manteniment de les seves capacitats. Quan la persona realitza activitats que li resultin agradables, li generaran **emocions positives**, afavorint la seva salut, la seva autonomia i la relació amb el seu entorn; i per tant, reduiran el seu sentiment de solitud.
- ➡ Són especialment recomanables les **activitats en petit grup** que faciliten la cohesió entre residents i el sentir-se acompanyats. Els facilita sentir que formen part d'un grup, conversar o compartir. Afavoreixen les relacions entre persones, l'amistat, el diàleg... Aquest seria el cas de les xerrades en petit grup, doncs són les que més fomenten les relacions interpersonals, que es puguin formar i mantenir vincles significatius i l'ajuda mútua.

8. Referències bibliogràfiques

1. Fernández, J.L., Parapar, C., Ruíz, M. El envejecimiento de la población. LYCNOS. Fundación General CSIC. 2010.
2. Abellán, A., Ayala, A., Pérez, J., i Pujol, R. Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Indicadores estadísticos básicos. Informes Envejecimiento. No. 17, 34p. Madrid. 2018.
3. Abellán, A. I Pujol, R. Un perfil de las personas mayores en España, 2016. Indicadores estadísticos básicos, Informes Envejecimiento. No. 14. Madrid. 2016.
4. Coll-Planas, L. Solitud, suport social i participació de les persones grans des d'una perspectiva de la salut. [Tesi doctoral]. Barcelona. Universitat Autònoma de Barcelona; 2017.
5. Del Barrio, E., Castejón, P., Sancho, M. T., Tortosa, M. A., Sundström, G. I Malmberg, B. La soledad de las personas mayores en España y Suecia: Contexto y cultura. Revista Española de Geriatria y Gerontología. 2010. 45, 4, 189-195.
6. Quintero-Echeverri, Á., Villamil-Gallego, M. M., Henao-Villa, E., i Cardona-Jiménez, J. L. Diferencias en el sentimiento de soledad entre adultos institucionalizados y no institucionalizados. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2018. 36(2), 49-57.
7. Masi CM, Chen HY, Hawkey LC, Cacioppo JT. Un metaanálisis de intervenciones para reducir la soledad. Revisión de la personalidad y psicología social. 2011; 15 (3): 219-66.
8. Pinazo, S, Donio, M. La soledad de las personas mayores Conceptualización, valoración e intervención. Colección Estudios de la Fundación Pilares para la autonomía personal. N.º 5, 2018.
9. Cacioppo, J. T.; & Patrick, W. Loneliness: human nature and the need for social connection. New York London. 2009.
10. Bermejo, J.C. La soledad en los mayores. Instituto Camilianum. 2010.

11. Gené-Badia, J., Ruiz-Sánchez, M., Obiols-Masó, N., Puig, L. O., i Jiménez, E. L. Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Atención Primaria*. 2016. 48(9), 604-609.
12. Consejo General del Trabajo Social. *La especialización en Ciencias de la Salud del Trabajo Social*. 2013.
13. Organización Mundial de la Salud. *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud*. 2015.
14. Ong AD, Uchino BN, Wethington E. Loneliness and health in older adults: A mini-review and synthesis. *Gerontology*. 2016. 62:443-449.
15. Hand C, McColl MA, Birtwhistle R, Kotecha JA, Batchelor D, Barber KH. Social isolation in older adults who are frequent users of primary care services. *Can Fam Physician*. 2014. 60, 322, e324-329.
16. Sales, A., Pardo, A., Mayordomo, T., Satorres-Pons, E., i Meléndez, J. Efectos de la terapia cognitivo-conductual sobre la depresión en personas mayores institucionalizadas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2015. 20(2), 165-172.
17. Cardona, D., Estrada, A., Chavarriaga, L. M., Segura, Á. M., Ordoñez, J., i Osorio, J. J. Apoyo social dignificante del adulto mayor institucionalizado. Medellín, 2008. *Revista de salud pública*. 2010, 12, 414-424.
18. De los Reyes, V., Darretxe, L.; Alonso, MJ., Claus per a les bones pràctiques socioeducatives amb persones grans en residències. *Educació social. Revista d'intervenció socioeducativa* Núm. 67. 2017, p. 116-131.
19. Pitkala KH, Routasalo P, Kautiainen H, Tilvis RS. Efectos de la rehabilitación de grupos psicosociales sobre la salud, el uso de los servicios de atención médica y la mortalidad de las personas mayores que sufren de soledad: un ensayo aleatorizado y controlado. *Revistas de Gerontología Serie A: Ciencias Biomédicas y Ciencias Médicas*. 2011. 64 (7), 792-800.
20. Coll-Planas, L., Monteserín, R., Cob, E., i Blancafort, S. ¿Qué se está haciendo ya desde los equipos de atención primaria contra la soledad? *Atención Primaria*. 2017. 49(8), 501-502.

21. Coll-Planas, L., del Valle Gómez, G., Bonilla, P., Masat, T., Puig, T., i Monteserin, R. Promover el capital social para aliviar la soledad y mejorar la salud entre las personas mayores en el dolor. *Salud y asistencia social en la comunidad*. 2017. 25 (1), 145-157.
22. Ariza-Montes, A., Tirado-Valencia, P., i Fernández-Rodríguez, V. Valores humanos y voluntariado. Un estudio en personas mayores. *Intangible Capital*. 2017. 13(2), 253-281.
23. Wobbeking, M., Sánchez, A, Urchaga, D., Sánchez, A.I, i García, C. Intervención optimizadora del bienestar cognitivo y emocional en mayores institucionalizados: un estudio piloto. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. Revista INFAD de Psicología. 2016, 1(2), 195-206.
24. Melendez-Moral, J.C., i al. Efectos de un programa de reminiscencia en ancianos institucionalizados. *Psicothema*. 2013. vol. 25, no. 3, p. 319-324.
25. Solé., C., Mercadal-Brotons, M., Castro, M. D., i Asensio, F. M. Personas mayores con demencia institucionalizadas: efectos de la musicoterapia versus los talleres de reminiscencia-recreación. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, 2015, Vol. 2, Núm. 1.
26. Muñoz, B. Terapia asistida por animales de compañía aplicada en una residencia geriátrica en el medio rural [Tesi doctoral]. Universidad de Murcia; 2013
27. Jorquera, M. E. Arteterapia en personas adultas mayores institucionalizadas con deterioro cognitivo y demencia [Tesi doctoral]. Universidad del Desarrollo.; 2018
28. Martínez, T., Díaz-Veiga, P., Rodríguez, P. i Sancho, M. Modelo de atención centrada en la persona. Presentación de los Cuadernos prácticos. Madrid. *Informes Envejecimiento en red*, nº 12. 2015.
29. Martínez, T. La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación. Colección Estudios de la Fundación Pilares para la autonomía personal. Nº 3. 2016.
30. Rodríguez, P. La atención integral i centrada en la persona. Papeles de la Fundación Pilares para la autonomía personal. Nº, 1, 2013.

31. Martínez, T. La atención centrada en la persona. Sus aportaciones al cuidado de las personas con Alzheimer. Informes ACP Gerontología. 2015.
32. Colom, D., Gijón, M. T., Paré, M.H., Rimbau, C. Disseny de programes i recursos de suport. Barcelona. FUOC. 2014.
33. Ballestín, B. Métodos y técnicas de investigación socioeducativa. Barcelona. FUOC. 2017
34. Mateo, J., Vidal, M.C. Mètodes d'investigació en educació. Barcelona. FUOC. 2000.

9. ANNEXOS

Annex 1: Guió de la entrevista a les TSS

1. Quan de temps fa que treballes amb gent gran
2. Diferents informes afirmen que tothom pot sentir solitud en algun moment de la vida, però que la probabilitat augmenta amb l'edat. Per tant, les persones grans tenen més possibilitats de trobar-se en aquesta situació, i segons alguns estudis més encara les que estan institucionalitzades. Com definiries la solitud?
3. A què creus que és déu la major prevalença de la solitud en les persones grans institucionalitzades?
4. Com creus que la solitud influeix a les PG institucionalitzades a nivell social, emocional i en la seva salut?
5. Creus que és important identificar aquestes persones que pateixen solitud, i si és així, com ho feu?
6. Com s'intervé des del TS per donar resposta a aquesta problemàtica, per pal·liar la solitud?
7. Quin percentatge (aproximat) de PG de la residència penses que pateixen sentiments de solitud (des de moderada a alta)?
8. Com s'enfoca la programació d'activitats? A la vostra residència creus que hi ha suficients opcions?
9. Quin tipus d'activitats i/o intervencions de les que oferiu creus que ajuden més a reduir la solitud en les PG?
10. Quin percentatge de persones grans hi participa?
11. Feu activitats externes? Si és així com les valors per reduir la solitud?
12. Com valors en general el programa d'activitats de la residència per reduir el sentiment de solitud de les PG? (del 1 al 10)
13. A la vostra residència teniu programes d'acompanyament amb voluntariat. Com els valors per pal·liar la solitud? Programes amb voluntariat adult i jove (intercanvi generacional)
14. Com s'aborda la relació amb les famílies?
15. Les persones amb demència és un col·lectiu encara més vulnerable... què s'està fent, o què creus que es podria fer per millorar el seu benestar?
16. En cas que no fos qüestió de recursos, què més creus que es podria posar en pràctica per millorar/prevenir la situació de solitud?

Pots afegir qualsevol comentari o observació

Annex 2: Qüestionari a les persones grans

Sexe		Edat	
-------------	--	-------------	--

1. Quan de temps porta a la residència?

< 1 any	Entre 1 i 2 anys	Entre 3 i 4 anys	Més de 5
---------	------------------	------------------	----------

2. Participa normalment en les activitats

Mai	Poques vegades	A vegades	Sovint	Sempre
-----	----------------	-----------	--------	--------

3. Considera satisfactòries les activitats que fan a la residència

Gens	Poc	A mitges	Bastant	Molt
------	-----	----------	---------	------

4. Quin tipus d'activitats li agraden més. Alguns exemples

Conversa / debat/ compartir històries de vida..	Manualitats	Sortides externes	Passeig dins residència (jardí)	Altres
Exercicis de relaxació	Bingo /jocs taula	Cinema /TV	Reminiscència Jocs de paraules, records ...	
Gimnàstica / exercici físic, psicomotricitat	Actualitat: lectura de diaris, revistes xerrades...	Música, dansa, actuacions...	Tallers cuina, disfresses,	

5. Està satisfet de viure en una residència

Gens	Poc	Regular	Força	Molt
------	-----	---------	-------	------

6. Què creu que preocupa més a la gent gran

Salut	Família	Solitud	Diners
-------	---------	---------	--------

