



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Empresa y Comunicación

INSTITUCIONALIZACIÓN DE MAYORES: INGRESO Y ADAPTACIÓN DESDE LA ÓPTICA DE LOS FAMILIARES

Trabajo fin de grado presentado por: Cristina Domínguez Fernández
Titulación: Adaptación al Grado en Trabajo Social
Línea de investigación: Investigación Social
Director/a: M^a Mar Rodríguez Brioso

Ciudad: Albacete
CATEGORÍA TESAURO: 3.4.4. Intervención Social.

RESUMEN

Los recientes cambios sociodemográficos, basados en el envejecimiento de la población, junto con la transformación del modelo de familia, han provocado una transformación de la sociedad. De esta forma, hay un replanteamiento de la forma tradicional de atención y cuidado a las personas mayores, y las residencias de mayores han pasado a jugar un papel relevante. Con este estudio se pretende realizar una aproximación a las familias que han pasado recientemente por el ingreso de un familiar en la residencia de mayores “El Jardín” de Higuera (Albacete), buscando conocer sus opiniones y valoraciones sobre todo el proceso de ingreso y acogida. En la investigación han participado un total de nueve familiares que cumplían con los requisitos establecidos a los cuales se les ha aplicado un cuestionario a través de una entrevista. Se ha observado que, si bien, cada familia presenta sus particularidades personales, existen varios puntos que se mantienen comunes en todas las familias, por lo que con una adecuada atención a dichas necesidades se podría mejorar considerablemente la atención que reciben las familias dentro del marco de atención residencial.

Palabras clave: envejecimiento, familia, dependencia, residencias de mayores, adaptación.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
1.1. Justificación del tema	6
1.2. Planteamiento del problema	6
1.3. Objetivos	8
2. MARCO TEÓRICO	9
2.1. Envejecimiento: evolución en España y Castilla – La Mancha	9
2.1.1. Evolución de la población mayor en España.....	9
2.1.2 Dependencia en personas mayores. Enfermedades más frecuentes.	10
2.1.3 Situación económica de las personas mayores.	12
2.2. Los cambios en la familia española.....	12
2.3. Marco legislativo.....	16
2.3.1 Legislación básica. Estatal y Autonómica.	16
2.3.2. Procedimiento de acceso a las residencias públicas en Castilla – La Mancha	17
2.4. Evolución histórica de la atención residencial en España.....	17
2.4.1. Atención residencial en Castilla – La Mancha	19
2.5. Residencia de mayores “el jardín” de Higuera	20
2.6. Estrategias de comunicación y apoyo a las familias que ingresan a un familiar en la residencia.	23
3. MARCO EMPÍRICO	25
3.1. Diseño de la investigación	25
3.1.1. Tipo de investigación.....	25
3.1.2. Estrategia metodológica.....	25
3.1.3. Características del instrumento.....	26
3.1.4. Muestra escogida y modo de selección de la misma.	27
3.1.5. Recogida de datos.	31
3.2. Análisis de resultados.....	31
3.2.1. Perfil socio-demográfico de las personas ingresadas en la Residencia de Mayores “El Jardín”.....	31
3.2.2. Causas de ingreso en la Residencia de Mayores “El Jardín”.....	35
3.2.3. Fase de toma de decisiones.	36
3.2.4 Trámites administrativos y periodos de espera.	36
3.2.5. Día del ingreso.	37
3.2.6. Adaptación de la persona al ámbito residencial.	37

3.2.7. Adaptación de la familia	38
3.2.8. Relación y valoración de los profesionales de la residencia	39
3.2.6. Aspectos negativos de la atención residencial / Propuestas de mejora	40
3.3. Discusión crítica de los resultados	41
4. CONCLUSIONES	43
5. LIMITACIONES	48
6. PROSPECTIVA	49
7. BIBLIOGRAFÍA	50
7.1. Referencias bibliográficas	50
7.2. Bibliografía consultada	55
8. ANEXOS	58
ANEXO 1: Índice de tablas y gráficos	58
ANEXO 2: Protocolo de acogida	59
ANEXO 3: Ficha de seguimiento	63
ANEXO 4: Solicitud previa dirección del centro	64
ANEXO 5: Carta informativa familiares	65
ANEXO 6: Consentimiento informado	66
ANEXO 7: Cuestionario familias	67

1.INTRODUCCIÓN

En el año 2000 la FITS¹, en la Reunión General celebrada en Montreal, adoptó una nueva definición del trabajo social, que vendría a sustituir a la hasta entonces vigente, de 1982. Esta nueva definición supone una ampliación de la diversidad que se abarcaba en el desarrollo de la profesión del Trabajo Social, y fue aceptada también ese mismo año por la IASSW². La definición quedó redactada de la siguiente forma:

La profesión que promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas, y el fortalecimiento y la liberación del pueblo, para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los Derechos Humanos y la Justicia Social son fundamentales para el Trabajo Social. (FITS y AITS, 2004, p. 2)

El desempeño de la profesión del trabajo social puede realizarse en ámbitos laborales muy diversos: servicios sociales, sanidad, educación, justicia, grandes empresas, etc. Al mismo tiempo, dentro de cada ámbito, el perfil de las personas atendidas puede ser también muy amplio: personas mayores, personas con discapacidad, colectivos en riesgo de exclusión social, menores en riesgo, empleados de una determinada organización, etc. En función del área de intervención, así como del colectivo prioritario de la atención, se van a marcar unas funciones específicas del Trabajador Social.

En el caso que ocupa el presente trabajo, se realizará una investigación social sobre la actuación del trabajador social en la residencia de mayores “El Jardín” de Higuera (Albacete), de gestión pública y dependiente de la Junta de Comunidades de Castilla – La Mancha, centrado en la atención que reciben las familias de los residentes durante el proceso de ingreso y adaptación al centro. El documento técnico que establece el modo de actuación es el *Modelo Básico de Atención en Residencias para Personas Mayores*, en el cual se analiza la función del trabajador social, y además establece la existencia de un “Programa de acogida al residente y su familia, incluyendo, al menos, los aspectos relacionados con el preingreso, de bienvenida, adaptación al centro, los indicados en el Programa Integral de Atención Personalizada³ y entrega de información documentada”.

¹ Federación Internacional de Trabajadores Sociales.

² International Association of Schools of Social Work.

³ De ahora en adelante PIAP.

1.1. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

La mayor parte de los estudios e informes acerca del proceso de ingreso de personas mayores en residencias o centros sociosanitarios se centra en la figura del anciano. El proceso de integración en las actividades de la residencia y su cambio de actitud suelen protagonizar la mayoría de los protocolos existentes, dejando a un lado a la familia. De hecho, existen diversas escalas para medir y evaluar el grado de integración de la persona ingresada en la institución y muy pocas que se centren en la figura familiar.

Generalmente, la actitud de la persona mayor y sus comportamientos vienen dados por las circunstancias familiares que han provocado el ingreso en la institución. Incluso sus miedos y rechazos iniciales pueden venir provocados por los mitos y la visión cultural más común del papel de las residencias en el seno de su familia de origen, asociado hoy por hoy con comportamientos como el abandono, la dejación de funciones y la huida de la responsabilidad familiar.

A través de la observación directa en el desempeño diario de la labor como trabajadora social en una residencia de mayores, se han detectado con mucha frecuencia dificultades de las familias en la aceptación del ingreso, así como a los protocolos y procesos internos de funcionamiento del centro; por todo ello, considero esencial conocer el papel y la opinión de la familia en relación con el ingreso de la persona mayor en la residencia, haciendo especial hincapié en la situación cultural, socioeconómica y demográfica de la familia, sus actitudes respecto a la institucionalización, sus miedos, etc.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante los últimos años hemos asistido al aumento de la esperanza de vida en España generado, en su mayor medida por los avances médicos, los avances tecnológicos y la mejora de las condiciones de vida, unido a un cambio en los hábitos sanitarios de la población, así como el acceso universal al sistema sanitario.

Tomando como base los del INE⁴ en sus diferentes publicaciones, se puede observar que la previsión es que en algo menos de 30 años, la esperanza de vida al nacer aumentaría de los 81 a los casi 87 años en el caso de las mujeres, y de los 74 a los 80 en el caso de los hombres.

⁴ Instituto Nacional de Estadística.

El aumento de la esperanza de vida, unido a la disminución del índice de natalidad está generando un envejecimiento de la población, con una prospectiva de disminución del crecimiento poblacional a largo plazo. Estudiando el documento del INE *“Proyección de la población de España a largo plazo”* (2010), en el cual se analiza la previsión de la evolución de los grupos de edad en la población hasta 2049, se observa un claro aumento de la población mayor de 65 años, fenómeno conocido como “envejecimiento del envejecimiento”.

El envejecimiento de la población no es más que uno de tantos cambios ocurridos en la sociedad hodierna, puesto que hemos sido testigos de una gran transformación en los modelos de familia, dejando atrás las concepciones más tradicionales, que incluían el cuidado de las personas mayores en el seno de la familia extensa. Este aspecto será analizado detenidamente más adelante, aunque podemos anticipar los cambios más relevantes que han incidido en esta modificación en las formas de familia: incorporación de la mujer al mercado laboral, dificultad de la conciliación de la vida familiar y laboral, aumento de las necesidades económicas de las familias, aumento de las familias monoparentales/monomarentales, desplazamientos geográficos por motivos laborales, etc.

En toda esta situación social de necesidad de atención a las personas mayores, cobran gran protagonismo los centros residenciales, encargados de garantizar la cobertura de las necesidades básicas de las personas que ellos conviven. La concepción tradicional de las residencias de mayores está unida a la época de la beneficencia, donde en su mayoría tenían un corte religioso y estaban destinados a personas sin recursos económicos o sin familiares cercanos que pudieran hacerse cargo. A día de hoy, aunque a nivel teórico se ha superado este tipo de visión, así como se ha garantizado que los cuidados y atención cumplen unos indicadores de calidad; a nivel cultural y social sigue existiendo una barrera importante, la cual suele generar sentimientos de frustración y culpabilidad en los familiares que optan por recurrir a este tipo de recursos.

A lo largo de esta investigación trataremos de hacer una aproximación a la evolución de la visión de las residencias de mayores, así como de los profesionales que en ellos trabajan y los servicios que ofrecen, tomando como base para nuestro análisis la valoración de los familiares de los usuarios que ingresan, con el objetivo de solventar y reducir esa situación de incertidumbre que se produce durante el periodo de adaptación de la persona al centro.

1.3. OBJETIVOS

El objetivo general de la presente investigación es:

- Conocer la forma en que las familias afrontan el ingreso de un familiar directo en la residencia de mayores “El Jardín” de Higuera (Albacete).

Los objetivos específicos marcados son los siguientes:

1. Analizar la problemática asociada a la vejez en el actual modelo familiar.
2. Examinar las diferentes normativas de acceso a las residencias de mayores en Castilla – La Mancha.
3. Conocer el perfil sociodemográfico de los beneficiarios de la residencia objeto de esta investigación.
4. Conocer las principales causas que motivan la solicitud e ingreso de plaza residencial, tanto a nivel individual como familiar en la residencia de mayores “El Jardín” de Higuera (Albacete).
5. Obtener información de los familiares sobre sus sentimientos, miedos y necesidades durante todo el proceso de pre-ingreso, ingreso y adaptación de su familiar.
6. Conocer los apoyos profesionales que ha encontrado el familiar dentro del propio centro o los que les hubiera gustado encontrar para mejorar la adaptación.
7. Conocer la valoración que realizan los familiares de los profesionales de atención directa de la residencia.

2.MARCO TEÓRICO

2.1. ENVEJECIMIENTO: EVOLUCIÓN EN ESPAÑA Y CASTILLA – LA MANCHA.

El envejecimiento es un fenómeno complejo, asociado a múltiples factores diferentes, mucho más allá de la edad (de hecho, para la Real Academia “vejez” es “edad senil”, entre otras definiciones). Quizás la asociación más correcta sea con la degradación de la salud del individuo, lo que genera definiciones, como la de Miller (1994): “El Envejecimiento es un proceso que convierte a los adultos sanos en sujetos frágiles, con una disminución en la reserva de la mayoría de los sistemas fisiológicos y una vulnerabilidad exponencial a la mayoría de las enfermedades y a la muerte” (citado en Franco M. y Criado del Valle C., 2002. p. 13)

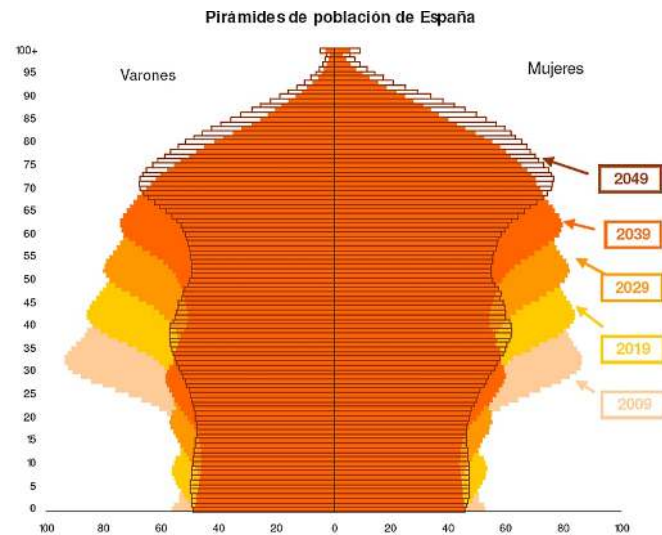
Otra definición clásica es la de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que define el envejecimiento como “el deterioro progresivo y generalizado de las funciones, que produce una pérdida de respuesta adaptativa al estrés y un mayor riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con la edad” (citado en Parapar et al. 2010, p. 17). Estas definiciones apuntan a una doble interpretación, un envejecimiento representado por los cambios de la edad y otro asociado al entorno y al estilo de vida. Incluso se habla de “envejecimiento activo”, entendiéndolo como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (OMS, 2002, p.79).

Esta breve introducción al concepto de envejecimiento se centra en una idea muy importante: el envejecimiento no es una enfermedad, pero debido a los cambios que se producen en el organismo, la probabilidad de padecer diversas patologías crece con la edad.

2.1.1. Evolución de la población mayor en España

Actualmente, la población española de más de 65 años ya supera los 7 millones de personas, lo que supone un 17% del total de la población. Un dato claro de que se está asistiendo a lo que muchos expertos como Bazo (1992) han denominado como “envejecimiento del envejecimiento” (p.80) es que un 27% de esos 7 millones de personas, superan ya los 80 años. Además, teniendo en cuenta la previsión del INE para los próximos años, esta situación irá en aumento, ya que se calcula que para el año 2050 prácticamente se duplique la población mayor, alcanzando el 30% del total.

En la imagen adjunta se puede ver gráficamente la previsión de la evolución de la pirámide poblacional para los próximos años según la estimación del INE.

Gráfico 1: Previsión de la evolución de la población.

Esta evolución del colectivo de personas mayores en España, no se desmarca de la previsión existente para la Unión Europea. Zaidi (2008) realiza una previsión de la evolución desde 1950 hasta el año 2050, y la prospectiva que presenta es que la población de más de 65 años alcanzará el 30% de la población total, igual que ocurría en el caso de España.

Es interesante además analizar las diferencias existentes por sexos. Siguiendo los diferentes estudios de Abellán et. Al (2012, 2013, 2013b) podemos afirmar que la vejez está claramente feminizada, existiendo un 34% más de mujeres que hombres mayores de 65 años, dato que se dispara llegando al 78% en los mayores de 80 años. Lo realmente interesante de este dato es que en realidad son más los hombres que nacen, alcanzándose el equilibrio entre sexos alrededor de los 50 años.

2.1.2 Dependencia en personas mayores. Enfermedades más frecuentes.

Es un hecho, que a medida que aumenta la edad de las personas, la probabilidad de sufrir algún tipo de enfermedad aumenta también proporcionalmente, aunque hay que tener presente, como apunta Collado (1989), que existen otros factores que también inciden en la aparición de enfermedades, como son los factores ambientales (género, tipo de alimentación, entorno, etc.).

Debido a la mayor esperanza de vida de las mujeres, es en este colectivo en el que se advierte un mayor número de personas con algún tipo de enfermedad. Además, las mujeres también presentan un peor estado de salud subjetivo, así únicamente el 33,1%

perciben su salud como buena o muy buena, mientras que en caso de los hombres se alcanzan cifras que superan el 48%. (Abellán, A, & Ayala, A. 2012).

En la actualidad, según Sempere y Cavas (2007), se está asistiendo a un aumento del número de personas que precisan algún tipo de apoyo para la realización de las actividades básicas de la vida diaria⁵. Esta situación está generando que diversos autores cataloguen como un riesgo de la población mayor la necesidad de cuidados.

Las patologías que aparecen más temprano en las personas mayores, son las de carácter sensitivo, principalmente auditivas y visuales; así como la reducción de la movilidad, mayormente en lo relacionado con las salidas al exterior del domicilio. La combinación de estos factores: problemas auditivos que impiden la correcta comunicación, problemas de visión que dificultan el entendimiento de documentos, unido a la incapacidad de salir del domicilio si no es acompañado, provocan sentimientos de aislamiento y soledad en los ancianos.

No se puede hablar de personas mayores sin hablar de demencia, que la OMS (2012) la define como “síndrome que implica el deterioro de la memoria, el intelecto, el comportamiento y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria” (párr.1.) La demencia posee una prevalencia progresiva a medida que va aumentando la edad de las personas, siendo un 7% para personas mayores de 65 años, y aumentando hasta el 25% cuando se habla de personas de más de 80 años. (Prieto, Calcerrada y Calvo, n.d.)

Además, también hay que tener en cuenta que el aumento de la edad se constituye como el factor de riesgo más importante, de carácter no modificable, para padecer un accidente cerebrovascular (Rojas, Zurru, Romano, Patrucco, y Cristiano, 2007), y las secuelas que se pueden producir en las personas son de muy diferente índoles, pero están caracterizadas principalmente por el aumento de la necesidad de cuidados por terceras personas.

Otro aspecto importante es la dependencia para las ABVD, que se caracteriza por la necesidad de una tercera persona para la realización de alguna actividad de día a día, como son: comer, vestirse, asearse, deambular por el propio domicilio, usar el baño, etc. (Otero, Zunzunegui, Rodríguez-Laso, Aguilar & Lázaro 2004) presentándose una relación directamente proporcional entre el aumento de edad de las personas y el aumento de la situación de dependencia.

⁵ De ahora en adelante ABVD.

2.1.3 Situación económica de las personas mayores.

La mayor parte de las personas mayores son perceptoras de algún tipo de prestación económica del sistema público de pensiones, bien como titulares directos, o a través del cónyuge. La pensión más común entre los mayores españoles está dentro del régimen general, siendo la de jubilación la más extendida, seguidas de las de viudedad. En noviembre de 2013 existían en activo más de 9 millones de pensiones del Sistema General de la Seguridad Social.

Aunque en los últimos diez años se ha asistido a un aumento considerable de las pensiones mínimas, la pensión media se situaba el año pasado en unos 860 euros, cantidad que se muestra insuficiente muchas veces cuando el anciano presenta necesidades excepcionales de cuidados. Aún así, su riesgo de pobreza se sitúa en 12,2 puntos, presentando una mejor posición que la media española. Este aspecto, aunque podría parecer positivo, según analizan Abellán y Pujol (2013), no es más que el resultado del empeoramiento general de la situación económica de las familias españolas.

La baja cuantía de las pensiones, unida a la precariedad económica de las familias, hace si cabe aún más necesaria la cobertura de las necesidades de los mayores por parte de los poderes públicos. Bien a través de una prestación directa o a través de convenios con entidades privadas, garantizando así que, cuando las personas debido a su estado de dependencia⁶ no pueden ser atendidas en su entorno más cercano, puedan acudir a un recurso de tipo residencial que sí pueda cubrir dichas necesidades.

2.2. LOS CAMBIOS EN LA FAMILIA ESPAÑOLA.

Es fundamental, antes de adentrarse en los cambios de las familias, saber qué es lo que se entiende por familia, ya que existe una gran divergencia entre autores. Por ejemplo, para Alberdi (1997), “la familia es una idea abstracta que construimos a partir de las relaciones básicas de consanguinidad y de afinidad que vinculan a unos y otros individuos y que constituye la base fundamental del orden social” (p. 73), dando cabida a todo tipo de familias, y no únicamente a las concebidas como más tradicionales (familia nuclear, familia extensa, etc.).

⁶ Ley 39/2006. Artículo 2.2. “Dependencia el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”.

Entre las funciones principales de las familias, según autores como Boada y Pastor, Misutu, Román y Gracia; y Hurlock (citados en Maganto, 1994) encontramos las siguientes: “sexual, reproductiva, económica y educativa” (p.48). Para la actual investigación, es más interesante agruparlas por el objetivo final que persiguen, como hizo Minuchin (1982), encontrando dos opciones: lo primero que busca la familia es la protección de sus miembros más débiles, y lo segundo la impregnación de la cultura y costumbres propias, con el objetivo de que vaya fluyendo de generación en generación.

En relación a la función protectora de la familia, principalmente en lo referido a la protección de adultos y no de menores, esta se pone en marcha cuando todos los demás fracasan. La familia sustituye a las políticas públicas o las complementa, permitiendo al individuo "amortiguar los riesgos del mercado de trabajo y de la desprotección social" (Fundación Foessa, 2008, p. 186). De hecho, es un fenómeno habitual que muchas personas de más de 40 años vuelvan al hogar familiar para evitar el riesgo de pobreza económica y de exclusión social o que la edad de emancipación de los jóvenes se haya retrasado, alcanzando casi los 30 años sin abandonar el hogar familiar. (Calvo, 2002; Moreno et al, 2012)

Esta función protectora de la familia, se incluye dentro de la propia relación familiar en las llamadas normas de solidaridad. Dichas normas incluyen que los padres deben mantener a los hijos si estos tienen problemas económicos, así como éstos deben ser los que en un futuro deben cuidar de sus padres cuando estos sean mayores y precisen de apoyos.

Como refleja Huenchuan (2009), la responsabilidad de los cuidados de las personas mayores, históricamente, ha recaído sobre las mujeres, las cuales, se han visto inmersas en una espiral de cambios en los últimos años. Estos cambios no se han visto acompañados, en la mayoría de los casos, por el reparto equitativo de las responsabilidades que poseía las mujeres en el seno familiar. En el actual modelo político, nos encontramos con dos sistemas encargados de los cuidados de las personas mayores: el sistema familiar y el sistema público, siendo muy complicado conocer donde empieza y acaba la responsabilidad de cada uno de los dos sistemas.

Según los últimos datos del CSIC (Abellán, Vilches & Pujol, 2013), el perfil de cuidador sigue siendo mayoritariamente femenino. En el caso de los hombres, más del 38% son cuidados por sus cónyuges y el 21% por sus hijas, siendo únicamente un 5% el porcentaje de hijos que cuidan de ellos. En la situación de que sea la mujer la que

necesita cuidados, sus hijas se los proporcionan en el 35% de los casos, mientras que sus cónyuges e hijos solo en el 12% y 8% respectivamente.

A nivel legal, esta responsabilidad de cuidados viene recogida tanto en el Código Civil⁷ como en el Código Penal. Primeramente, el C.C. en su artículo 142 y siguientes recoge la obligación del deber de alimentos entre familiares, obviamente este “deber de alimentos” engloba todos aquellos aspectos necesarios para garantizar la integridad de la persona (manutención, alojamiento, educación, asistencia, vestido, etc.). Por otro lado, el Código Penal señala en su artículo 226.1 que incluso puede llegar a existir pena de prisión para aquellos que incumplan dicha obligación. Tradicionalmente, estas obligaciones se han entendido unidireccionalmente de padres a hijos, pero deben ser consideradas como bidireccionales, ya que en el artículo 143.2 del C.C. establece de forma general que “Están obligados recíprocamente a darse alimentos en toda la extensión que señala el artículo precedente: (...); 2º Los ascendientes y descendientes”.

La trayectoria política y social del Estado Español (con elementos estructurales tan marcados como su carácter religioso, el paternalismo estatal o su modelo tradicional patriarcal) hace que la protección social ante las necesidades se vaya construyendo de manera subsidiaria a la respuesta familiar, es decir, que únicamente interviene cuando fallan todos los demás sistemas de protección (familiar, laboral, económico, etc.). Esta tendencia ha ido evolucionando a la par que el papel tradicional de la mujer, que parte de la permanencia de la mujer en el ámbito doméstico, para realización de las tareas del hogar, cuidado de los descendientes y ascendientes (siendo el hombre el responsable de actuar en el mundo laboral y aportar sustento económico a la familia), y que ha cambiado con la incorporación de la mujer al mercado laboral y el cambio de sus funciones tradicionales (Jiménez, 2011; Flecha, 2002)

En las últimas décadas, hemos asistido a grandes modificaciones en la estructura tradicional familiar, que han debilitado la función protectora y de cuidados por parte de las redes familiares, debido principalmente a (Alberdi, 1997; Aguilar Serrano et al, 2005):

- Inestabilidad matrimonial, con un cambio social originado en los años ochenta con la ley del divorcio de 1981.
- Problemas laborales, incrementados con la crisis económica de los últimos años, que ha elevado el nivel de desempleo desde una tasa del 9% a tasas superiores al 25%. (INE, 2014)

⁷De ahora en adelante se nombrará el Código Civil como C.C.

- Cambios en el sistema de convivencia y aparición de nuevos tipos de familias: adopciones, matrimonio homosexual, familias reconstruidas, etc.
- Incorporación de la mujer al mundo laboral y profesional, con datos tan reveladores como que actualmente más del 50% del alumnado universitario son mujeres.
- Dificultad para la conciliación de la vida familiar y personal, dado que la mujer se ve “obligada” a unir sus dos ámbitos: el más privado y tradicional, relacionado con su función afectivo-familiar; y el público procedente de su función profesional como trabajadora.
- Envejecimiento de la población.

Los cambios en las sociedades afectan también a las propias familias que en ellas viven. Así con el paso a la postindustrialización se pasó a unas familias menos numerosas, en las que generalmente convivía un único núcleo, frente al modelo existente anteriormente en el que era común la convivencia de varias generaciones en un mismo domicilio (Valero, 1995). Esto unido a los cambios anteriormente señalados que se están produciendo en las familias está provocando la proliferación de otro tipo de familias como las familias unipersonales, que podrían responder a jóvenes emancipados, personas divorciada/separada o personas mayores de 65 años que viven solas. Este último grupo presenta una alta tendencia a seguir aumentando en los próximos años (INE, 2004). Otro tipo de familia que también ha aumentado sería la denominada mononuclear, que engloba concepciones tan diversas como matrimonio con hijos, matrimonio sin hijos y familias monoparentales /monomarentales; cobrando cada vez más importancia estas dos últimas.

Quizá, como refieren Bover & Gastaldo (2005, p. 9-10) se está asistiendo a una “crisis de los cuidados”, que puede ser el origen del aumento de la institucionalización de las personas mayores, a través de esos cambios familiares que se han descrito. Cuando la familia no sabe, no puede o incluso no quiere mantener a un mayor, entra en juego la función protectora pública, siendo la reacción familiar inicial ante la institucionalización lo que se pretende describir.

2.3. MARCO LEGISLATIVO

2.3.1 Legislación básica. Estatal y Autonómica.

La atención a las personas mayores es una prioridad de la agenda política desde hace muchos años, como así se manifiesta ya en la Constitución Española de 1978, donde en su artículo 50 se recoge que:

“Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio”.

Además con la aprobación en el año 2006 de la Ley de Promoción de la Autonomía Persona y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, se dio un importante giro a la asistencia que se venía prestando hasta ese momento, ya que se garantiza mediante un derecho objetivo la atención a las personas en situación de dependencia. Teniendo en cuenta, que como ya se ha comentado anteriormente, debido al aumento de la esperanza de vida, las personas mayores poseen una gran probabilidad de presentar algún grado de dependencia, con la aprobación de esta ley, se garantiza que sus necesidades serán cubiertas por los poderes públicos, a través de un catálogo de servicios y prestaciones, entre los cuales se incluye la atención residencial de carácter permanente.

A nivel autonómico, en el año 2010 Castilla – La Mancha aprobó su nueva Ley de Servicios Sociales, enmarcada dentro de las denominadas de segunda generación, que engloba todas aquellas leyes que han ido aprobando las comunidades autónomas, que suponen un claro avance, tanto en conceptos como en metodología de trabajo, desde la transferencia de las competencias.

En el artículo 37.1.g) se recoge el objetivo de la atención residencial “atender a las personas que no disponen de alojamiento, o que teniéndolo, carecen de los apoyos necesarios para permanecer en él en condiciones adecuadas de convivencia y seguridad. [...] Esta prestación se garantizará a aquellas personas que tengan reconocida la situación de dependencia y se haya prescrito en el Programa Individual de Atención [...]”

2.3.2. Procedimiento de acceso a las residencias públicas en Castilla – La Mancha

En la actualidad, el procedimiento de acceso a las plazas de carácter público en Castilla – La Mancha, aunque está regulado por el Decreto 186/2010, en realidad se encuentra condicionado al reconocimiento previo de un grado de dependencia así como a la elaboración del Programa Individual de Atención⁸ correspondiente, en el cual se determine que la prestación más adecuada para cubrir las necesidades de la persona sea la atención residencial de carácter permanente.

Una vez se han reconocidos el grado y el PIA correspondiente, la persona se incorpora a la lista de espera de residencias pública, en base a una preferencia sobre los centros que la propia persona (o su familia en defecto) establece.

La comunicación oficial de concesión de plaza se realiza desde los servicios periféricos de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de la provincia correspondiente, que contactan con la familia e informan de la residencia concedida, así como de los plazos de incorporación a la misma.

Este proceso de acceso, es la mayoría de las veces tedioso y largo, lo que desanima y frustra a las familias a lo largo del procedimiento, generando en ellos más sentimientos de angustia y necesidad; es por ello que se considera también preciso conocer el tiempo aproximado que transcurrió desde la solicitud y la concesión de la plaza, y como afrontó la propia persona y su familia dichas situaciones.

2.4. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA ATENCIÓN RESIDENCIAL EN ESPAÑA

Históricamente, según Elizari et al (1997) la concepción de la atención residencial ha estado unida a una idea benéfico-asistencial de atención a personas en situación de desprotección social (ancianos, discapacitados, menores en desamparo, etc.). Con el paso del tiempo, se ha buscado un nuevo modelo de atención a las personas mayores que garantice además de la cobertura de sus necesidades básicas de alojamiento y

⁸ Ley 39/2006, Artículo 29.1 “En el marco del procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia y las prestaciones correspondientes, los servicios sociales correspondientes del sistema público establecerán un programa individual de atención en el que se determinarán las modalidades de intervención más adecuadas a sus necesidades de entre los servicios y prestaciones económicas previstos en la resolución para su grado, con la participación, previa consulta y, en su caso, elección entre las alternativas propuestas por parte del beneficiario y, en su caso, de su familia o entidades tutelares que le representen”. De ahora en adelante se nombrará como PIA.

manutención, otros estándares de calidad como es la participación y plena integración en el centro. (Consejería de Salud y Bienestar social de Castilla - La Mancha, 2012)

La atención a las personas mayores ha cobrado gran protagonismo en los últimos años, debido a las necesidades que este colectivo presenta (analizadas en los puntos anteriores), es por ello que las administraciones públicas han aumentado el número de plazas disponibles, bien con la creación de nuevos centros, o principalmente a través del concierto con entidades privadas. Por su parte, las entidades privadas, conscientes de la situación de necesidad que presentan las familias españolas en cuanto a la situación de dependencia de las personas mayores, han encontrado en la atención residencial un yacimiento de negocio, por lo que también se han visto incrementando tanto el número de centros como el de plazas disponibles.

Tomando como base los datos del IMSERSO (2012), en los que se analiza el aumento del número de plazas desde 2001 a 2011, refiere que se ha producido un aumento de más de un 35% del número de plazas disponibles, teniendo en cuenta que las que mayor crecimiento han experimentado serían las plazas concertadas con entidades privadas. Habría que diferenciar entre la diferente naturaleza de la plazas, puesto que podemos encontrar plazas en centros públicos, plazas en centros privadas, y una modalidad mixta, que serían plazas de gestión pública en centros privados. La distribución del número de plazas dentro de cada tipología quedaría reflejada del siguiente modo:

- Plazas en centros públicos: 25%
- Plazas de gestión pública en centros privados: 29%
- Plazas en centros privados: 46%

Con estos datos, se observa que únicamente uno de cada cuatro centros es de titularidad pública, aunque a través de la fórmula de concierto, más de 50% de las plazas existentes tienen carácter público.

El número de plazas residenciales existentes es importante, pero para poder analizarlo correctamente, es necesario contrastarlo con el índice de cobertura⁹, que según la OMS, sería de 5 plazas residenciales por cada 100 personas de más de 65 años; siendo Castilla – León la comunidad autónoma que mayor índice tiene, seguida por Castilla – La Mancha.

⁹Relación entre número de plazas en residencias y personas mayores de 65 años.

2.4.1. Atención residencial en Castilla – La Mancha

Actualmente, según los datos del CSIC, reflejado en su publicación “Envejecimiento en Red” (2014) a 31 de diciembre de 2013, en la Comunidad Autónoma de Castilla – La Mancha cuenta con más de 26.000 plazas de atención residencial¹⁰ para personas mayores, sumando plazas públicas, privadas y concertadas.

Tabla 1: Plazas de atención residencial para personas mayores en Castilla – La Mancha.

PROVINCIA	TOTAL PLAZAS	TOTAL CENTROS	RATIO POBL/PLAZAS	TAMAÑO	N. TOTAL CENTROS	Nº TOTAL DE PLAZAS
ALBACETE	3.489	48	4,86%	< 25	10	108
				25-49	12	467
				50-99	11	724
				> 100	13	2.190
CIUDAD REAL	5.908	108	6,05%	< 25	48	491
				25-49	19	697
				50-99	18	1.333
				> 100	23	3.387
CUENCA	3.594	102	7,53%	< 25	64	613
				25-49	11	396
				50-99	16	1.112
				> 100	11	1.473
GUADALAJARA	4.187	79	10,92%	< 25	38	426
				25-49	9	275
				50-99	11	735
				> 100	20	2.751
TOLEDO	9.166	153	7,86%	< 25	33	251
				25-49	50	1.792
				50-99	45	3.434
				> 100	23	3.419
TOTAL CLM	26.344	490	7,08%	< 25	193	2.159
				25-49	101	3.627
				50-99	101	7.338
				> 100	90	13.220

Fuente: Elaboración propia

¹⁰Dentro de este concepto se engloban tanto las plazas de residencias de mayores como las de Viviendas de Tuteladas. Entendemos por vivienda tutelada un recurso de carácter residencial para personas mayores activas, que incorporan ciertos servicios tanto domésticos como asistenciales, dirigidos principalmente a personas independientes para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Suelen tener un tamaño reducido, menos de 25 plazas, y se encuentran en el entorno rural principalmente, con lo que tiene un doble objetivo, por un lado garantizar la correcta atención a las personas mayores, y por otro mantener los vínculos con el entorno socio-comunitario más cercano.

En la Tabla 1 se detallan el número de plazas existentes en cada una de las provincias, así como los centros, clasificados según su tamaño.

Es interesante, ver como predominan los centros de menos de 25 plazas, frente a los mayores, aunque como es obvio, estos concentran un menor número de plazas que los restantes tipos de centro.

Otro aspecto muy interesante es el comentado ya en el punto anterior, el índice de cobertura, o ratio de habitantes por plaza. Como se había comentado anteriormente, y ahora se contrasta con los datos, Castilla – La Mancha está por encima del ratio marcado por la OMS, estando únicamente por debajo la provincia de Albacete. A nivel estatal, las cinco provincias de Castilla – La Mancha están por encima de la media española, que se sitúa en 4,22%.

2.5. RESIDENCIA DE MAYORES “EL JARDÍN” DE HIGUERUELA

La Residencia de Mayores “El Jardín” se encuentra en el municipio albaceteño de Higuera, siendo el titular de la misma la Junta de Comunidades de Castilla – La Mancha, que lo gestiona a través de los Servicios Periféricos de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de la provincia. Para la prestación de determinados servicios, la administración suscribe un contrato con una empresa privada a través de concurso público, que será la responsable de la gestión de servicios como limpieza, mantenimiento, lavandería, cocina, consejería y auxiliares sanitarios.

La residencia se inauguró el 15 de noviembre de 2006, y cuenta con un total de 56 plazas, 24 de ellas en habitaciones individuales y 16 habitaciones dobles. Además cuenta con 10 plazas de Servicio de Estancias Diurnas¹¹ que permanecen en el centro de 8:30 a 18:00 integrándose en la actividad normal de la residencia.

En cuanto al perfil de las personas atendidas en la residencia, tomando como base los datos cuantitativos más representativos recogidos en la Memoria 2013 de la residencia de mayores “El Jardín”, podemos decir que es el siguiente:

- Durante el año 2013, estuvieron ingresados un total de 64 residentes; realizándose un total de 10 ingresos. De estas personas, 6 provenían de su domicilio y las otras 4 fueron trasladados desde otra residencia.
- La proporción entre sexos es de 56,25% de mujeres (36), frente al 43,75% de hombres (28).

¹¹ De ahora en adelante SED.

*INSTITUCIONALIZACIÓN DE MAYORES: INGRESO
Y ADAPTACIÓN DESDE LA ÓPTICA DE LOS FAMILIARES.*

- En cuanto a la situación de dependencia, 40 personas están reconocidas con un Grado III de dependencia, y 22 con un Grado II. Únicamente 2 residentes no poseen ningún grado de dependencia, y su ingreso en residencia se debe otros motivos (urgencia social o acompañante).
- La distribución por edades de las personas que estuvieron ingresadas en 2013 es la siguiente:

Tabla 2: Distribución por edades de las personas ingresadas en la residencia “El Jardín”. Año 2013.

Edad	Hombres	Mujeres
Menores de 60	1	0
De 60 a 64	1	0
De 64 a 69	0	0
De 70 a 74	2	0
De 75 a 79	6	4
Más de 80	18	32

Fuente: Elaboración propia.

Al tratarse de un centro público dependiente de la administración autonómica, es ésta la responsable de marcar los ratios de los diferentes profesionales con los que debe contar la residencia. El número de profesionales es el siguiente:

- Responsable de Centro: 1
- Auxiliar Administrativo: 1
- Trabajadora Social: ½
- Psicólogo: ½
- Médico: 1
- Fisioterapeuta: 1
- Terapeuta ocupacional: 1
- Enfermeros/as: 6, en turnos de mañana, tarde y noche
- Coordinadora de servicios externos: 1
- Auxiliares sanitarios: 6 de mañana, 5 de tarde, 2 de noche y 1 de SED.

- Además la residencia cuenta con personal de limpieza, lavandería, cocina, recepción y mantenimiento.

El funcionamiento de la residencia se fundamenta en los objetivos y compromisos de calidad recogidos en la Carta Marco de Servicios de Residencias para Mayores de Castilla – La Mancha, aprobada por Resolución de 29/11/2010, así como en la propia Carta de Servicios de la Residencia “El Jardín”. Además, la Consejería aprobó el “Modelo básico de atención en Residencias para personas mayores”, como respuesta a uno de los objetivos operativos del II Plan de Atención a Personas Mayores en Castilla – La Mancha Horizonte 2011.

En este último manual se recogen, entre muchas otras cuestiones, lo relativo a la participación en los centros:

- ✓ Participación en la atención individualizada (página 57): se incide en la necesidad de que tanto la persona como sus familiares dispongan de la información necesaria y participen en el planteamiento y desarrollo, tanto del PIAP, como de otras cuestiones relevantes para el trato con la persona.
- ✓ Órganos y dispositivos de participación en el centro (página 59 y siguientes): entre los que distinguimos el Consejo de Participación y las Comisiones de participación específicas, entre las que encontramos:
 - a. Comisión de Alimentación – nutrición y de servicio de comedor
 - b. Comisión de acogida de residentes
 - c. Comisión de animación socio-cultural

Aunque se refleja que estas tres comisiones están dirigidas tanto a la participación de familiares como residentes, la realidad es que únicamente están formadas por residentes, que se van renovando con una periodicidad anual mediante votación en la Asamblea General.

En el ámbito concreto que se abarca en este estudio, la adaptación de un nuevo residente; esta persona es acogida por los miembros de la comisión pertinente, cuya función es “servir de punto de referencia al que ingresa por primera vez en el centro sirviéndole de cauce y apoyo en su proceso de integración” (Página 60); favoreciendo así su integración en el nuevo entorno, quedando en parte olvidado de este proceso la familia.

En relación a la familia, al ingreso se determina un “familiar de referencia”, el cual será la vía de comunicación entre residencia y familia, centralizando esta persona toda la información que se transmitirá. Este familiar de referencia, suele corresponderse con un familiar directo del residente, entendiendo por familiar directo aquel que mantiene un grado de consanguinidad o afinidad con la persona que ingresa. Normalmente los familiares de referencia se suelen corresponder con el primer grado de consanguinidad o afinidad (hijos/as, cónyuges), aunque no es nada extraño que existan familiares de hasta tercer grado, como es el caso de los sobrinos/as, o incluso primos (cuarto grado).

2.6. ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN Y APOYO A LAS FAMILIAS QUE INGRESAN A UN FAMILIAR EN LA RESIDENCIA.

El ingreso de un familiar en una residencia es vivido por muchas de las familias como una carga emocional, planteándose miedos e incertidumbres hacia el nuevo hogar de su ser querido, por ello es fundamental que desde el primer momento se mantenga una comunicación fluida con la familia, y hacer a esta conocedora del funcionamiento de la residencia.

Hay autores como Barenys (1990) y Leturia (2007), que afirman que el hecho de que los mayores, una vez institucionalizados, mantengan una buena relación con sus familiares y amigos, ya sea a través de visitas o llamadas, mejora notablemente su calidad de vida, reduciendo la sensación de ruptura con el entorno socio-comunitario relacionado con su forma de vida con anterioridad al ingreso.

Es importante, para el buen funcionamiento de las organizaciones, que exista un profesional que sea el responsable de la función de comunicación (Uceda i Maza, 2013), en este caso con las familias de las personas que han ingresado en la residencia. Esta función (aunque no definida en los términos descritos), en las residencias públicas de Castilla – La Mancha está asignada a los trabajadores sociales. En el manual de funcionamiento de la residencia, se refleja que, entre otras, que dos de las funciones de la trabajadora social serán:

- “Programa de atención social con actividades de información, asesoramiento, seguimiento de casos, participación, voluntariado, relaciones sociales y familiares.”
- “Protocolo de acogida en la residencia con actividades de acogida e integración”.

El Protocolo de acogida del residente (ver Anexo 2) es un documento interno propio de la residencia “El Jardín”, aprobado en consenso por el equipo técnico del centro, en cual se van detallando los pasos a seguir por los diferentes profesionales durante el preingreso, ingreso y periodo de adaptación del residente. En la última fase, el periodo de adaptación, se detalla que la trabajadora social, en coordinación con el resto de profesionales, realizará un seguimiento semanal de los aspectos más relevantes en cuanto a la adaptación en una “Ficha de Seguimiento” (ver Anexo 3). Se recogen aspectos en relación al estado de ánimo, la adaptación al funcionamiento del centro, valoración de la familia, valoración de los propios profesionales, etc.

El periodo de adaptación finaliza con la realización del PIAP del residente dentro de los 40 primeros días de estancia en la residencia, en el cual se plasman los objetivos que se marca cada uno de los profesionales del centro para trabajar con la persona en el plazo máximo de un año. Este PIAP debe ser facilitado y explicado o a la persona residente si goza de capacidades cognitivas para comprenderlo o, en su defecto, a sus familiares cercanos, pudiendo realizar las propuestas de intervención que consideren más oportunas.

Aunque la familia forma parte de este proceso de adaptación, y se tiene en cuenta su valoración sobre la adaptación del residente, así como se le informa del PIAP realizado por los diferentes profesionales, quizá no se le dé la oportunidad de participar activamente en todo el proceso de adaptación e integración, y puesto que podría ser muy interesante conocer con más detalle sus sentimientos y miedos durante esta fase se plantea esta investigación.

3.MARCO EMPÍRICO

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1. Tipo de investigación.

Se ha realizado una investigación de carácter cualitativo, basada en la recogida de datos a través de entrevistas presenciales y el posterior análisis de las grabaciones de las mismas, realizadas a las familias que han prestado su consentimiento para participar en el estudio. Para que el estudio pudiera gozar de validez se han tenido en cuenta ciertas consideraciones éticas previas:

- Solicitud previa a la dirección del centro del permiso pertinente para la realización de las entrevistas a los familiares (Anexo 4).
- Entrega de documentación informativa en relación a los objetivos de la investigación, así como el alcance de la participación. (Anexo 5).
- Firma del documento de Consentimiento informado, aceptando la participación en el estudio (Anexo 6).
- Garantía del anonimato de las familias participantes.
- Se ha facilitado un espacio adecuado para la realización de las entrevistas, y la recogida de datos se ha realizado mediante grabación de las entrevistas, para garantizar la objetividad de los datos recogidos.
- Revisión externa del cuestionario solicitando la validación de las preguntas desde una perspectiva ética.

Además se ha realizado un estudio cuantitativo de fuentes secundarias, tanto de los datos recogidos en la Memoria del año 2013 de la propia residencia como en los datos proporcionados por el sistema informático utilizado en las residencias de Castilla – La Mancha, k-sas; todo ello para dar respuesta al objetivo específico número 3.

3.1.2. Estrategia metodológica.

La investigación cualitativa se ha realizado a través de una entrevista individual estructurada a los familiares de los residentes previamente seleccionados en base a unos criterios marcados en el muestreo.

La estrategia metodológica se realizó en dos fases:

- Fase inicial. Al familiar seleccionado se le explica el objetivo del estudio, el tipo de entrevista a realizar y las condiciones de confidencialidad de la información que se vaya a transmitir. En dicho momento y si acepta participar,

firma el documento de consentimiento y se le explica con detalle la duración y formato de la entrevista.

- Fase de entrevista. Una vez notificado al familiar el día y hora, se realiza la entrevista y se procede a su grabación.

Para la realización de la entrevista, se buscó un lugar neutro, un despacho cedido por el Ayuntamiento del municipio, para así reducir los sesgos e interferencias emocionales que podrían darse de realizar la entrevista dentro de la residencia.

La duración de las entrevistas se estableció en un máximo de 30 minutos, y fueron grabadas para garantizar la objetividad de los datos recogidos. La grabación se realizó previo consentimiento del familiar entrevistado.

La investigación cuantitativa se ha basado en la interpretación de los datos reflejados en la Memoria anual de la residencia, en comparativa con los estudios previos plasmados en el marco teórico del presente trabajo, con el objetivo de obtener conclusiones que permitan una mayor asimilación del perfil atendido y las posibles necesidades. Además se han obtenido los datos estadísticos del sistema informático k-sas relativos a todos los residentes ingresados en la residencia.

3.1.3. Características del instrumento.

Para la investigación cualitativa, se ha elaborado un cuestionario de preguntas cerradas y respuestas abiertas para aplicar en la entrevista con los familiares (Anexo 7).

El cuestionario ha sido validado por cuatro expertos que han aportado ideas y propuestas de mejora. Los expertos son:

- RG. Médico, experto en atención al usuario en organizaciones socio-sanitarias.
- SF. Enfermero, experto en investigación cualitativa.
- AG. Experto en investigación cualitativa, profesor asociado de universidad.
- ET. Trabajadora social zona PRAS¹².

Durante la realización de la entrevista, se iban planteando las diferentes preguntas recogidas en el cuestionario, y se permitía a la persona responder libremente; no

¹²Programa Regional de Acción Social: mecanismo de prestación de servicios sociales de atención primaria en la comunidad de Castilla – La Mancha, en el medio rural, dirigido a municipios de menos de 5.000 habitantes, los cuales se agrupan hasta un máximo de 7.000 habitantes y se asigna un/a trabajador/a social que se desplazará entre los diferentes municipios.

obstante, para evitar superar en exceso el tiempo asignado, la entrevista fue dirigida reconduciendo los temas a las preguntas del cuestionario.

La entrevista está estructurada en cuatro bloques temáticos: toma de decisiones, preingreso, ingreso y periodo de adaptación y acogida. En cada uno de ellos se busca obtener información sobre los aspectos más relevantes en cuanto a la percepción de la familia, así como sus valoraciones para dar respuesta a los objetivos planteados en la investigación (Anexo 7).

Los datos cuantitativos analizados se encuentran recogidos en la Memoria anual elaborada por la residencia, así como en el sistema informático utilizado, k-sas. Las variables que se van a tener en cuenta será la edad de las personas ingresadas, sexo, estado civil, grado de dependencia, procedencia al ingreso e incapacitación judicial. Además de los residentes, cuyos familiares han participado en la investigación se han obtenido otros datos que se han considerado importantes como son: número de hijos, tiempo ingresado en la residencia, forma de deambulaci3n, valoraci3n de GDS y Barthel (posteriormente se explicar3 que mide cada una de estas escalas).

3.1.4. Muestra escogida y modo de selecci3n de la misma.

Respecto del muestreo utilizado, se ha seguido una estrategia del tipo “muestreo te3rico” (Flick, 2004) que no define de antemano el n3mero de personas a entrevistar. En este modelo, dicho n3mero se decide durante el proceso de recogida de datos y evoluciona mientras se desarrolla el trabajo de campo. En este caso, el n3mero final de personas entrevistadas se encuentran dentro del rango que proponen Onwuegbuzie y Leech (2007), que proponen un n3mero inicial entre 6 y 20 personas.

La muestra total de personas que cumpl3an los requisitos marcados era de 12 personas, de las cuales 3 rechazaron participar en la investigaci3n, dos de ellas alegando disponibilidad limitada y falta de tiempo, y la tercera persona aleg3 falta de motivaci3n para participar en el estudio.

Finalmente, se ha entrevistado a un total de 9 personas (7 mujeres y 2 hombres). Cada persona es familiar de un solo ingresado, adem3s hay una relaci3n un3voca (9 personas que representan a 9 ingresados). Los datos b3sicos demogr3ficos de las personas entrevistadas y de los ingresados a los que se asocian aparecen en la Tabla 3 y 4. Por otra parte, la selecci3n de participantes no ha sido aleatoria, utilizando un muestreo por cuotas, siendo los criterios de inclusi3n:

- Familiar que visite habitualmente la residencia y conozca el funcionamiento de la misma.
- Que la procedencia del ingreso sea el domicilio, tanto el propio como el de algún familiar, excluyendo las personas provenientes de otras residencias.
- Que la persona residente tenga un periodo de institucionalización mínimo de 3 meses y menor de 2 años.
- Dar consentimiento explícito para su participación en el estudio.
- Que exista en la historia del ingresado alguna referencia a problemas o incidencias en la adaptación de la familia durante el proceso de institucionalización.
- Que se haya elaborado el PIAP e informado al familiar de referencia.

La muestra de los familiares se compone de 7 mujeres y 2 hombres, con una media de edad de 42,3 años. Del total de personas entrevistadas, 6 son hijos/as, dos sobrinos y una es cónyuge. En cuanto a su situación laboral 3 son amas de casa, 4 de ellos/as trabajan por cuenta ajena y 2 por cuenta propia, y únicamente 3 de los familiares entrevistados cuentan con cargas familiares.

En la investigación cuantitativa no se ha llevado a cabo ninguna selección de la muestra, puesto que se han analizado a todas aquellas personas que estuvieron ingresadas en algún momento durante el año 2013, independientemente de su fecha de ingreso o baja en la residencia.

Tabla 3: Datos relativos de la muestra de personas entrevistadas.

Familiar	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Edad persona entrevistada	53	61	45	44	42	46	47	59	74
Sexo	Mujer	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer
Relación con la persona ingresada	Hija	Sobrina	Hijo	Hija	Hijo	Sobrina	Hija	Hija	Cónyuge
Situación laboral	Cuenta propia	Ama de casa	Cuenta ajena	Cuenta ajena	Cuenta ajena	Ama de casa	Cuenta Ajena	Cuenta propia	Ama de casa
Cargas familiares ¹³	no	no	si	si	no	si	no	no	no

Fuente: Elaboración propia.

¹³ Se entiende por cargas familiares tener a cargo algún menor de 18 años con relación de consanguinidad o afinidad.

Tabla 4: Datos relativos de los familiares ingresados de las personas entrevistadas

Residente	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Edad	83	85	79	86	76	85	87	89	78
Sexo	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Hombre	Hombre	Mujer	Hombre
Grado dependencia	Grado III	Grado III	Grado II	Grado III	Grado III	Grado II	Grado III	Grado III	Grado III
Estado civil	Viuda	Viuda	Viuda	Viuda	Viuda	Divorciado	Casado	Viuda	Casado
Número de hijos	2	0	3	1	2	5	2	6	3
Procedencia al ingreso	Domicilio familiar	Domicilio propio	Domicilio propio	Domicilio propio	Domicilio familiar	Domicilio propio	Domicilio propio	Rotación domicilios	Domicilio propio
Tiempo ingresado en residencia	1 año y 4 meses	1 año y dos meses	11 meses	11 meses	8 meses	7 meses	6 meses	5 meses	4 meses
Deambulación ¹⁴	Silla ruedas	Silla ruedas	Andador	Bastón	Autónoma	Autónomo	Silla ruedas	Silla ruedas	Silla ruedas
GDS ¹⁵	5	5	1	3	6	6	5	7	1
Barthel ¹⁶	26	26	86	98	90	84	35	5	75

Fuente: Elaboración propia

¹⁴ Se diferenciará si es autónomo/a o si precisa alguna ayuda técnica: bastón, andador, silla de ruedas.

¹⁵ Global Deterioration Scale (Escala de deterioro global) de Reisberg. Valorado de 1 a 7, donde 1 es ausencia de déficit cognitivo y 7 deterioro cognitivo muy grave

¹⁶ Valoración de las actividades básicas de la vida diaria. Valorado de 0 a 100, donde 100 es independiente y 0 dependiente total.

3.1.5. Recogida de datos.

La recogida de datos se ha realizado mediante la grabación de las entrevistas personales en primera instancia. Posteriormente, se han transcrito literalmente las entrevistas, y se han analizado los aspectos más relevantes de cada una de ellas. Así mismo, se han buscado también puntos de unión entre las diferentes aportaciones de los familiares para obtener conclusiones generales en cuanto al proceso de adaptación de las familias.

En el caso de los datos cuantitativos, se ha procedido a un análisis secundario de los datos obtenidos, presentando en los puntos siguientes la descripción e interpretación de las variables consideradas.

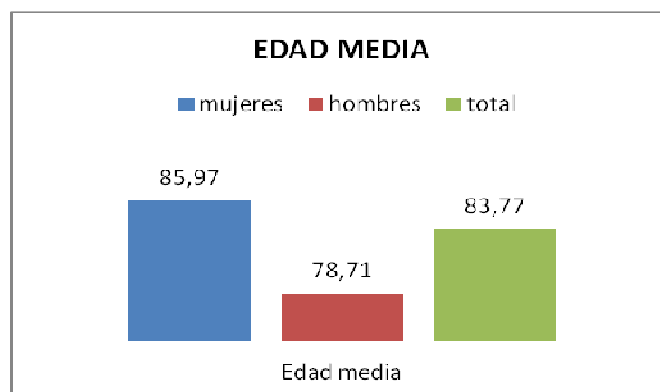
3.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los objetivos 1 y 2 planteados, se les da respuesta en el marco teórico propuesto, a través del análisis de la bibliografía relacionada con las diferentes temáticas. Para dar respuesta al objetivo 3 se han utilizado técnicas de análisis cuantitativas. Y por último, los objetivos 4, 5, 6 y 7 se analizan en base a las respuestas ofrecidas por los familiares entrevistados.

3.2.1. Perfil socio-demográfico de las personas ingresadas en la Residencia de Mayores "El Jardín".

En cuanto al perfil socio-demográfico de las personas ingresadas en la residencia, se observa un claro predominio de las personas mayores de 80 años, que suponen más del 78% del total. Así mismo, aunque existe una mayoría de mujeres, las diferencias no son tan evidentes como en el conjunto de la sociedad española, donde las mujeres superan en un 34% a los hombres; en el caso de esta residencia, el porcentaje de mujeres supera únicamente en 12 puntos al de los hombres. Lo que es reseñable, es que en comparación con las mujeres, existe mayor variedad de edad, alcanzando el conjunto menor de 80 años el 34% del total, y siendo un 3% menor de 65 años.

Si se pone la vista sobre la edad media de las personas ingresadas, las mujeres presentan una media de 85,97 años, mientras que los hombres se quedan en algo más de 78. La edad media del total de residentes es de 83,77, lo que corrobora claramente los perfiles descritos en el marco teórico, acentuando el envejecimiento del envejecimiento.

Gráfico 2. Edad media de las personas ingresadas en la Residencia de Mayores “El Jardín”.

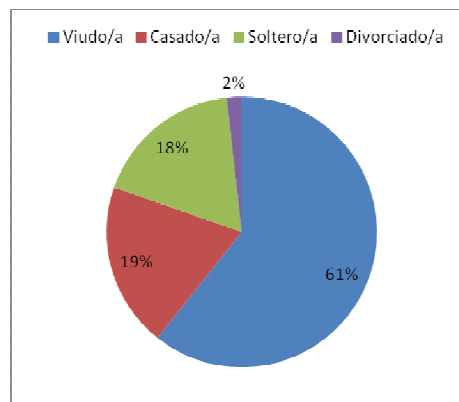
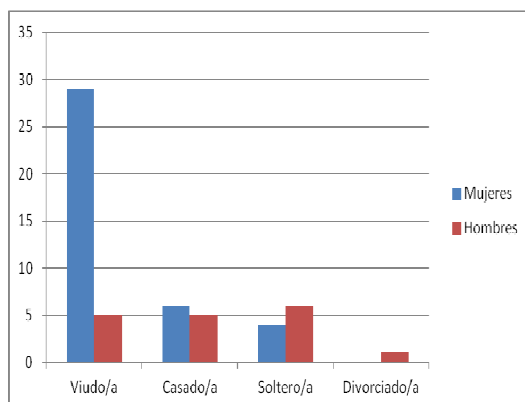
Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, en relación a su situación de dependencia, más del 60% están valorados con un grado III de dependencia, que es el mayor grado que se recoge y que supone que:

La persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal (Ley 39/2006, artículo 26.1.c.).

Hay que tener en cuenta también que otra razón que justifica que actualmente no hay personas con grado I ingresadas, es que las personas valoradas con este grado aún no tienen derecho de acceso a las prestaciones del sistema tras las últimas modificaciones del calendario de aplicación, hasta julio de 2015.

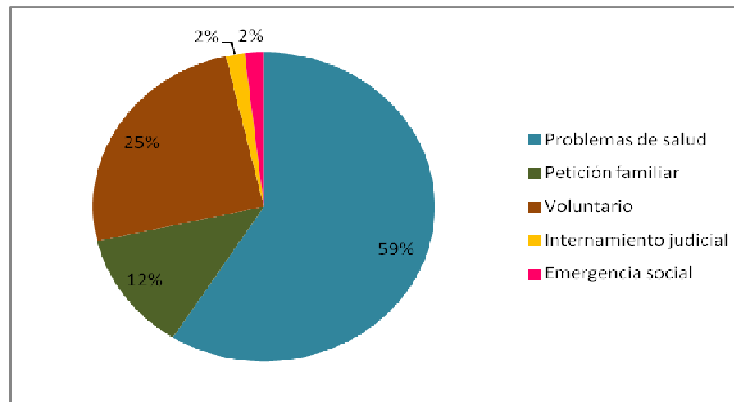
Otro aspecto fundamental y de gran importancia es el estado civil de las personas que ingresan en centro residencial. Se puede observar a través de los datos obtenidos que más de la mitad de las personas son viudas, situación claramente predominante en el colectivo de mujeres.

Gráfico 3 y 4. Estado civil de las personas ingresadas en la residencia de mayores “El Jardín”

Fuente: Elaboración propia

En relación al motivo de ingreso que refiere la familia o el propio residente al ingreso, existe un claro predominio de problemas de salud, casi el 60% de los casos. Aunque es también muy significativo que una de cada cuatro personas eligen voluntariamente su ingreso en residencia.

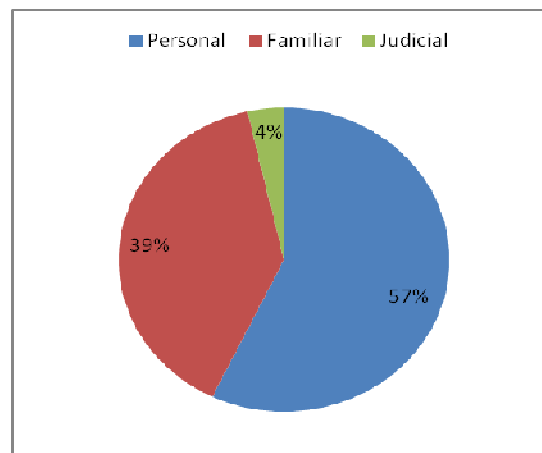
Gráfico 5. Motivo de ingreso de las personas ingresadas en la residencia de mayores “El Jardín”.



Fuente: Elaboración propia

La toma de decisiones de ingreso en residencia, principalmente puede ser por dos vías, personal o familiar, prevaleciendo en este caso la primera. El porcentaje de ingresos judiciales alcanza únicamente el 4%.

Gráfico 6. Decisión de ingreso de las personas ingresadas en la residencia de mayores “El Jardín”

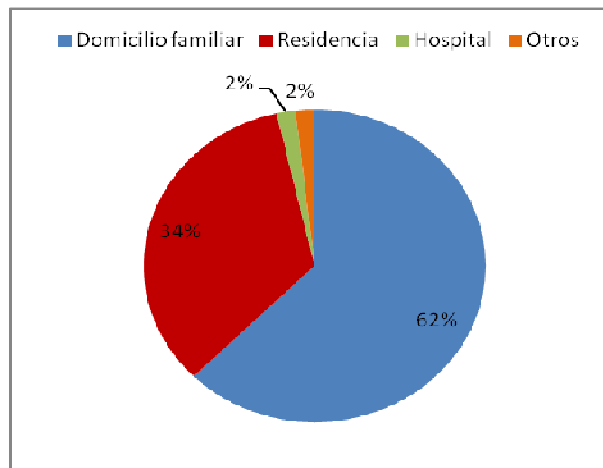


Fuente: Elaboración propia

Otro ámbito a tener en cuenta, es la procedencia de la persona al ingreso en residencia. Se puede observar que la gran mayoría procede del domicilio familiar, aunque

también es muy significativo que más del 30% de las personas vienen procedentes de otras residencias, bien de residencias privadas por concesión de plaza pública, o bien por un traslado voluntario por reagrupación familiar.

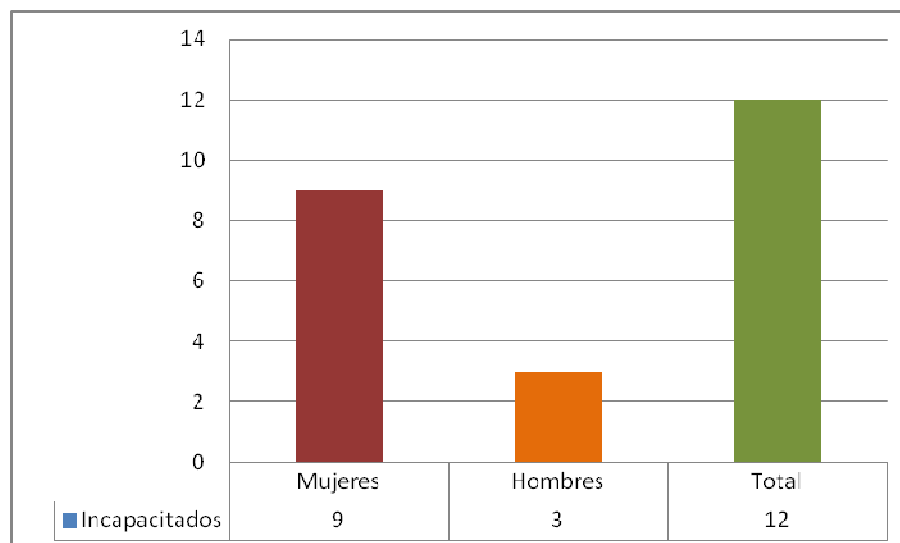
Gráfico 7. Procedencia al ingreso de las personas ingresadas en la residencia “El Jardín”



Fuente: Elaboración propia

Por último, se considera apropiado valorar el número de personas que se encuentran bajo alguna medida de incapacitación judicial. Actualmente existe un total de 12 personas con declaración de tutor legal, lo que supone algo más del 20% del total de residentes. Se debe tener en cuenta que en este total no se reflejan las personas que se encuentran aún en trámites para resolver la incapacidad legal, ya que es un proceso lento, lo que elevaría este porcentaje considerablemente.

Gráfico 8. Personas ingresadas en la residencia de mayores “El Jardín” con declaración de incapacidad legal



Fuente: Elaboración propia.

3.2.2. Causas de ingreso en la Residencia de Mayores “El Jardín”

Para analizar este aspecto hay que tener en cuenta la procedencia de las personas que ingresan, 6 de ellas provienen de su propio domicilio, 2 de el domicilio de algún familiar y una persona estaba en rotación por el domicilio de sus hijos. Entre las respuestas de los familiares existen algunas como:

- Residente 5: “me daba miedo que estuviera sola en casa mientras yo iba a trabajar”.
- Residente 7: “mi madre tenía una chica que la ayudaba, pero era mucho dinero, y nosotras no podíamos ayudarla”.
- Residente 8: “era imposible seguir atendiéndola en casa, no contamos con los medios adecuados, (...) cada 15 días cambiaba de casa, un lío”.
- Residente 9: “siempre hemos vivido en el pueblo, y conocemos a otras personas que están aquí ingresadas y están muy a gusto”.

Aunque cada familia presenta sus peculiaridades, existen aspectos que se han repetido en la mayoría de las entrevistas como la necesidad de cuidados de las personas ingresadas (7 de las 9 personas están valoradas con un grado III de dependencia), la dificultad de conciliar la vida familiar y laboral propia con el cuidado de su familiar. Otro motivo de ingreso eran las necesidades económicas para cubrir los servicios con los que contaban en el domicilio: servicio de ayuda a domicilio, contratación de una auxiliar externa, etc. Destaca también que las personas del propio municipio, al conocer el recurso, valoraban que estarían mejor atendidas que en los domicilios.

En cuanto al cuidador principal hasta el ingreso en residencia 3 casos del total contaban con apoyo del Servicio de Ayuda a Domicilio Municipal y 1 con SED. Los cuidadores principales eran hijas en 2 casos, hijos en otros 2 casos y la mujer en otros 2 casos. De los 3 casos restantes, dos de las cuidadoras eran sobrinas y en 1 de los casos la residente rotaba por el domicilio de todos sus hijos. En relación al factor desencadenante, la mayoría coincide con algún agravamiento del estado de salud. Algunas de las aportaciones de las familias son las siguientes:

- Residente 2: “vivía sola en su casa, con apoyo de ayuda a domicilio (...) un día se calló en la casa y nos dio miedo que siguiera sola”

- Residente 3: “mi hermano y yo trabajamos, y ella estaba sola en casa (...) ella pidió irse a una residencia, y nosotros lo aceptamos (...) pensamos que fue la mejor decisión”.
- Residente 4: “desde que murió mi padre, ella estaba sola (...) yo intentaba ir siempre que podía (...) tuvo unos brotes psicóticos que me asustaron mucho”.

3.2.3. Fase de toma de decisiones.

En la mayoría de los casos, 7 de los 9 totales, la decisión de ingreso en residencia provenía de los familiares, solo dos de ellos refieren haber consensuado el ingreso con la propia persona, siendo los otros 5 incapaces de tomar la decisión por si solos. Al tratarse de una residencia ubicada en un municipio pequeño, todas las personas naturales del mismo manifestaban conocer cómo funcionaba e incluso haber estado en las instalaciones visitando a algún familiar o conocido de la localidad.

- Residente 2: “no conocía la residencia (...) yo creía que todas las personas estarían peor,
- Residente 5: “fuimos mi hermano y yo a hablar con la asistente del pueblo (...) no estábamos convencidos, pero nos ayudó a ver qué era lo mejor”.
- Residente 7: “mi madre no quería que viniera a la residencia (...) la situación era imposible en la casa”.

3.2.4 Trámites administrativos y periodos de espera.

La mayoría de los familiares valoran que el tiempo de tramitación para el ingreso en residencia se demoró considerablemente, teniendo que suplir en ocasiones las necesidades con servicios privados, como la contratación de auxiliares externas. Según refieren las propias familias los trámites se demoraron como norma general entre 9 meses y 1 año, llegando en alguno de los casos a tener que esperar más de 3 años (principalmente motivado por el alto grado de autonomía que presentaba la persona por aquel entonces).

- Residente 1: “tuve que presentar la misma documentación dos veces (...) la verdad es que podrían agilizar algo más los trámites, las personas no pueden esperar tanto tiempo”.

- Residente 6: “desde que echamos los papeles, tardaron casi un año en llamarnos (...) estar esperando la plaza con miedo a que le pasara algo a mi tío, fue muy duro”.

3.2.5. Día del ingreso.

Todas las familias coinciden en que previo al ingreso tuvieron la información necesaria sobre funcionamiento del centro, así como de cómo se iban a tratar las características especiales de su familiar (donde comería, que tipo de actividades realizaría, tipo de habitación, etc.). El propio día del ingreso todos los residentes acudieron acompañados de algún familiar, 5 de ellos vinieron acompañados por alguno de sus hijos, 2 por sobrinas y los otros 2 residentes, además de sus hijas les acompañaron también sus cónyuges.

Entre los mayores miedos del primer día de la residencia destacan temas relacionados con la comida y el descanso nocturno:

- Residente 1: “fue horrible irme a casa y dejarla aquí (...) a ella hay que insistirle para que coma (...) ¿y si no tenían tanta paciencia?”.
- Residente 4: “los brotes psicóticos le daban siempre por la noche (...) tenía mucho miedo a que le pasara también en la residencia”.
- Residente 7: “en cada dormía muy mal (...) se pasaba muchas noches gritando (...) no sabía cómo iba a estar allí”.
- Residente 9: “nos ayudó mucho toda la información que nos dieron ese día (...) aunque nerviosas y algo tristes, sabíamos que estaría bien allí”.

3.2.6. Adaptación de la persona al ámbito residencial.

Las características personas de cada persona hacen variar los procesos de adaptación, debiendo adaptar la atención desde la residencia a cada residente. En cuanto a cómo valoran la adaptación de su familiar al ingreso existen diferentes opiniones:

- Residente 1: “estaba muy desorientada y nerviosa, no sabía dónde estaba, las auxiliares me decían que estaba el día entero preguntando por mí”.
- Residente 5: “fue muy duro, porque siempre que nos veía se quería volver a casa con nosotros, el psicólogo nos recomendó que redujéramos las visitas para facilitar su adaptación, y la cosa mejoró”.

- Residente 6: “él siempre ha hecho lo que ha querido, nunca ha seguido normas de nadie (...) el miedo que tenía es que como no oye nada no hiciera caso a las auxiliares”.
- Residente 9: “él estaba contento, siempre había dicho que él quería ir a la residencia, y cuando quiere viene a casa a verme”.

Una vez más, se observa que la valoración va a depender en gran medida del estado de la persona, ya que aquellos que presentan menor deterioro cognitivo y podían expresar sus sentimientos, su familia cree que tuvo una buena adaptación, mientras que los residentes con mayor deterioro, que además presentaron cierta desorientación con el ingreso su familiar no está seguro de cómo fue su adaptación, aunque tampoco la considera mala.

Es llamativo que sólo 3 de las 9 familias entrevistadas hayan manifestado un miedo real a que su familiar no se adaptara, mientras que las otras 6 valoran que era cuestión de tiempo la adaptación al centro.

3.2.7. Adaptación de la familia

Existen peculiaridades distintivas entre las familias según la situación de estas y según las características del propio residente:

- Residente 3: “lo pasamos un poco mal, porque no sabíamos bien cómo funcionaban, aún pensábamos en las residencias como los asilos de antes, con las monjas cuidándoles.”.
- Residente 4: “noté a mi madre muy tranquila y serena, lo que me ayudó mucho, porque yo nunca pensé que mi madre fuera a ir a una residencia, soy hija única y mi deber era cuidarla”.
- Residente 7: “he estado muy nerviosa, tenía que llamar varias veces al día a la residencia para asegurarme de que todo estaba bien”.
- Residente 8: “sentía una gran responsabilidad de que se adaptara a la residencia, porque la decisión de ingresarla fue mía, ya que mis hermanos estaban satisfechos con la rotación por los domicilios”.

Todas las familias han manifestado algún tipo de nerviosismo relacionado con el ingreso por la adaptación a la residencia. Se ha observado que los familiares de las personas que presentaban un menor grado de dependencia, principalmente a nivel cognitivo, han mostrado mayor tranquilidad durante el periodo de adaptación, ya que era

su propio familiar el que les transmitía la información en relación a la residencia. A nivel de familiar, una de los familiares entrevistados era cónyuge de la persona ingresada, mostrando una gran tristeza en la entrevista unido al sentimiento de soledad en el domicilio tras el ingreso. Entre los hijos, no se observa gran diferencia entre el sexo, manifestando sentimientos similares.

Es interesante señalar que ninguna de las familias reconoce ningún tipo de arrepentimiento en cuanto a la decisión de ingreso en residencia.

3.2.8. Relación y valoración de los profesionales de la residencia

Todas las familias coinciden en que el primer contacto lo tuvieron con la trabajadora social del centro, 5 de ellos tuvieron una entrevista previa al ingreso con esta profesional, en la que se les facilitó información sobre el centro, los servicios, el personal y la habitación, además de entregarles la documentación relevante, como el manual de funcionamiento de la residencia. Las otras 4 familias afirman que, aunque se les ofreció la posibilidad de visita previa a la residencia, por cuestiones personales la rechazaron (trabajo, lejanía, etc.), siendo su primer contacto físico con el centro el día del ingreso.

- Residente 2: “estuve viendo la residencia una semana antes (...), el día del ingreso todo me parecía más familiar”.
- Residente 5: “mi tío estaba ingresado en la residencia desde que abrió, así que ya conocíamos todo el centro”.
- Residente 6: “no pude ir a conocer el centro, pero el día del ingreso me lo enseñaron entero, (...) creo que era demasiada información para el mismo día”.

Además en la entrevista se les preguntó a las familias por la valoración de los diferentes profesionales del centro, obteniendo a nivel general valoraciones positivas, tanto en el trato que recibían sus familiares, como el que recibían ellos mismos en las visitas:

- Residente 1: “por mi trabajo solo puedo ir los fines de semana, que solo están las auxiliares y enfermería (...), con el resto de los profesionales hablo por teléfono cuando lo necesito, siempre me atienden”.
- Residente 2: “los primeros días me ayudó mucho que la trabajadora social me informara de cómo había pasado los días y las noches mi tía (...) cuando iba el fin de semana preguntaba a las auxiliares y enfermeras”.

- Residente 8: “siempre encontré algún profesional que me diera información sobre cómo estaba mi madre”.

Es innegable que las familias agradecen recibir información sobre la situación de su familiar, un aspecto que ha salido en varias entrevistas era el interés por saber cómo había pasado las noches y la alimentación. Facilitando este tipo de información a las familias se ha observado que se eliminan miedos y desconfianzas con la institución, a la vez que se favorece una relación positiva con las familias.

3.2.6. Aspectos negativos de la atención residencial / Propuestas de mejora

Quizá sea el ítem donde más diversidad se ha encontrado en las familias ya que aunque coinciden en los aspectos tratados, las características personales individuales de cada residente, así como las de su familiar hacen que la percepción de ciertos aspectos difiera de las otras familiar, por ello se ha considerado interesante introducir en los resultados alguna opinión de cada una de las entrevistas:

- Residente 1: “la habitación de mi madre tenía goteras, tuve que hablar con el director y aceptaron cambiarla hasta que se arreglase el problema”.
- Residente 2: “me sorprendió que no me dejaran subir a la habitación en la hora de la siesta, parecía que se quería ocultar algo (...) ahora ya entiendo que es por el descanso de los abuelos”.
- Residente 3: “para nosotros es un problema tener que acompañarla a las consultas externas (...), lo ideal sería que hubiera más personal y que se les acompañara desde la residencia”.
- Residente 4: “mi madre parece que está bien, pero no lo está (...) le dejan demasiada libertad, (...) espero que no nos dé un susto un día”.
- Residente 5: “creo que hay muy poco personal, las personas como mi madre necesitan más atenciones y es imposible si cada auxiliar tiene que controlar a 8-10 personas”.
- Residente 6: “mi tío se ha caído varias veces cuando ha salido con las trabajadoras al exterior (...) me parece bien que le saquen, pero podían tener más cuidado”.
- Residente 7: “no me gusta nada que no me dejen cambiar el pañal ni asear a mi padre, soy su hija y tengo derecho a hacerlo”

- Residente 8: “me enfadé bastante cuando vi que mi madre estaba sola en una sala, (...) me explicaron que cuando gritaba se la ponía ahí hasta que se tranquilizara (...) parecía que estaba castigada (...), no me gusta nada, menos mal que ya está más tranquila”.
- Residente 9: “deberían dejar otra vez que ingresen los matrimonios, ahora yo estoy muy sola en casa (...) yo quiero estar con mi marido, llevamos toda la vida juntos”.

En cuanto a las propuestas de mejoras, casi todos los familiares consideran que si se aumentara el número de personal la atención sería mejor.

Un dato positivo que se desprende de esta valoración, es que todas las quejas que manifestaron los familiares eran conocidas por el personal del centro y se había trabajado desde diferentes ámbitos para intentar darle una solución, o explicar los procedimientos de actuación del centro, cuestión que las familias valoraba favorablemente, aunque algunas reconocieron que no siempre estaban de acuerdo con la decisión tomada.

3.3. DISCUSIÓN CRÍTICA DE LOS RESULTADOS

A través de las entrevistas con las familias, se ha observado que cuanto menor era el conocimiento de la institución (imposibilidad de visita previa, desconocimiento de la residencia, planteamiento histórico de la atención residencial) mayor desconfianza reconocían mostrar en los momentos iniciales del ingreso, y durante el periodo de adaptación. Si a esto se le une que la mayoría de las personas presentan un alto grado de dependencia y algún grado de deterioro cognitivo, se produce un aumento considerable de los temores por parte de la familia, ya que el residente no puede transmitir su opinión ni su estado general.

Las familias han podido expresar en las entrevistas sus sentimientos, que en muchas ocasiones no habían podido compartir con nadie más, y han encontrado respuesta a esas necesidades de participación en la nueva vida de sus familiares, favoreciendo la posibilidad de establecer vínculos con la residencia y así mantener una continuidad de los cuidados y apego emocional del domicilio a la residencia.

El desconocimiento genera miedos, ansiedad y cierta indefensión, por lo que una de las labores fundamentales que se deben aplicar desde el equipo de la residencia es la transparencia en cuanto a funcionamiento, protocolos y atenciones que reciben las personas, principalmente en el preingreso, ingreso y periodo de adaptación, pero también

a lo largo de toda la estancia de la persona en la residencia; eliminando así las dudas y miedos que se puedan presentar en los familiares, así como una forma de canalizar las quejas y sugerencias sobre las atenciones y servicios recibidos.

Otro aspecto interesante que se ha obtenido es que las familias desconocen cuál es su papel en la atención residencial de sus familiares, presentándose ambos extremos, desde la familia que quiere seguir realizando los cuidados de su familiar que venía realizando en el domicilio, aliviando así el sentimiento de culpabilidad por el ingreso en residencia, hasta el familiar que deriva toda la responsabilidad de los cuidados y atenciones en la residencia y su personal. Es necesario establecer mecanismos que faciliten a las familias saber qué es lo que se espera de ellas desde la residencia, en qué puntos es necesaria su implicación (apoyo emocional, enseres básicos para su atención como productos de aseo y ropa, seguimiento sanitario, participación en actividades, contacto con el entorno socio-comunitario, etc.), y que funciones no deben seguir realizando, puesto que existen mecanismos en el propio centro para cubrirlas (todo lo relacionado con las atenciones personales de la persona: aseo, alimentación, vestido, etc.)

Por último, analizando los perfiles de las personas atendidas en el centro, es previsible que los futuros ingresos sigan la línea de los actuales: edad avanzada, gran dependencia, etc. Ya que aunque en el año 2015 se prevé la inclusión de las personas con grado I en el sistema, la realidad es que la prioridad en listas de espera de residencia de mayores seguirá siendo principalmente el mayor grado de dependencia, unido junto a otros factores como: situación económica, antigüedad en la lista, situación socio-familiar, etc.

4. CONCLUSIONES

Los cambios producidos en las últimas décadas en la sociedad moderna (aumento de la esperanza de vida, envejecimiento de la población, aumento de las patologías en mayores de 80 años, incorporación de la mujer al mundo laboral, aparición de nuevas formas de familiar, dificultad de conciliación de la vida familiar y laboral, etc.) han provocado que la atención a las personas mayores se sitúe en un lugar principal dentro de las agendas políticas, intentando superar así la visión tradicional de la atención a los mayores en el ámbito familiar, principalmente con un perfil de cuidadora feminizado.

Una de las respuestas que la administración ha generado para dar respuesta a las nuevas situaciones de necesidad que se plantean en la familia, y poder hacer frente así a la cobertura de las necesidades de las personas mayores es la atención residencial.

Desde la óptica de la atención residencial es donde tiene origen el presente estudio. Se ha planteado una investigación sobre la adaptación de los familiares cuando un pariente próximo ingresa en una residencia de mayores, ya que, mediante la observación directa en el desempeño diario de la labor como trabajadora social, se había observado que, si bien se daba importancia en los diferentes protocolos y estudios a la adaptación de la propia persona, en la mayoría de los casos la familia quedaba al margen de la intervención, no habiéndose encontrado ningún estudio referente a este ámbito.

Los objetivos planteados para la investigación son tanto de corte teórico (objetivo 1 y 2), a los que se da respuesta a partir del análisis de bibliografía y documentación relacionada; como de ámbito cuantitativo (objetivo 3) y cualitativo (objetivos 4, 5, 6 y 7), a los que se ha dado respuesta a través de la interpretación de los resultados obtenidos en el estudio.

Con el primer objetivo de investigación se buscaba realizar un acercamiento a las necesidades que presentan las personas mayores en la sociedad actual. Se han explicado las diferentes tendencias de evolución de la población, tanto la previsión de aumento considerable del colectivo mayor de 65 años (alcanzando el 30% del total en el año 2050), como el aumento del número de personas que precisan una atención más directa para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, señalando la importancia de la aparición temprana de enfermedades de tipo sensorial, o la edad como factor de riesgo para padecer accidentes cerebrovasculares o la aparición de demencias. Además se ha realizado un breve análisis sobre la situación económica de las personas mayores, marcada por la situación de crisis económica social actual, lo que supone que

aunque en la valoración global de la sociedad, la posición económica de las personas mayores ha mejorado considerablemente, esto no se debe a una mejora directa de su situación, sino a un empeoramiento considerable en el resto de la población.

Para entender la situación de las personas mayores, así como sus necesidades, es necesario analizar y comprender los cambios que se han producido en las familias en los últimos años, que han propiciado un cambio en las formas tradicionales de atención a sus miembros. Así, se han estudiado las funciones de la familia, así como las obligaciones legales de cuidados que existen entre sus diferentes miembros; todo ello, sin perder de vista la trayectoria socio-política de España y ahondando en los motivos y problemáticas que han provocado dichos cambios.

Posteriormente, se ha estudiado la diferente normativa que permite el acceso a las residencias de mayores en Castilla – La Mancha, normativa que prioriza el acceso a las personas en situación de dependencia, frente al resto de la población, lo que provoca por un lado, la prolongación del proceso administrativo al tener que realizar previamente la solicitud de valoración del grado de dependencia; así como la exclusión de la atención residencial de personas que no cumplan el requisito de dependencia mínimo exigido, produciéndose situaciones de desigualdad en las cuales se produce, por ejemplo, la separación de matrimonios.

Se ha realizado también, un recorrido histórico de la atención residencial en España, desde la idea benéfico-asistencial para colectivos desfavorecidos, a una concepción de carácter universal para toda la población, en la que además de garantizar la cobertura de las necesidades básicas, se buscan otros estándares de calidad que promuevan la participación y la plena integración de las personas en la residencia. Las administraciones públicas han realizado un esfuerzo considerable en las últimas décadas para intentar dar repuesta a la gran demanda de plazas residenciales, buscando fórmulas de concertación con entidades privadas, ante la imposibilidad de generar recursos públicos para toda la población. Es interesante el dato de que más de la mitad de las plazas existentes a nivel estatal son de carácter público, bien en centros dependientes de alguna administración o en centros privados con concierto público.

En cuanto a la atención residencial en Castilla – La Mancha, donde se ubica la residencia objeto de estudio, se ha constatado que el índice de cobertura de la comunidad está por encima de la media española, contando con más de 26.000 plazas de carácter residencial. Entre los centros predominan los de menos de 25 plazas, lo que viene a dar

respuesta a la gran dispersión geográfica existente en Castilla – La Mancha, favoreciendo la permanencia de las personas en el ámbito comunitario más cercano.

El último punto tratado antes de entrar en la investigación propiamente dicha, ha sido las diferentes estrategias de comunicación, entendiendo como tal la necesidad de establecer unos cauces efectivos de comunicación entre la residencia y la propia familia, para poder dar respuesta a las necesidades que se puedan plantear. Se establece un profesional de referencia, que suele coincidir con la trabajadora social de la residencia, y así mismo, se marca también un familiar de referencia, que será la vía directa de comunicación del centro con la familia.

La investigación cualitativa se ha basado en la realización de una entrevista a diferentes familiares que cumplieran con los requisitos marcados en el muestreo (periodo mínimo y máximo de institucionalización, procedencia al ingreso del domicilio, existencia de algún incidente durante el periodo de ingreso o adaptación, etc.). Se han realizado un total de 9 entrevistas, para las cuales se ha elaborado un cuestionario con diferentes preguntas estructuradas en cuatro bloques temáticos: toma de decisiones, preingreso, ingreso y periodo de adaptación y acogida.

Por otro lado, la investigación cuantitativa se ha centrado en el análisis de fuentes secundarias, como la Memoria Anual de la residencia del año 2013 y los datos estadísticos obtenidos del sistema informático utilizado. La interpretación de estos datos ha permitido obtener el perfil socio-demográfico de las personas ingresadas en la residencia durante ese mismo año. Las características más importantes en relación a los perfiles estudiados y reflejados en el marco teórico, permiten obtener la conclusión de que también en un entorno pequeño, como es una residencia de mayores, existe una mayor proporción de mujeres, prevaleciendo asimismo, las personas con un mayor grado de dependencia. El estado civil mayoritario entre las mujeres es el de viudas, confirmando así el planteamiento de mayor esperanza de vida en las mujeres frente a los hombres, entre los que existe prácticamente una igualdad en cuanto a su estado civil (solteros, casados y viudos). Además la edad media de las mujeres supera en casi 8 puntos a la de los hombres, lo que representa otro dato más que corrobora la feminización del envejecimiento.

Uno de los aspectos principales del presente estudio, era conocer los diferentes motivos que llevaban a las familias a optar por un ingreso residencial frente a las formas tradicionales de atención. Es obvio, que los cambios producidos en las familias durante

las últimas décadas (incorporación de la mujer al mundo laboral, aparición de nuevas formas de familias, etc.) afectan también a la atención que se presta a los mayores, teniendo que optar en muchos casos por ingreso en residencia.

Entre estos motivos se ha determinado que el predominante es el deterioro del estado de salud, así como la necesidad de cuidados para las actividades básicas de la vida diaria como el aseo, vestido, alimentación, etc.; aunque es interesante resaltar que existe un 25% de personas que optan voluntariamente por el ingreso en residencia, decidiendo así no ser una carga para sus familiares. Este detalle deja claro que se ha superado la visión histórica de las residencias ligadas a la idea de beneficencia y atención en asilos para personas sin ningún tipo de apoyo familiar, y con cuidados, en ocasiones, de dudosa calidad.

También es importante señalar entre los motivos de ingreso las cargas familiares y laborales con las que cuentan las propias familias, siendo un factor determinante para optar por el ingreso en residencia, frente a la atención en el domicilio.

Por último, se han analizado las opiniones que las familias han aportado en las entrevistas, en busca de sus propias valoraciones en cuanto a todo el proceso de ingreso y adaptación de sus familiares, tanto a nivel personal (sentimientos, miedos y necesidades) como su relación con los diferentes profesionales de la residencia.

Aunque se han obtenido conclusiones comunes a todas las familias, se ha detectado la importancia de la individualización de cada uno de los casos y la necesidad de establecer mecanismos adaptados a cada familia y residente. Las conclusiones más importantes han sido:

- Todas las familias reconocen haber pasado por un estado de nerviosismo y ansiedad durante los días previos al ingreso, así como durante las semanas posteriores. No se han observado diferencias relevantes en función de la relación de consanguinidad/afinidad del familiar de referencia.
- La posibilidad de recibir información sobre los aspectos relevantes de su familiar, reducía considerablemente su nerviosismo y ansiedad durante el ingreso.
- La accesibilidad de los profesionales a la familia genera un clima de cordialidad y mejora la transparencia de la residencia.

- La posibilidad de contactar con los profesionales cuando lo han necesitado, hace que todas las quejas y malestares vertidos en las entrevistas fueran conocidos por los diferentes profesionales de la residencia.
- Existe cierta confusión entre las funciones de la familia en cuanto a la atención residencial de su familiar, oscilando entre dos extremos: depositando la plena responsabilidad de todos los cuidados en los profesionales de la residencia o por el contrario, queriendo asumir los cuidados que se venían realizando previo al ingreso (aseo, alimentación, etc.)

Lo interesante y novedoso de la presente investigación es la obtención de una nueva visión en lo que se refiere a la institucionalización de personas mayores, dando voz a sus familiares más próximos para conocer su valoración sobre la atención recibida, visibilizando sus situaciones personales de sufrimiento y ansiedad ante esta nueva situación.

Es quizá un primer paso para la plena integración de las familias en el día a día de la residencia, para facilitar una visión de este tipo de centros como abierto a las familias y a las comunidades que fomenta la participación y la integración, y no como un último recurso al que acudir cuando no existen más opciones en el ámbito familiar.

5. LIMITACIONES

Las limitaciones más importantes que se han presentado en la elaboración de esta investigación han sido los siguientes:

1) Falta de tiempo: la existencia de una fecha de entrega próxima en el tiempo ha impedido profundizar en más en los aspectos relevantes de la investigación. Si se hubiera dispuesto de un plazo mayor se podría haber realizado el estudio en varias residencias, para hacer una comparativa entre centros.

2) Limitación de espacio: al contar con un número máximo de páginas permitido para la presentación del trabajo se impide la profundización en los aspectos señalados en el marco teórico, pudiendo únicamente realizar una breve exposición de los mismos.

3) Documentación relacionada: como se reflejaba en la propia introducción del trabajo, normalmente se tiene en cuenta a la persona que va a ingresar en el centro, pero no se ha encontrado ningún estudio que se centre en valorar como lo afrontan sus familiares.

4) Sesgos:

a. Sesgo de cortesía: al realizar las entrevistas una trabajadora de la propia residencia, esto puede provocar que los familiares transmitan la información que consideran correcta; asumiendo que así evitarán consecuencias negativas para su familiar. (Hernández, B & Velasco-Mondragón, H, 2000).

b. Efecto Hawthorne: el hecho de saber que la entrevista está siendo grabada y será utilizada para un estudio genera en las personas ciertos cambios en sus respuestas y sus comportamientos. (Santos Luengo, M., Serrano Granger, C., Serrano Granger, J., & David Fernández, S. 2009).

5) Falta de implicación: el rechazo de tres personas a participar en la investigación por diferentes motivos, reduce el tamaño de la muestra, y teniendo en cuenta que ya se contaba con una muestra pequeña, puede provocar problemas de elaboración de conclusiones.

6. PROSPECTIVA

El estudio que en este trabajo se plantea podría obtener unos resultados más objetivos si se estableciera una aplicación sistemática del cuestionario a los familiares de las personas que ingresan cuando lleven determinado tiempo en la residencia (x meses). Además sería muy interesante llevar a cabo el mismo estudio en otras residencias de la provincia, o incluso de la geografía española, para poder así obtener un espectro más amplio que nos pudiera aportar nuevas líneas de investigación y trabajo; así como obtener unas conclusiones comprobadas y contrastadas.

El objetivo último de la ampliación de la investigación sería la creación de un protocolo específico de acogida para las familias en las residencias de mayores, ya que se ha observado que la familia es un pilar fundamental en el bienestar de las personas mayores institucionalizadas. En este protocolo se debería definir claramente cuáles son las funciones de la familia, así como las vías de participación en la vida residencial, favoreciendo en todo momento el mantenimiento de los vínculos emocionales entre los residentes y sus familiares.

Una vez establecido unas conclusiones firmes en relación a la institucionalización de las personas mayores, se podría realizar una investigación similar en otros colectivos institucionalizados, como por ejemplo personas con discapacidad, y así realizar una comparativa en el proceso de adaptación del familiar en relación al perfil de la persona institucionalizada, y poder extraer conclusiones comunes en todas las situaciones.

7. BIBLIOGRAFÍA

7.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abellán, A. & Ayala, A. (2012). Un perfil de las personas mayores en España, 2012. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Portal Mayores*, nº 131. Madrid. Recuperado de: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-indicadoresbasicos12.pdf>
- Abellán, A., & Pujol, R. (2013). Un perfil de las personas mayores en España, 2013. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento en red* nº 1. Madrid. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos13.pdf>
- Abellán, A., Vilches, J., & Pujol, R. (2013). Un perfil de las personas mayores en España, 2014. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento en red* nº 6. Madrid. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos14.pdf>
- Alberdi, I. (1997). La familia. Convergencia y divergencia de los modelos familiares españoles en el entorno europeo. *Política y sociedad*, nº 26, (pp. 73-94.). Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/download/POSO9797330073A/25101>
- Aguilar Serrano, J; Beltrán Fusté, N; Jabazín Juan, M. (2005). *Reflexiones sobre el proceso educativo en la familia*. Valencia: Diputació de València en colaboración con Fundación para el Estudio, Prevención y Asistencia a las Drogodependencias (FEPAD). pp. 8-9 Recuperado de: <http://www.dival.es/bienestar-social/content/reflexiones-sobre-el-proceso-educativo-en-la-familia>
- Barenys, M.P. (1990). *Residencias de ancianos. Análisis sociológico*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Bazo, M. T. (1992). La nueva sociología de la vejez: de la teoría a los métodos. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (Reis)*, nº 60, pp. 75-90. Recuperado de: http://reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_060_07.pdf
- Bover, A. B., & Gastaldo, D. (2005). La centralidad de la familia como recurso en el cuidado domiciliario: perspectivas de género y generación. *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 58, nº1, pp. 9-16. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000100002&script=sci_abstract

- Calvo, E. G. (2002). Emancipación tardía y estrategia familiar. *Estudios de Juventud*, nº 58. Recuperado de: <http://www.injuve.es/sites/default/files/articulo1.pdf>
- Consejería de Salud y Bienestar Social de Castilla – La Mancha. (2012). *Modelo Básico de Atención en Residencias para Personas Mayores*. Dirección General de Atención a Personas Mayores, Personas con Discapacidad y Personas en Situación de Dependencia. Recuperado de: <http://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/20120511/modelobasicoatencionresidenciaspersonasmayorespdf.pdf>
- Constitución Española*, 1978. Boletín Oficial del Estado nº 311.1, de 19 de diciembre de 1978.
- Collado, A. (1989). Efectos no deseados del proceso de envejecimiento de la sociedad española. *Reís* nº 48, pp. 199-209.
- Decreto 186/2010, de 20/07/2010, del *régimen jurídico de los centros y servicios especializados para la atención a las personas mayores en la red pública de Castilla-La Mancha y del procedimiento de acceso a los mismos*. Diario Oficial de Castilla – La Mancha nº 141, de 23 de julio de 2010.
- Elizari, C., Furiel, M. J., & Aizpiru, E. (1997). De residencias para la tercera edad a centros gerontológicos. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales*, nº 32, 4. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2698884.pdf>
- Envejecimiento en Red (2014). Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de diciembre de 2013. *Informes Envejecimiento en Red*, nº 7. Madrid. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2013.pdf>
- FITS y AITS (2004). *Ética en el Trabajo Social: Declaración de Principios*. Asamblea General de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales y de la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social en Adelaida, Australia, octubre 2004. Recuperado de: <http://www.pol.una.py/sites/default/files/files/bienestar/PRINCIPIOS%20ETICOS%20DEL%20TRABAJO%20SOCIAL.pdf>

- Flecha, C (2002). *La liberación femenina*. En Autores Varios. Balance del siglo XX. Madrid: Fundación Cánovas del Castillo.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- Franco Martín M, Criado del Valle C. (2002) *Intervención psicoterapéutica en afectados de enfermedad de Alzheimer con deterioro leve*. Madrid, España: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Fundación FOESSA. (2008). *VI Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2008* (Vol. 11). Cáritas Española.
- Hernández, B., & Velasco-Mondragón, H. E. (2000). Encuestas transversales. *Salud pública de México*, vol. 42, nº 5, pp. 447-455. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342000000500011>
- Huenchuan, S. (2009). Las familias latinoamericanas interrogadas. Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas. Ponencia para el Seminario Regional organizado por CEPAL “*Envejecimiento e institucionalidad para el cuidado de las personas mayores*”. Santiago de Chile, 29. Recuperado de: <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6973/S2011910.pdf?sequence=1>
- IMSERSO (2012). *Servicios Sociales dirigidos a personas mayores en España. Diciembre de 2011*. Madrid: Observatorio de personas mayores. Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación. Recuperado de: http://www.espaciomayores.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/opm_ssppmm_dic2011.pdf
- INE (2004). ¿Cuántos somos en casa? *Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadística* nº 6. Recuperado de: <http://www.ine.es/revistas/cifraine/0604.pdf>
- INE (2010). *Proyección de la población española a largo plazo 2009-2049*. [Monografía en Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Recuperado de: <http://www.ine.es/prensa/np587.pdf>
- INE. (2014). *Encuesta Activa de Población - Primer trimestre 2014*
- Jiménez, JF. (2011) *Pensamiento feminista en España (1976-2000): debates políticos y controversias sobre la idea de modernidad*. Asociación Española de Ciencia Política (AECPA). Recuperado de: <http://www.aecpa.es/uploads/files/modules/congress/10/papers/66.pdf>

- Leturia, F. J., Inza, B. y Hernández, C. (2007). El papel de la familia en el proceso de atención a personas mayores en centros sociosanitarios. *Zerbitzuan* nº 41, pp.129-144. Recuperado de: <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/2829>
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del *Código Penal*. Boletín Oficial del Estado nº 281, de 24 de noviembre de 1995.
- Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de *Servicios Sociales de Castilla-La Mancha*. Diario Oficial de Castilla – La Mancha nº 251 de 31 de diciembre de 2010; y Boletín Oficial del Estado nº 38 de 14 de febrero de 2011.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de *Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. Boletín Oficial del Estado nº 299 de 15 de diciembre de 2006.
- Maganto, C. (1994) Influencia de la familia y la escuela en la socialización y la conducta prosocial. En M. Garaigordobil y C., Maganto (Eds.): *Socialización y conducta prosocial en la infancia y adolescencia*. San Sebastián. Pp. 37-72. Universidad País Vasco. Servicio Editorial.
- Miller, R.A. (1994). The biology of aging and longevity. En *Hezzard, W.R.* (de.) *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*, pp. 3-18. New York: McGraw-Hill.
- Minuchin, Salvador. (1982). *Familias y terapia familiar*. Gedisa. Barcelona.
- Moreno, A., López, A., & Segado, S. (2012). La transición de los jóvenes a la vida adulta. *Colección de estudios Sociales* nº 34. Obra Social “La Caixa”. Recuperado de: http://www.publicacionestecnicas.com/lacaixa/transicio_dels_joves/files/34_es/descargas/Libro34_ESP.pdf
- OMS (2002): Envejecimiento activo: un marco político. Contribución de la Organización Mundial de la Salud a la Segunda Asamblea de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, *Revista Española Geriatria y Gerontología*, nº 37 (S2), pp. 74-105. Recuperado de: <http://www.bbpgal.es/images/BBPGAL/Envejecimiento%20activo%20marco%20politico%20-%20OMS.pdf>
- OMS (2012): <http://www.who.int/>. Demencia. Nota descriptiva nº 362. Recuperado el 27 de junio de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- Onwuegbuzie, A. y Leech, N. (2007). *A call for qualitative power analyses*. Quality and Quantity, Vol. 41, nº 1, pp. 105-121.

- Otero, Á., Zunzunegui, M. V., Rodríguez-Laso, Á., Aguilar, M. D., & Lázaro, P. (2004). Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española. *Revista Española Salud Pública*, nº 78(2), 201-213. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v78n2/original1.pdf>
- Parapar Barrera, C., Rey Campos, J., Fernández Nuevo, J.L., & Ruíz Yaniz, M. (2010) *Informe I+D+i sobre envejecimiento*. Madrid: Fundación General CSIC. Recuperado de: <http://www.fgcsic.es/sites/default/files/InformeEnvejecimiento.pdf>
- Prieto, J., Calcerrada, E. y Calvo, A. (n.d.) *Atención a la demencia en el marco de la dependencia*. Documento publicado en: <http://pagina.jccm.es/forma/doc/part8.pdf>
- Real Decreto de 24 de julio de 1889, *texto de la edición del Código Civil*. Boletín Oficial del Estado nº 206, de 25 de julio de 1889.
- Resolución de 29/11/2010, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, por la que se aprueba la *Carta Marco de Servicios de las Residencias para Personas Mayores de Castilla-La Mancha*. Diario Oficial de Castilla – La Mancha nº 240, de 15 de diciembre de 2010.
- Rojas, J. I., Zurru, M. C., Romano, M., Patrucco, L., & Cristiano, E. (2007). Accidente cerebrovascular isquémico en mayores de 80 años. *Medicina (Buenos Aires)*, vol. 67, nº 6/2, pp. 701-704.
- Santos Luengo, M., Serrano Granger, C., Serrano Granger, J., & David Fernández, S. (2009). Efecto Hawthorne en estudios de preventiva y periodoncia. *Gaceta Dental: Industria y Profesiones*, nº 206, pp. 132-139.
- Sempere, A. y Cavas, F. (2007), *Ley de dependencia. Estudio de la Ley 39/2006, sobre promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Pamplona: Editorial Aranzadi.
- Uceda i Maza, F. X. (2013). Tema 2: La comunicación y la representación social del Trabajo social. En: *Habilidades sociales y de comunicación del Trabajo social: interacción social y comunicación: comunicación profesional*, pp. 53-83. Valencia: Tirant Humanidades.
- Valero, A. (1995). El sistema familiar español. Recorrido a través del último cuarto de siglo. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, nº 70. pp. 91-106. Recuperado de: http://reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_070_08.pdf

Zaidi, A. (2008). *Características y retos del envejecimiento de la población: La perspectiva europea*. Policy Brief, European Centre. Recuperado de:
http://www.imsero.gob.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/polbrief_march2008_span.pdf

7.2. Bibliografía consultada

- Aguirre, R. (2005). *Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas*. Reunión de expertos "Políticas hacia las familias, protección e inclusión social" Cepal.
- Ander-Egg, E. (1995). *Técnicas de investigación social* (Vol. 24). Lumen.
- Aseensio, I. H., & Yrigoyen, C. C. (2004). Aspectos económicos y territoriales del envejecimiento en España. *Encuentros multidisciplinares*, nº 6, 16, pp. 47-58.
- Chen, C. K., Sabir, M., Zimmerman, S., Suitor, J., & Pillemer, K. (2007). The importance of family relationships with nursing facility staff for family caregiver burden and depression. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, nº 62(5), pp. 253-P260. Recuperado de:
<http://psychsocgerontology.oxfordjournals.org/content/62/5/P253.short>
- Consejería de Bienestar Social del Principado de Asturias. (2008). *La familia contigo. El papel de los familiares en las residencias de personas mayores*. Oviedo: Consejería de Bienestar Social del Principado de Asturias. Recuperado de:
<http://www.acpgerontologia.com/documentacion/lafamiliacontigo.pdf>
- Estrada, R. E. L., & Deslauriers, J. P. (2011). La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en trabajo social. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*, nº 61, pp. 2-19.
- Gallo Estrada, J. (2011). *Dependencia y entorno residencial y familiar de las personas mayores de 75 años que viven solas: Autopercepción y comportamiento*. (Tesis doctoral). Universitat de les Illes Balears.
- INE (2012). *Mujeres y hombres en España*. Metodología. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad.
- INE (2013): *Mujeres y hombres en España*. Metodología (www.ine.es). Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad.
- INE. (2014). *Encuesta Activa de Población - Primer trimestre 2014*

- Janzen, W. (2001). Long-term care for older adults. The role of the family. *Journal of gerontological nursing*, nº 27(2), pp. 36-43. Recuperado de: <http://europepmc.org/abstract/med/11915264>
- Lara Pérez, L., Díaz, D., Herrera Cabrera, E., & Silveira Hernández, P. (2001). Síndrome del "Cuidador" en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica. *Revista Cubana de Enfermería*, nº 17(2), pp. 107-111.
- Márquez-González, M., Losada-Baltar, A., Pillemere, K., Romero-Moreno, R., López-Martínez, J., & Martínez-Rodríguez, T. (2010). *Cuidando más allá del domicilio: el papel de la familia en los centros residenciales y el cuidado colaborativo*. Viguera Editores SL 2010. PSICOGERIATRÍA 2010; nº 2 (2). pp. 93-104. Recuperado de: http://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0202/0202_0093_0104.pdf
- Martín, I. Z. (2004). *Protección civil de la ancianidad*. Librería-Editorial Dykinson.
- Martínez Sola, E. M. (2012). *Vivencias y escenarios de duelo en las personas mayores en la Almería del siglo XXI*. (Tesis doctoral). Universidad de Alicante.
- Pac, P., Vega, P., Formiga, F., & Mascaró, J. (2006). Motivos de ingreso en residencias geriátricas en Calahorra (La Rioja). *Rev Mult Gerontol*, nº 16, pp. 32.
- Partenazi R., Guimaraes, O.; Marques, S. (2001). *Representaciones sociales del cuidado del anciano en trabajadores de salud en un ancianato*. Revista Latinoamericana de Enfermagem; 1 (9): 112-120.
- Peón, F. V. (2004). *Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa. Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. México DF. FLACSO. 63-95.
- Peral, M. T. Z. (1999). Apuntes sobre el objeto en Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo social*, nº 12, 13.
- Pérez, F. (2005). La entrevista como técnica de investigación social. Fundamentos teóricos, técnicos y metodológicos. *Extramuros*, nº 8(22), pp. 187-210.
- Riquelme, A. (1997). Buendía J. Fuentes de estrés residencial, bienestar subjetivo y adaptación a la institución en usuarios de residencias geriátricas. *Geriátrica*, nº 13(10), pp. 441-7.
- Robles L. (2003) *La red social del anciano durante la enfermedad: un acercamiento cualitativo*. Universidad de Guadalajara, México. Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas: Participación, Ciudadanía e Inclusión Social, 51 Congreso Internacional de Americanistas. Santiago de Chile; 2003.

- Robles L. (2005) La relación entre cuidado y envejecimiento: entre la sobrevivencia y la devaluación social. *Papeles de Población* nº 45, pp. 49-69
- Rodríguez Martín, B. (2012). *Análisis cualitativo de los cuidados formales en residencias públicas de mayores*. (Tesis Doctoral). Centro de Estudios Sociosanitarios Universidad de Castilla – La Mancha. Recuperada de <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/3437/TESIS%20Rodr%C3%ADguez%20Mart%C3%ADn.pdf?sequence=1>
- Rodríguez G, Gil J, García E. (1999) *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Málaga: Aljibe.
- Tortajada, P. M. (2011). El Trabajo Social en residencias para personas mayores dependientes. De la burocracia a la empatía. INTO DEPTH, 81.
- Villa, F. R. D. (2007). Los servicios sociales especializados para la vejez: Las residencias de la tercera edad en Galicia. *Vejez y envejecimiento en Europa occidental*, nº 18, 205.
- Zarit, S. H., & Whitlatch, C. J. (1992). Institutional placement: Phases of the transition. *The Gerontologist*, nº 32(5), pp. 665-672.

8. ANEXOS

ANEXO 1: ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Plazas de atención residencial para personas mayores en Castilla – La Mancha _____	19
Tabla 2	Distribución por edades de las personas mayores en la residencia de mayores “El Jardín” _____	21
Tabla 3	Datos relativos de la muestra de personas entrevistadas. _____	29
Tabla 4	Datos relativos de los familiares ingresados de las personas entrevistadas _____	30

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Previsión de la evolución de la población _____	10
Gráfico 2	Edad media de las personas ingresadas en la Residencia de Mayores “El Jardín” _____	32
Gráfico 3 y 4	Estado civil de las personas ingresadas en la residencia de mayores “El Jardín” _____	32
Gráfico 5	Motivo de ingreso de las personas ingresadas en la residencia de mayores “El Jardín” _____	33
Gráfico 6	Decisión de ingreso de las personas ingresadas en la residencia de mayores “El Jardín” _____	33
Gráfico 7	Procedencia al ingreso de las personas ingresadas en la residencia “El Jardín” _____	34
Gráfico 8	Personas ingresadas en la residencia de mayores “El Jardín” con declaración de incapacidad legal _____	34

ANEXO 2: PROTOCOLO DE ACOGIDA

PROTOCOLO DE ACOGIDA DEL RESIDENTE

1.- CONSIDERACIONES PREVIAS

1.1.- PLANTEAMIENTO INICIAL

El presente protocolo deberá aplicarse, siempre que sea posible, cuando el/la residente tenga sus facultades físicas o mentales mínimamente conservadas. En caso contrario se actuará con similar procedimiento con su familiar y/o acompañante.

1.2.- PASOS PREVIOS AL INGRESO NORMALIZADO

Comunicación al Centro

Desde la Delegación se comunicará al Centro el nuevo ingreso previsto. Así mismo se enviará junto con la resolución, los informes médicos y sociales.

1.3.- CONTACTO CON USUARIO/FAMILIAR

Desde el Centro, la Trabajadora Social se pondrá en contacto telefónico con el usuario/a o con el familiar de referencia.

Este primer contacto tiene varios objetivos:

□ Informar al usuario/familiar sobre todo aquello que es necesario preparar para ingresar en el Centro

- Documento Nacional de Identidad.
- Informes y datos médicos.
- Datos administrativos.
- Útiles personales

□ Proponerle una visita previa al Centro antes del ingreso para que pueda situarse en lo que será su nuevo lugar de residencia.

□ Concretar día y hora para el ingreso en el Centro.

1.4- VISITA PREVIA DEL RESIDENTE

El objetivo es que el/la residente conozca nuestro Centro para que pueda situarse y familiarizarse con lo que va a ser su nuevo Hogar y reducir de este modo la ansiedad que un cambio así puede provocar.

Así mismo se aprovechará para transmitirle la información básica sobre servicios y horarios;

- Conocer las dependencias del Centro
- Conocer al personal y otros/as residentes

- Visitar su futura habitación, que deberá estar en perfecto estado de revista.
- Cualquier otra cuestión que el usuario/a demande.

1.5- COMUNICACIÓN FORMAL DE LA CONCESIÓN DE LA PLAZA

Habiéndose producido estos contactos previos, la Trabajadora Social contactará telefónicamente con el interesado para fijar la fecha y hora de su ingreso. Debe de acudir al Centro en compañía del cuidador principal, si existe, y aportar TODOS los informes médicos de que disponga, singularmente los de su Centro de Salud y hospitalarios, así como TODA la medicación que consuma.

1.6. INGRESO URGENTE

Si el ingreso es urgente los trámites para la incorporación se reducirán, siendo suficiente la puesta en común del ingreso entre la Trabajadora Social y el interesado o sus representantes.

Si este ingreso fuera urgente y además extraordinario (fuera de *las* horas de permanencia normal de la Directora, Trabajadora Social y Médica en el Centro), la enfermera de turno se encargará de recibir el ingreso, asignándole cama provisional en enfermería, hasta su normalización administrativa.

1.7 INGRESO POR TRASLADO DE OTRA RESIDENCIA

Las trabajadoras Sociales concordarán la tramitación oportuna.

1.8.- COMUNICACIONES

La Trabajadora Social, informará de la llegada del futuro/a residente, a los efectos oportunos en cada caso, a todos los servicios de la Residencia concernidos, entre otros: médico y enfermería, coordinadora de auxiliares, servicio de limpieza y lavandería, administración, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, etc.

2.- INGRESO

2.1.- PRIMER DÍA

La trabajadora social recibirá al residente y acompañantes intentando que el ingreso se produzca de manera normalizada, preferentemente a primera hora de la mañana (10 horas). Cumplimentará la ficha de recepción con los datos básicos.

Se realizará una primera entrevista informando sobre las cuestiones de régimen interior (servicios, normas del personal, pagos, horarios, vestuario adecuado, marcaje de ropa...). Les

informará, así mismo, de los distintos responsables de los servicios por medio de los cuales deberá canalizar todas sus demandas.

Se les entregará copia de la Carta de Servicios, Carta Marco y del Manual de funcionamiento de la Residencia.

- Cumplimentará la ficha de su PIAP y le asignará lugar en el Comedor.
- A continuación se le acompañará al Departamento médico (nunca después de las 11'30 horas) donde se le realizará la Valoración Geriátrica inicial por parte de la médica. La información recogida se plasmará en el modelo de historia determinado. La médica deberá en este primer día, indicar las pruebas complementarias e interconsultas que se precisen y el tratamiento que vaya a recibir el paciente que plasmará en los modelos al uso.

A continuación, Enfermería realizará su correspondiente valoración, y preparará en su caso, la medicación indicada para el inicio inmediato del tratamiento y cursará tanto las peticiones de pruebas complementarias como de interconsultas. Ambos, pondrán en común la información recogida y acordarán un:

PLAN INICIAL DE ATENCIÓN

(Plan de cuidados) que reflejarán en el apartado correspondiente del PIAP y que contendrá, según la normativa oportuna, como mínimo:

- a) Tipo y lugar de alimentación.
- b) Tratamiento farmacológico.
- c) Medidas de prevención de úlceras por presión, si se precisan.
- d) Cambios posturales.
- e) Medidas de prevención de caídas, si se precisan.
- f) Tipo de asistencias a las actividades básicas de la vida diaria.
- g) Inclusión en programas específicos (diabetes, hipertensión...)
- h) Cualquier otra medida que se considere necesaria

En el mismo turno de trabajo la médica comunicará de forma verbal a Enfermería, y también si es posible por escrito, los pormenores del plan de cuidados, para que tome inmediatamente las medidas oportunas.

- Más adelante se le acompañará al departamento de Administración para resolver las cuestiones burocráticas correspondientes (datos bancarios, declaración jurada de ingresos,...)

• Seguidamente junto a los miembros del Comité de Acogida, realizarán una visita por el Centro donde conocerán al personal de los distintos departamentos.

• A continuación le acompañarán a su habitación donde la coordinadora de AAEE ayudado por sus familiares y/o auxiliares se colocará ropa y enseres personales y se elaborará el correspondiente inventario. También se le explicará el funcionamiento de timbres, mandos y acomodación.

- Finalmente se le acompañará al Comedor, y se le presentará a sus compañeros/as de mesa. Si procediere, o si su estado físico o psíquico así lo aconsejase, permanecerá en planta para que realice las comidas en la habitación o comedor de planta.

- Por la tarde, los componentes del Comité de Acogida procurarán estar cerca de él/ ella para cualquier orientación o información.

2.2-SEGUNDO DÍA Y SIGUIENTES

Realizarán su correspondiente valoración Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional y Psicólogo, que recogerán en los documentos correspondientes y trasladarán al PIAP, indicando los tratamientos adecuados para el residente. Esta información se comunicará a la médica responsable de la valoración, quién, tras realizar con ellos cuantas reuniones informales crea conveniente, los trasladará enseguida al Coordinador de Auxiliares de Enfermería para que adopte las medidas oportunas para su exacto cumplimiento.

Siempre y cuando alguno de los miembros del equipo interdisciplinar lo considerara necesario, por la especial problemática que plantee el recién llegado, el primer jueves después del ingreso, se realizará una reunión para realizar una valoración conjunto y plantear la conveniencia de asignarle un cuidador de referencia.

La Trabajadora Social llevará a cabo un seguimiento del proceso de adaptación de la persona residente durante las tres primeras semanas (Ver ficha de seguimiento Anexo 2)

Finalmente (transcurridos mínimo 15 días desde el ingreso) en la reunión semanal del Equipo Interdisciplinar, se pondrá en común el I Plan Individual de Atención Individualizada del nuevo/a residente.

Se considera conveniente que no transcurran *más* de un año para la revisión normalizada de los PIAPs de los residentes.

Higueruela a 23 de marzo de 2010

ANEXO 3: FICHA DE SEGUIMIENTO

Nombre y apellidos			
Fecha de nacimiento		Edad	
Fecha de ingreso		Habitación	

HOJA DE SEGUIMIENTO DE INGRESO

INDICADORES	PRIMERA SEMANA	SEGUNDA SEMANA	TERCERA SEMANA
Adaptación a las normas y horarios			
Participación en las actividades			
Relación con el resto de residentes			
Estado de ánimo			
Visitas y valoraciones de los familiares			
Valoración del propio residente			
Valoración de la directora y del personal de atención directa			
Observaciones			

ANEXO 4: SOLICITUD PREVIA DIRECCIÓN DEL CENTRO

A la atención del Responsable de la Residencia de Mayores “El Jardín” de Higuera de Albaladejo, dependiente de los Servicios Periféricos de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de Castilla – La Mancha.

Como trabajadora social de esta residencia, y actual estudiante del curso de adaptación al grado en Trabajo Social en la Universidad Internacional de La Rioja, solicito permiso para la realización de un estudio de investigación en la residencia con objeto de la elaboración del Trabajo de Fin de Grado de mis estudios. La investigación se denomina: *INSTITUCIONALIZACIÓN DE MAYORES: INGRESO Y ADAPTACIÓN DESDE LA ÓPTICA DE LOS FAMILIARES*, y el objetivo general de la misma es “conocer la forma en que las familias afrontan el ingreso de un familiar directo en la residencia de mayores “El Jardín” de Higuera de Albaladejo”, considerando este como un aspecto fundamental para garantizar el pleno bienestar social de las personas que ingresan en nuestra residencia.

La investigación consiste en la realización de entrevistas presenciales a unos 10-12 familiares, quienes previamente serán informados de todos los aspectos fundamentales del estudio y prestarán su consentimiento expreso para su participación. Además se garantizará el anonimato de los participantes, así como de la información facilitada, durante toda la investigación.

Así mismo, una vez elaboradas las conclusiones generales del estudio, éstas serán facilitadas a la residencia para valorar si es necesario realizar algún cambio en los protocolos vigentes de actuación durante el proceso de ingreso y adaptación.

Fdo. Cristina Domínguez Fernández
Investigadora y Trabajadora Social.

ANEXO 5: CARTA INFORMATIVA FAMILIARES

Estimado familiar,

Me pongo en contacto contigo para informarte de un estudio de investigación en el que te invito a participar. Dicha investigación se encuadra dentro del Trabajo de Fin de Grado que estoy realizando para la Universidad Internacional de La Rioja.

El título de la investigación sería “*INSTITUCIONALIZACIÓN DE MAYORES: INGRESO Y ADAPTACIÓN DESDE LA ÓPTICA DE LOS FAMILIARES*”, siendo su objetivo principal conocer la forma en que las familias afrontan el ingreso de un familiar directo en la residencia de mayores “El Jardín” de Higuera (Albacete). Como trabajadora social de la residencia considero como parte fundamental de la atención a las personas que aquí residen la atención a sus familiares cercanos, entendiendo como necesario el bienestar de todos los miembros de la familia beneficia a la persona mayor y mejora su adaptación a la residencia; por ello he planteado al responsable del centro la posibilidad de llevar a cabo esta investigación y observar cuales son los puntos fuertes y los débiles que tenemos en la residencia en cuanto a la atención a los familiares de nuestros residentes durante el proceso de ingreso y adaptación. Además se valorará si es necesario introducir modificaciones en los protocolos existentes para adaptarnos mejor a las necesidades de las familias de nuestros residentes.

La intención es facilitar toda la información acerca del estudio para que puedas tomar la decisión de participar o no en la investigación.

Participación Voluntaria: la participación en este estudio es voluntaria, por lo que eres libre de colaborar o no con la investigación, o de cambiar de decisión en cualquier momento incluso ya iniciado el estudio.

Estudio: la participación consistiría en la realización de una entrevista personal presencial, en la cual se realizarán una serie de preguntas relacionadas con la decisión de ingreso en la residencia de tu familiar, así como con todo el proceso de adaptación a la misma. La duración estimada de esta entrevista sería de 30 minutos.

Anonimato: durante todo el estudio se garantiza el anonimato de la información facilitada, que únicamente será utilizada para extraer las conclusiones generales de la investigación, sin que en ningún momento se detalle la relación de la información con la persona que la ha facilitado.

El tratamiento de la información obtenida a través de las entrevistas, así como los datos de carácter personal se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal, y en su reglamento de desarrollo.

ANEXO 6: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUCIONALIZACIÓN DE MAYORES: INGRESO Y ADAPTACIÓN DESDE LA ÓPTICA DE LOS FAMILIARES.

Investigación llevada a cabo por Cristina Domínguez Fernández,
Trabajadora Social de la Residencia de Mayores “El Jardín” de Higuera.

Yo _____, como familiar de un/a usuario de la Residencia en la que se va a desarrollar este estudio, **ACEPTO** participar en el estudio llevado a cabo por la Trabajadora Social del centro, y así mismo confirmo que:

- Se me ha facilitado la información necesaria sobre la investigación.
- Se me ha entregado una hoja con la información sobre el alcance de mi participación.
- Se ha resuelto todas las dudas sobre mi participación en la investigación.
- Se me ha clarificado que la participación es voluntaria, y que puedo abandonar el estudio cuando lo desee, así como no contestar las preguntas que considere inadecuadas, sin necesidad de justificarlo.
- Acepto que se utilice la información obtenida a través de la entrevista persona para la investigación.

En Higuera a __ de _____ de 2014.

Fdo. _____
Participante en el estudio.

Fdo. Cristina Domínguez Fernández
Investigadora / Trabajadora Social

ANEXO 7: CUESTIONARIO FAMILIAS

FASE 1: TOMA DE DECISIONES

1.- ¿Cuál fue la causa principal que motivó la solicitud de ingreso en residencia? (soledad, enfermedad, grado de dependencia, barreras arquitectónicas, motivos laborales, etc.)

1.1.- ¿Existió algún factor desencadenante que propiciara el ingreso en residencia? (enfermedad grave, aumento grado de dependencia, fallecimiento cónyuge, presiones familiares, etc.)

1.2.- ¿Quién era el/la cuidador principal de la persona?

1.3.- ¿Dónde residía la persona? (rotación, domicilio propio, etc.)

2.- ¿Quién pensó que tu familiar podría residir en esta residencia? (propia persona, familiares, etc.).

2.1.- ¿Cuál es la opinión previa que tenía tu familiar sobre las residencias?

2.2.- ¿Cuál es la opinión previa que tenía la familia sobre las residencias? ¿Existió consenso entre los familiares y el residente en la toma de la decisión?

2.3.- ¿Cuándo se tomó la decisión de solicitar ingreso en residencia de mayores? ¿Cuánto se han demorado los trámites?

3.- ¿Por qué se eligió esta residencia?

3.1.- ¿Tenías noticias o referencias previas de esta residencia? ¿Cuáles?

FASE 2: PREINGRESO

1.- ¿Cómo fueron los contactos previos al ingreso? (personales, telefónicos, etc.)

1.1.- ¿Con quien se realizaron esos contactos?

1.2.- ¿Qué tipo de información se facilitó en ese contacto? ¿Se plantearon y resolvieron las inquietudes y dudas de los familiares?

2.- ¿Cuánto tiempo transcurrió aproximadamente entre la fecha de notificación de concesión de la plaza y la fecha programada del ingreso? ¿Fue adecuado?

3.- Durante el periodo de espera, ¿surgió por parte de la familia (o por el propio futuro residente) alguna duda o cambio de opinión? ¿Por parte de quién? ¿De qué tipo?

3.1.- ¿Cuál fue el mayor miedo o duda que se planteó durante este periodo para la familia? ¿Y para el futuro residente?

FASE 3: INGRESO

1.- El día del ingreso, ¿quién acompañó a tu familiar? ¿Qué profesionales os recibieron? ¿Qué trato recibieron por parte de cada uno de los profesionales?

1.1.- ¿Fue suficiente la información facilitada a la familia por cada uno de los profesionales? ¿Se resolvieron todas las dudas sobre el funcionamiento del centro y las atenciones que se iban a prestar a tu familiar?

2.- ¿Cuál fue el mayor miedo o duda que se planteó durante para la familia este día?

FASE 4: PERIODO DE ADAPTACIÓN Y ACOGIDA

1.- ¿Cómo cree que vivió su familiar los primeros días de ingreso en el centro? ¿Cómo lo manifestaba o expresaba (cambios de comportamiento, rechazo a la familia, etc.)? ¿Cómo lo vivió la familia?

1.1.- ¿Qué información transmitía el residente en relación a la atención en el centro?

2.- Durante el periodo de adaptación, ¿se facilitó a la familia información sobre aspectos relevantes como: alimentación, descanso, estado general, etc.?

3.- ¿Quién fue el profesional de referencia durante el proceso de adaptación? ¿Cómo eran los contactos de la familia con este profesional? (telefónicos, entrevistas, quien establecía el contacto, etc.)

4.- ¿Cuál es el sentimiento actual de la familia en relación a la atención en la residencia? ¿Y la de su familiar?

5.- ¿Cuál es su opinión en relación a los diferentes profesionales de la residencia?

- Responsable de Centro

- Trabajadora Social

- Médico

- Psicólogo

- D.U.E.

- Auxiliares de enfermería

- Fisioterapeuta

- Otro personal de la residencia: Cocina, lavandería, limpieza, mantenimiento, etc.

- Terapeuta Ocupacional

7.- ¿Cómo le hubiera gustado que fuera la atención recibida durante este proceso? Si fueras el/la responsable de la residencia, ¿qué cambios introducirías?

8.- A su juicio, ¿qué posibles mejores podrían introducirse en el proceso de acogida e ingreso en la residencia para facilitar la adaptación de las familias?