



Universidad Internacional de La Rioja

Máster en Intervención Social en las Sociedades del Conocimiento

ESTUDIO SOBRE LAS DIFICULTADES ANTE EL INGRESO EN EL CENTRO RESIDENCIAL SAN ROQUE (LUGO)

Trabajo Fin de Máster presentado por: Patricia González Muínelo

Titulación: Máster Universitario en Intervención Social en las Sociedades del
Conocimiento

Director/a: José Manuel García Moreno

CATEGORÍA TESAURO: 3.4.4 INTERVENCIÓN SOCIAL

RESUMEN

El envejecimiento poblacional es un tema de actualidad, no solo por los cambios que está introduciendo en la estructura de la sociedad, sino que también plantea una serie de necesidades y problemáticas específicas en la atención de este colectivo. Uno de los recursos actuales con más auge son las residencias especializadas en los cuidados y atenciones de la población mayor, pero en ocasiones, su ingreso supone una serie de dificultades económicas, emocionales y sociales, que influyen de forma directa en todo el proceso de ingreso en residencias. Además, existen otros factores sociales que influyen en un ingreso, como la imagen preestablecida que existe sobre las residencias en la sociedad.

El presente trabajo realiza un estudio de los factores por los que se han visto afectados los residentes y sus familiares a la hora de ingresar en un centro residencial de la ciudad de Lugo, con la finalidad de acercarnos a una realidad cada vez más extendida: la institucionalización de la tercera edad.

PALABRAS CLAVE

TERCERA EDAD, SERVICIOS SOCIALES, RESIDENCIAS, MITOS, PROCESO DE ADAPTACIÓN

ÍNDICE

Contenido

ÍNDICE	3
➤ Índice de Tablas	5
➤ Índice de Gráficos.....	5
1. INTRODUCCIÓN	6
2. OBJETIVOS	8
3. MARCO TEÓRICO	10
3.1 El envejecimiento: Aspectos generales	10
3.1.1 Teorías sociales sobre el envejecimiento.....	10
3.1.2 Mitos en torno al concepto de envejecimiento	11
3.1.3 Cambios con la llegada del envejecimiento	12
3.1.4 El envejecimiento en Galicia.....	16
3.2 Servicios Sociales de atención a la tercera edad.	17
3.2.1 Servicios residenciales para la atención de la tercera edad.....	18
3.3 El ingreso en residencias.	20
3.3.1 Factores que influyen en un ingreso	20
3.3.2 La persona mayor ante el ingreso.....	21
3.3.3 La familia ante el ingreso	22
3.4 Proceso de adaptación en residencias.	23
4. METODOLOGÍA	27
5. RESULTADOS.....	31
5.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	31
5.2 DATOS OBTENIDOS DE LAS VALORACIONES DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO.....	33
5.3 DATOS OBTENIDOS POR MEDIO DE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS	36
5.1 DIFICULTADES ANTERIORES AL INGRESO RESIDENCIAL.....	37
5.3 DIFICULTADES EN LA SOLICITUD DE INGRESO EN LA RESIDENCIA	41
5.3 DIFICULTADES EN LA ADAPTACIÓN AL CENTRO RESIDENCIAL	45

5.4 IDEAS Y ESTEREOTIPOS SOBRE RESIDENCIAS DE LA TERCERA EDAD.....	47
6. CONCLUSIONES	53
7. BIBLIOGRAFÍA	60
8. ANEXOS.....	64

➤ Índice de Tablas

Tabla 1: Clasificación de centros según de tamaño.....	17
Tabla 2: Grado de dependencia según puntuación obtenida.....	26
Tabla 3: Datos sociodemográficos de los usuarios.....	29
Tabla 4: Resultados de las valoraciones interdisciplinares.....	31

➤ Índice de Gráficos

Gráfico 1: Índice de Envejecimiento en Galicia.....	15
Gráfico 2: Resultados del Índice de Barthel.....	32
Gráfico 3: Resultados Mini Mental.....	33
Gráfico 4: Resultados Escala de Recursos Sociales.....	33
Gráfico 5: Meses de residencia en el centro.....	34
Gráfico 6: Tiempo de espera por la plaza residencial.....	35
Gráfico 7: Espera en otras residencias.....	36
Gráfico 8: Alternativas anteriores al ingreso.....	37
Gráfico 9: Motivo de solicitud de plaza en el centro.....	38
Gráfico 10: Motivo de solicitud en esa residencia.....	39
Gráfico 11: Voluntariedad de la decisión.....	40
Gráfico 12: Dificultades en la solicitud de plaza.....	41
Gráfico 13: Dificultades en el ingreso residencial.....	42
Gráfico 14: Adaptación a la residencia.....	43
Gráfico 15: Cambio de residencia.....	43
Gráfico 16: Ideas negativas sobre las residencias en la sociedad.....	44
Gráfico 17: Cambio de impresión sobre las residencias.....	46
Gráfico 18: Ideas preconcebidas sobre las residencias.....	47
Gráfico 19: Ideas actuales sobre las residencias.....	48
Gráfico 20: Evolución de las ideas tras el ingreso residencial.....	49
Gráfico 21: Recomendación a conocidos sobre el centro.....	50

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años estamos asistiendo a un notable envejecimiento de la población, que está provocando importantes cambios en nuestra dinámica socio – familiar, en nuestras pirámides de población, y en el planteamiento de nuevos retos y necesidades de cara a un futuro próximo.

En Galicia, y en concreto en Lugo, ciudad en la que se llevará a cabo el estudio, este aumento de la población mayor es especialmente relevante. El Índice de envejecimiento representa el segundo dato más elevado en todo el territorio nacional en el año 2013, superado solo por la provincia de Ourense. En el mismo año, el porcentaje a nivel nacional de personas mayores de 64 años, era de un 17,66 %, mientras que en la ciudad de Lugo, el mismo grupo de edad representaba un 28,12 % de la población. (INE, 2013).

El hecho de que Lugo cuente con el segundo dato más elevado en toda la península en cuanto al Índice de envejecimiento, provoca que la población se esté enfrentando a situaciones inquietantes en cuanto a la atención y cuidados especializados que requiere la población mayor.

Uno de los recursos que más demanda tiene para la tercera edad es el ingreso en Residencias para la atención especializada de personas mayores.

Por medio de este estudio, se pretende analizar los aspectos que influyen en la decisión de solicitar plaza residencial en un centro geriátrico determinado, ya sean económicas, sociales, de proximidad... Por medio de una muestra extraída de un centro residencial para la tercera edad de la ciudad de Lugo, se pretenden conocer a través de entrevistas semiestructuradas, una serie de conclusiones que nos permitan acercarnos a la realidad por la que se ve afectada una persona mayor junto con su familia a la hora de solicitar el ingreso en un centro.

Para ello, en la primera parte del trabajo se citan los objetivos que se pretenden conseguir con este estudio. A continuación se expone el marco teórico que abarca la teoría considerada de mayor interés referente al tema objeto estudio, y que sirve de base en el establecimiento de nuestros objetivos e hipótesis.

Por medio del apartado metodología, se expone el procedimiento por el cual se llevó a cabo la investigación, las hipótesis de trabajo, y las técnicas de análisis de datos. Los datos son representados de forma gráfica en el apartado de resultados, y las reflexiones sobre los mismos son recogidas en las conclusiones.

Por último, se cita la bibliografía utilizada, y algunos documentos citados a lo largo del trabajo, y que son considerados de interés, se adjuntan al final en el apartado anexos.

2. OBJETIVOS

Los **objetivos generales** que se plantean en la realización de este estudio son:

- *Analizar cuáles son los determinantes que influyen a la hora de solicitar un ingreso en un centro residencial concreto en la ciudad de Lugo.*

Con este objetivo planteado pretendemos averiguar los principales factores que influyen a la hora de centrar la búsqueda de una plaza residencial para una persona mayor.

Dentro de este objetivo general encontramos los siguientes específicos:

- Determinar si el factor económico es un condicionante a la hora de solicitar plaza en un centro determinado.
 - Conocer si la proximidad al domicilio anterior es un factor que influye directamente para solicitar la plaza en la residencia.
- *Conocer los principales prejuicios existentes hacia los centros residenciales en general, y compararlos con los que se tenían antes y después del ingreso propio o del familiar.* Por medio de este objetivo se pretende conocer si alguno de los estereotipos existentes en la sociedad influye sobre la decisión de solicitar una plaza residencial, y poder contrastar la opinión inicial sobre los centros geriátricos, con la idea que tienen tras su ingreso en ellos. Para ello se pretende:
- Comprobar si los prejuicios sobre las residencias de ancianos existentes en la sociedad son un factor que influye a la hora de solicitar plaza en un centro geriátrico.
 - Averiguar si dichos prejuicios sociales se mantienen o desaparecen y en qué grado tras un período de estancia en el centro.

- *Averiguar cuáles son las principales dificultades con las que se encuentran las familias y las personas mayores a la hora de solicitar plaza en residencias.*

Se pretende, mediante el establecimiento de este objetivo, comprender las dificultades a las que se enfrentan una persona mayor junto a su familia a la hora de ingresar en una residencia. Se pretende, por medio de este objetivo marcado:

- Conocer si las listas de espera son una dificultad frecuente a la hora de ingresar en un centro.
- Dar respuesta a los principales factores que limitan a una persona y su familia para solicitar una plaza residencial.
- Averiguar si la falta de red socio familiar influye a la hora de solicitar plaza en un centro residencial.

3. MARCO TEÓRICO

El marco teórico del presente trabajo se centra en el objetivo de clarificar teóricamente los conceptos relativos al tema que nos ocupa, así como dejar constancia de las distintas teorías que se consideran de interés.

3.1 El envejecimiento: Aspectos generales

Se considera interesante para el estudio hacer mención al concepto del envejecimiento, con la finalidad de reflexionar sobre algunos aspectos básicos en torno a las circunstancias que rodean a la vejez en la actualidad.

El *envejecimiento* como término teórico, junto con sus causas y consecuencias para el ser humano de forma individual, así como para la sociedad ha sido analizado y desarrollado a largo de numerosos estudios.

El término envejecimiento o senectud deriva del latín *senescere*, cuyo significado es alcanzar la vejez (Motlis, 1985). Se trata de un proceso de carácter lento pero a la vez dinámico que se ve influenciado por características internas y externas, incluidas la programación genética y los entornos físicos y sociales (Matteson, 1988).

Por lo tanto, podemos afirmar que tiene lugar de manera progresiva y gradual, y que afecta de manera diferente a cada individuo, interviniendo diversos factores de carácter hereditario, de sexo o estilo de vida entre otros. De esta manera, es afrontado también por cada individuo de manera diferente, lo que ha generado el surgimiento de diferentes conceptos en torno al propio envejecimiento, como es el caso del denominado envejecimiento activo, pudiendo ser entendido éste como “el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad en orden a mejorar la calidad de vida de las personas que envejecen” (OMS, 2002, p.12).

3.1.1 Teorías sociales sobre el envejecimiento

La forma más sencilla de delimitar la vejez se basa en contar los años desde el nacimiento, de forma que generalmente, los mayores de 65 años se convertirían en lo que denominamos tercera edad. (Mishara y Riedel, 1986).

El envejecimiento ha sido estudiado por medio de múltiples teorías biológicas, psicológicas y sociales. Las sociales, hacen especialmente hincapié en la importancia del papel activo de la persona mayor en la sociedad, para favorecer esta etapa vital.

La Teoría del retraimiento o desapego (Cummings y Henry, 1961), analiza que la persona mayor deja de participar en la sociedad, de forma que la sociedad le proporciona, a su vez, menos posibilidades de forma progresiva. Mientras, la teoría de la actividad (Havighurst, 1968), defiende que las personas mayores que continúan desarrollando los mismos roles que en la edad adulta, o sustituyen los perdidos por otros, se mantendrán activos. El envejecimiento tiene lugar cuando las personas dejan de estar activas.

Gubrium (1973), en su teoría del medio social, considera que las condiciones biológicas y sociales estarían relacionadas con la conducta de la vejez. De esta forma, la situación de autonomía o economía personal, condicionarían el comportamiento de la persona mayor. Todos los aspectos sociales que limiten la actividad, resultan negativos para la vejez.

Atchey (1972), expone con su teoría de la continuidad que la adaptación a la vejez está relacionada con el mantenimiento de los roles desempeñados en el pasado. Por su parte, la teoría de las minorías (Strieb, 1965), defiende que las personas mayores están obligadas a unirse en una minoría, por los rasgos en común que conservan, y por tanto, lo mismo que las minorías, contarían con rasgos como la pobreza, la segregación o el inmovilismo, que producirían efectos como el estancamiento o en contraposición, el activismo extremo.

3.1.2 Mitos en torno al concepto de envejecimiento

A menudo, el término envejecimiento se ve rodeado por una serie de estereotipos relacionados con discapacidad, enfermedades y sentimientos de pérdida.

Para Butler (1973), existe un prejuicio incorporado en la sociedad y transmitido por medio de ella, que está presente en las sociedades. El denominado fenómeno del «viejismo». El término «viejismo» se refiere al prejuicio de la gente joven hacia la gente vieja, es decir, contempla el conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los mayores por el simple hecho de pertenecer al grupo de la tercera edad. El conjunto de actitudes negativas, rechazo o tendencias marginales que supone el «viejísimo» refuerza con los estereotipos asignados a las personas mayores (personas enfermas, improductivas o carga social, entre otros).

Palmore (1990), en una asimilación acuña el término “tercerismo”, al referirse a las consecuencias de este tipo de estereotipos y prejuicios, que provocan efectos similares a los del racismo o sexismo. Para este autor, los estereotipos hacia la tercera edad reúnen una serie de características comunes:

- a) Crean una visión exagerada de la realidad, partiendo de unas pocas características.
- b) Carecen de una base real, pero se valoran como razonables, ya que cuentan con alguna parte de verdad.
- c) Existe una omisión de las características positivas en los estereotipos negativos.
- d) No proporcionan información sobre las causas.
- e) No reflejan tendencias compartidas.
- f) No ayudan a la hora de observar la variabilidad individual.

Estos estereotipos y sus consecuencias, repercuten de forma negativa en la visión que la sociedad tiene sobre la tercera edad. Iacub (2001), rebate y resume los principales mitos en:

- Salud: Vejez no es sinónimo de enfermedad, por lo que no podemos equiparar persona mayor con persona enferma.
- Sexualidad: Debemos desvincular a la persona mayor de los prejuicios sobre “no sexualidad” y el fantasma del “viejo verde”.
- Los viejos no son como niños. Para el autor este mito tiene serias consecuencias, puesto que junto con los anteriores, genera los sentimientos de discriminación y compasión.

3.1.3 Cambios con la llegada del envejecimiento

Se considera relevante para el presente estudio enmarcar algunos de los aspectos que de manera común afectan a este colectivo. La visión que el propio anciano tiene de sí mismo, así como de la sociedad, y la manera de su interacción en ella, van a ser determinantes en el proceso de envejecimiento. En este sentido Laforest (1991) define tres crisis asociadas al envejecimiento:

- La **crisis de identidad** donde se viven un conjunto de pérdidas que pueden deteriorar la propia autoestima del anciano.

- La **crisis de autonomía**, producida por el deterioro del organismo y la disminución de las posibilidades de desenvolverse en las actividades de la vida diaria (AVD).

- La **crisis de pertenencia**, provocada por una pérdida de roles y de grupos a los que la vida profesional y las capacidades físicas y de otra índole que afectan en la vida social.

A continuación, se hace mención a los cambios que se enmarcan en los diferentes ámbitos con la llegada de la denominada tercera edad.

3.1.3.1 Cambios en el entorno familiar

El aumento del número de personas mayores, junto con los cambios en materia laboral, la estructura de la familia y los nuevos estilos de vida están planteando nuevas exigencias a las familias y los sistemas socio - sanitarios. Las personas en la actualidad envejecen en familias intergeneracionales muy distintas a las de sus antepasados.

Bazo (2004), introduce el término “verticalización”, para hacer referencia a los cambios intergeneracionales, producidos por el aumento de generaciones vivas, de forma que se incrementan las posibilidades en el establecimiento de relaciones intergeneracionales, disminuyéndose las de tipo intrageneracional. Este hecho implicará que en un futuro aumenten los abuelos y bisabuelos, pero disminuyan los primos, los tíos y los hermanos.

En la actualidad, como consecuencia de los grandes cambios que se están dando en la sociedad, como las separaciones y divorcios, la incorporación de la mujer al mercado laboral o hijos en paro debido a la crisis, el papel de la persona mayor en el entorno familiar está cambiando, por el hecho de que le son asignadas funciones de mayor responsabilidad, protección y atención de otras generaciones más jóvenes, recuperando, en parte, el rol de transmisor de conocimientos. (Carbajo, 2009).

3.1.3.2 Cambios con la llegada de la jubilación

En las sociedades industrializadas la jubilación adquiere una importancia relevante ya que responde a una salida del mercado laboral. Este hecho no se produce de forma prolongada sino que responde a un cese ya sea por motivos de edad, enfermedad u otros. La jubilación va unida al deterioro económico del mayor, normalmente afectado por una disminución salarial. Además la jubilación está rodeada por una serie de estereotipos (IMSERSO, 2008):

- *Vejez y jubilación son sinónimos.* En la actualidad podríamos hablar de términos que se distancian debido a aspectos como las prejubilaciones o aumento de la esperanza de vida, entre otros.
- *La edad de jubilación son los 65 años.* La edad tipo estipulada son los 65 años, pero no hay que olvidar los años anteriores, y sobre todo los posteriores a esta edad como inicio de la jubilación.
- *La jubilación no es un estado final.* Hace referencia a una transición que afecta a diferentes facetas de la vida cotidiana, a la vez que tiene repercusión a niveles administrativos o económicos.
- No existe una *secuencia similar a la hora de vivir la jubilación.* Aunque sí se pueden apreciar secuencias comunes en el proceso de adaptación a la jubilación, como la respuesta al cambio.
- *Todas las jubilaciones son iguales.* El proceso de jubilación puede ser muy variado: ejemplo de ello son las jubilaciones anticipadas o parciales..

3.1.3.3 Cambios en la salud

Rowe y Kahn (1997) afirman que la vejez con éxito es aquella que tiene una baja probabilidad de enfermedad y de discapacidad, un elevado funcionamiento cognitivo además de un estado positivo de salud física y mental y una participación activa en las relaciones de tipo íntimo.

A pesar de los mitos referentes a la salud, asociados a la tercera edad, en palabras de Montoya y Fernández (1999), distinguimos que “de los cambios que ocurren con el envejecimiento, se calcula que aproximadamente un tercio obedece a enfermedad, otro tercio a desuso por la falta de actividad y sólo otro tercio a proceso normal de envejecimiento”. De esta frase podemos obviar la importancia de un envejecimiento activo.

Para Bazo (2004), la mayoría de las personas mayores es independiente desde el punto de vista funcional, a pesar de que puedan necesitar algún apoyo. Suelen coincidir las pluripatologías conforme avanza la edad, pero son causadas por la acumulación de enfermedades y el deterioro del organismo más que por la edad en sí.

3.1.3.4 Cambios en la participación social

Maslow (1991), en su Jerarquía de las Necesidades, cita que las necesidades se manifiestan según un orden. De esta forma, las necesidades superiores no surgen hasta que las necesidades más básicas se encuentran cubiertas. A la vez que el autor expone que la adolescencia se caracteriza por la necesidad de asegurarse una imagen positiva, para sí mismo y con los demás, en la vejez destaca la necesidad de desarrollo, creatividad y explotación del potencial, es decir, la realización de uno mismo.

Henderson (1966), cita una serie de necesidades desde el punto de vista de la participación social de la tercera edad:

- Necesidad de comunicarse. El anciano necesita comunicarse y relacionarse con el entorno, tener sentimiento de pertenencia a un grupo. Necesita conservar una movilidad para mantener relaciones sociales y tener una imagen de sí mismo que corresponda a la realidad, expresando sin temores su sexualidad.
- Necesidad de elegir según los valores y las creencias. El anciano necesita elegir según sus propios valores y creencias. Precisa mantener sus convicciones, opinar y mantener actitudes que dejen expresar su forma de pensar teniendo derecho a asistir a actos representativos de sus creencias.
- Necesidad de autorrealización: Debe llevar a cabo actividades recreativas y lúdicas que le permitan mantener su autoestima, sintiéndose satisfecho consigo mismo por su contribución a la sociedad.
- Necesidad de aprender: Necesita sentirse motivado y poder razonar, y se sentirá reconocido por medio del aprendizaje.

3.1.4 El envejecimiento en Galicia

Las tendencias demográficas de las últimas décadas perfilan las sociedades desarrolladas como fuertemente envejecidas. Si nos remitimos a los datos facilitados por el Instituto Gallego de Estadística del año 2012, en Galicia residen 145 mayores de 64 años, por cada 100 menores de 20 años.

Si realizamos una comparativa entre el Índice de envejecimiento de Galicia y Lugo, según los datos del IGE, apreciamos que la provincia de Lugo siempre ha contado con un índice de envejecimiento superior al de la Comunidad Autónoma. En la tabla que sigue, se refleja una comparativa de los datos de los años 1998 (primero del que constan datos en el IGE), 2002, y 2012. Como se puede apreciar, el Índice de envejecimiento en la Comunidad Autónoma de Galicia es muy acusado y creciente (Figura 1), si bien es cierto, el índice de envejecimiento de la provincia de Lugo es mucho más elevado. Los datos todavía cobran más relevancia, si tenemos en cuenta, que según el INE el Índice de envejecimiento en España en el mismo año es de 108,74.

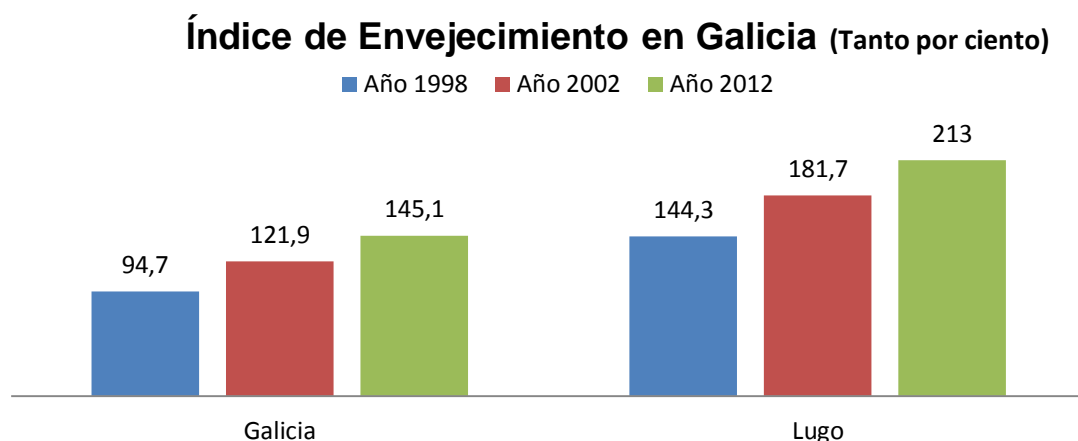


Gráfico 1: Índice de Envejecimiento en Galicia

Fuente: IGE. Elaboración propia

Pascual (2001) afirma que los riesgos de sobre - envejecimiento en Galicia son mayores que en el resto de España debido a un descenso más elevado de la natalidad y al regreso de los emigrantes. Además destaca el grado de ruralización y dispersión de este colectivo y plantea la necesidad de incrementar la dispersión de los servicios sociales a la población, o bien de poner en funcionamiento algún sistema de “concentración de ancianos”.

3. 2 Servicios Sociales de atención a la tercera edad.

A pesar de los grandes avances producidos en la sociedad, que han provocado un aumento notable en la esperanza de vida actual, en ocasiones podemos apreciar que la ciudadanía y la propia gente mayor, no entienden este aumento como un logro, sino que se percibe frecuentemente como algo problemático.

Existen dos motivos que explican esta visión. Por una parte, como ha señalado Amando de Miguel (2001) las personas que envejecen no interpretan que el cambio ha sido una conquista frente a la muerte temprana de nuestros antepasados, sino que perciben su envejecimiento como un deterioro físico y mental, que se concentra en un proceso de decadencia. Este proceso se enmarca en una sociedad, que se organiza en torno a los valores juveniles. Por otra parte, el envejecimiento de la población se considera un problema social debido a que plantea la necesidad de respuestas sociales: provoca un aumento del gasto público, en lo referente al sistema de pensiones, hace crecer el gasto sanitario y genera la necesidad de nuevos servicios de atención.

El Ministerio de Empleo y Seguridad Social (2014) establece que los Servicios Sociales son prestaciones que la Seguridad Social establece en su acción protectora, con el fin de mejorar las condiciones de vida de los beneficiarios reduciendo las desigualdades de la población.

Desde numerosos ámbitos políticos, económicos y sociales, existe la inquietud de que el envejecimiento de la población provocará un importante aumento del gasto social en sanidad y atención a personas mayores, así como en las pensiones que éstas perciben.

El incremento de la esperanza de vida conlleva importantes consecuencias para la provisión de servicios sociales y sanitarios (Abellán, 1989). En España, se prevé que en el futuro el mayor aumento de los gastos se produzca en el ámbito de las pensiones y dependencia. En conjunto, los gastos relacionados con estos temas se elevarán en un 9% del PIB, en 2060. Dentro de los países que conforman la Unión Europea, España se sitúa en el grupo de los 10 que se enfrentan al mayor crecimiento de gastos (Börsch, 2011).

3.2.1 Servicios residenciales para la atención de la tercera edad

El IMSERSO (2003), define los centros residenciales como establecimientos que ofertan una atención de forma integral a las personas mayores que no pueden ser atendidas en su domicilio, proporcionándoles una vivienda y una atención especializada.

Ceballos (2010), justifica el incremento de los centros residenciales en la actualidad como respuesta al cambio de características en la propia sociedad, siendo las más destacadas el aumento de la esperanza de vida en nuestros mayores y el hecho de que cada vez más los miembros de una familia desarrollen prácticas profesionales que les impiden proporcionar cuidados en hogar a estos mayores.

Jiménez (2001), cita el origen de las residencias en la caridad y la beneficencia, evolucionando el concepto hasta la actualidad desde la creación de asilos y hospitales, dirigidos en su mayoría por órdenes religiosas, y que hace todavía medio siglo se encargaban de la atención del 70% de los mayores institucionalizados en España.

Actualmente podemos distinguir distintos tipos de centros según su tamaño. La tabla nos refleja la clasificación que nos ofrece el IMSERSO (2003), junto con las ventajas e inconvenientes de cada tipo de centro.

Tabla nº 1: Clasificación de centros residenciales según su tamaño:

	Mini residencia	Normo residencia	Macro residencia
	<60 – 75 plazas	75 – 250 plazas	>250 plazas
VENTAJAS	Atención individualizada y personalizada	Equilibrio que conserva la atención personalizada, reduce costes y permite una plantilla compensada	Costes más bajos Posibilidad de mayor plantilla con categorías profesionales más variadas
INCONVENIENTES	Mayor coste – plaza. restringiendo determinadas categorías profesionales		Mayor despersonalización

Fuente: Elaboración propia. Datos IMSERSO 2003

Según su titularidad se han clasificado frecuentemente en Residencias de titularidad Pública (de administraciones públicas en general: local, regional, estatal); o bien Residencias Privadas (de empresas particulares como unidades de negocio).

Hoy en día han aparecido múltiples variantes, encontrando un sinfín de alternativas, algunas de ellas de carácter mixto: como las Residencias Públicas que tienen una gestión privada y otras como Residencias Privadas sin ánimo de lucro.

Burgueño (2002), establece que las residencias públicas suelen ser mucho más transparentes, y el gran problema que presentan es el acceso a ellas, en cuanto a listas de espera se refiere. Las residencias privadas tienen altos costes, contando en ocasiones con servicios cinco estrellas que no son fundamentales para una buena atención de los mayores. Menciona la existencia de las residencias ilegales sin autorización para ofrecer el servicio, y a pesar de lo asequible de su precio, pueden contar con grandes deficiencias.

Por su parte, según el tipo de plaza podemos distinguir: residencias de válidos, asistidas y mixtas, y respecto a la financiación podemos encontrar las siguientes modalidades:

- Financiación Pública Convencional: La administración financia el coste de la plaza junto a una aportación del usuario sujeta a la ley de tasas públicas de cada Comunidad Autónoma que normalmente oscila en torno al 75-80% de su pensión. El acceso a este tipo de plazas se desarrolla a través de un baremo social, económico, sanitario, etc., teniendo preferencia aquellos usuarios con mayor necesidad de la plaza.
- Pago Cofinanciado: La administración pública paga una parte de la plaza y el mayor con su pensión, rentas o ayuda de la familia aportan la restante.
- A Precio Tasado: En esta modalidad el usuario aporta la totalidad del precio de la plaza residencial, que está regulado y determinado por la propia administración.
- Privada o Libre: El usuario aporta el precio completo de la estancia, que se rige por las leyes del mercado (oferta/demanda). Existen múltiples plazas con un abanico de precios muy amplio y de acceso restringido

Las dificultades en el acceso a plazas residenciales públicas, junto con las limitaciones económicas para costearse una plaza privada son dos de los grandes impedimentos con los que se encuentran los mayores a la hora de ingresar en un centro. Un estudio de la Organización de consumidores y usuarios (2013) sobre la satisfacción con las residencias de mayores de los usuarios y sus familias, cifra el precio medio de una plaza residencial privada en 1700 euros mensuales, a pesar de que los usuarios valoran con mejor nota a las residencias públicas.

3.3 El ingreso en residencias.

3.3.1 Factores que influyen en un ingreso

Un problema existente en torno al ingreso en residencia es la opinión que de ellas se tiene, siendo percibidas en muchas ocasiones como sitios en donde acaban los mayores de los que no se quiere hacer cargo su familia.

Riquelme (1997) señala que a pesar de las numerosas críticas por parte de la población hacia la institucionalización de los mayores, éste sigue siendo un recurso prioritario para personas con gran dependencia funcional y déficit en las relaciones sociales y familiares.

Fericgla (2002) concluye que de todas las alternativas de vivienda posible, la residencia de ancianos es la menos deseada por éstos, especialmente, en los que cuentan con un nivel económico bajo. Los resultados de este estudio muestran que un 33,1% de los encuestados aportan una opinión favorable sobre las residencias, pero sólo el 6,7% manifiesta no tener impedimentos ni reservas a la hora de ingresar en una de ellas. Los motivos por los que la mayoría de personas mayores rechazan el ingreso en una residencia, mientras no sea realmente necesario, son de tres tipos:

a) Factores simbólicos: la imagen social desprestigiada de las residencias públicas o benéfico-religiosas las relaciona con los asilos, establecimientos en los que eran recogidos ancianos, enfermos crónicos que eran abandonados por la familia, personas desamparadas y en general los despojos de la sociedad.

b) Factores inmediatos y afectivos: la ruptura que implica con la vida pasada, la pérdida de referentes o la sensación de desarraigo.

c) Factores materiales: La rigidez del estilo de vida de las residencias, pérdida o donación de las propiedades materiales que afecta en mayor medida a los ancianos que tienen bienes materiales, y precio de las residencias (Fericgla, 2002).

Según señala Burgueño (2002), la mentalidad de la sociedad española en cuanto a las residencias de atención a la tercera edad está evolucionando desde hace unos años. Frente al entendimiento existente de que estos servicios estaban destinados a personas sin recursos o sin familias, hoy se entiende que se trata de centros especializados que dan una atención integral a los mayores, no solo servicio de alojamiento.

A pesar de ello algunos sectores todavía conservan la mentalidad de que ir a una residencia supone una vergüenza o deshonra familiar, en vez de ser contempladas como una buena alternativa ante situaciones extremas.

Burgueño (2002) afirma: “La sociedad se enfrenta al reto de aceptar esa alternativa como algo normal, y cada vez más necesaria, dados los cambios socio – familiares que se imponen” (p. 39).

3.3.2 La persona mayor ante el ingreso

El ingreso en un centro residencial supone un cambio en la dinámica de vida de la persona mayor, y un gran impacto emocional.

Cuando el anciano deja su casa para trasladarse a vivir con algún familiar, no rompe plenamente con su red, ya que existen a su alrededor personas que le ayudan a recordar diariamente quien es y quién fue. Sin embargo, el ingreso en una residencia supone una ruptura de la persona mayor con su ambiente, tras la integración en uno nuevo que le es desconocido. (Riquelme, 1997).

Siguiendo a Goffman (1961), podemos decir que “los asilos, residencias, hogares, etc., son instituciones totales, un lugar de residencia o trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (p.13).

La característica central de las instituciones totales, según el mismo autor, es la ruptura del ordenamiento social básico en la sociedad moderna: distinción entre los espacios de juego,

descanso y trabajo, en los que por lo general se interactúa con distintos participantes. Según este autor las instituciones totales se caracterizan por:

- Las dimensiones de la vida trascienden en el mismo lugar y bajo una única autoridad.
- Las etapas de la actividad diaria de cada miembro se llevan a cabo en la compañía de un gran número de otros miembros, que reciben el mismo trato y de los que se espera que hagan juntos las mismas cosas.
- Las actividades están estrictamente programadas, de modo que una actividad conduce a la siguiente, y toda la secuencia de actividades viene impuesta jerárquicamente, por medio de un sistema de normas formales.
- Las actividades obligatorias se integran en un único plan creado para lograr los objetivos propios de la institución.

También Monedero (1990), menciona los efectos negativos de la institucionalización, identificando: herida en el amor propio, disminución de la capacidad de adaptación, pérdida de contactos sociales y alteración de la referencia al tiempo.

3.3.3 La familia ante el ingreso

Además del sentimiento del propio anciano ante el ingreso, podemos destacar el papel de la familia, que en muchas ocasiones ve el ingreso residencial como la única salida al problema de su mayor, bien por falta de tiempo para sus cuidados, bien por falta de conocimientos técnicos para llevarlo a cabo. Como bien indica Padierna (1994), en el momento del ingreso existen una serie de preocupaciones en el familiar: sentimientos de depresión, desmoralización, soledad, precariedad del estado de salud propia tras los largos años de cuidados, culpa, resentimiento, rabia y remordimientos. Entre ellos:

- Sentimientos de culpa y rabia, por el hecho de tener que dejar a un familiar en manos de desconocidos.
- Pérdida parcial de rol, como cónyuge o hijo.
- Pérdida del apoyo de un miembro de la familia, como cónyuge, persona experimentada, recurso emocional o económico.
- Temor al hecho de una muerte súbita del familiar.
- Miedo a una reacción de rechazo por parte del familiar ingresado.

- Escasez de información sobre el tipo de cuidados institucionales, médicos y de enfermería y temor a preguntar.
- Cargas económicas.

Perlado (1995), señala que existe el prejuicio por parte de la sociedad, de qué pensarán las amistades por haber ingresado al familiar en una residencia. Este tipo de prejuicios influyen en la carga emocional del familiar.

Por otro lado, la familia adquiere un papel fundamental en todo el proceso de adaptación de la persona mayor al entorno residencial. Siguiendo a Padierna (1994), los vínculos familiares reducen la vulnerabilidad de la persona mayor ante los factores estresantes que provoca el ingreso.

3.4 Proceso de adaptación en residencias.

La adaptación es un proceso temporalmente extenso, por el que logramos un ajuste de las situaciones que se presentan en los diferentes ámbitos vitales (Montorio, 1992) y (Leturia, 1999). A partir de los años setenta Kahana (1975) en el modelo que denominó de la congruencia, y Moss (1974) su modelo ecológico social, cuentan cuáles son las variables que intervienen en la adaptación de los mayores en un centro geriátrico.

En los ochenta teniendo en cuenta la perspectiva ecológico-conductual, Fernández (1987), propuso un modelo explicativo de las influencias ambientales, sociales y personales en la salud y la conducta en la tercera edad. Por medio de su conducta, el anciano, puede influir en el ambiente y enriquecer sus propios recursos conductuales, renovándolos (Bandura y Walters, 1978).

Burgueño (2002), afirma que las personas mayores tienen menos capacidad de adaptarse a un nuevo entorno, y el ingreso en una residencia siempre supone un desarraigo para el anciano.

Siguiendo a Delgado (2001), entendemos que el ingreso en un centro provoca en la persona mayor un alto nivel de ansiedad y cierto grado de depresión, por lo que resulta fundamental el apoyo por parte de los profesionales del centro. El proceso de adaptación puede durar meses, o incluso años.

En muchas ocasiones, como bien señala Ceballos (2010), hay usuarios que no son conscientes de tener una serie de derechos en el centro en el que residen, como herencia de los antiguos asilos, promovidos por la beneficencia. El ingreso en un centro no debe suponer la interpretación de los usuarios como ciudadanos de segunda, pues siguen conservando sus derechos a la dignidad o la intimidad como ciudadanos.

El Instituto de Salud Pública de Madrid (2007), establece una serie de fases en el proceso de adaptación del nuevo residente al centro. Estas son:

Pre-ingreso.

En esta fase se debe recopilar la información básica previa, sobre el estado de salud general del anciano, cuál es el motivo del ingreso, sus hábitos, cuidados que va a necesitar y apoyo social, con objeto de transmitir a toso el equipo que intervendrá con el mayor una información básica sobre el futuro residente.

Así mismo, se debe aclarar toda la documentación que deberá preparar para el día del ingreso, y todos los aspectos generales que debe conocer. Suele ser conveniente facilitarlo por escrito.

Es muy importante que la familia entienda que su apoyo es clave en la adaptación e integración del residente al centro. Por tanto, se les debe insistir en la idea de que se contará con ellos para afrontar las situaciones futuras.

El proceso de ingreso de un anciano comienza en esta fase, no sólo para el residente sino también para la familia. Suele estar cargado de múltiples sentimientos contradictorios, de culpa, de rechazo al deterioro, además de estrés, y los profesionales deben acompañarles en su propio proceso de adaptación al medio residencial, reforzando, invitando a la participación o en ocasiones, proporcionando apoyo y facilidades para una adaptación más tranquila.

Ingreso.

En este momento todo el personal del centro debe ofrecer su apoyo al residente. Se deben mostrar las instalaciones e intentar reducir el estrés inicial, dedicando el tiempo que sea preciso. Es importante la presencia de familiares, o personas de confianza del residente en el ingreso ya que disminuirá la ansiedad. Convendría disponer de la máxima

información administrativa antes del ingreso, para no agobiar en este día con cuestionarios, test y documentación, a la persona que acabamos de recibir.

Periodo de adaptación.

La adaptación es continua. El residente tendrá que ir adaptándose a nuevas exigencias, problemas de organización, cambios de habitación, compañeros diversos, y también a su propia evolución en el centro. Administrativamente *existe un periodo de adaptación, fijado entre uno y tres meses*, aunque este dato varía según cada persona. Hay individuos que no se adaptan nunca y otros que lo hacen rápidamente.

Es interesante tener en cuenta algunas cuestiones sobre esta fase, tales como:

- Valorar nuevamente al residente transcurridos quince días desde el ingreso.
La valoración inicial tiene componentes emocionales, que después van desapareciendo.
- Desarrollar un plan de cuidados ajustado, derivado de esa valoración multidimensional.
- Realizar un estrecho seguimiento durante el primer mes, desde todas las disciplinas.
- Orientar al residente a la participación en actividades o programas que favorezcan las relaciones interpersonales.
- Trabajar con residentes afines al residente con quienes pueda conectar.
- Favorecer una implicación familiar, que sea positiva y frecuente.

Integración.

Es muy importante cuidar la relación con la familia. Los profesionales, no deben olvidar que ésta formará parte en muchas ocasiones del proceso terapéutico con el residente.

Se debe proporcionar apoyo interdisciplinar a los familiares, orientándoles en su actuación en el centro y ante el propio residente. Cuando un residente expresa que su habitación o el conjunto de la residencia es “su casa”, suele considerarse que la fase de adaptación está finalizada, aunque ello no quiera decir que esté plenamente integrado. En ocasiones no se integran nunca, aunque sí entienden que va a ser el lugar donde pasarán el resto de su vida.

Esta fase de integración no es el final del camino, pueden existir retrocesos y situaciones inesperadas que haya que readaptar nuevamente; por tanto el seguimiento y la evaluación de la persona que ingresa en un centro tiene que hacerse mientras viva en la residencia.

4. METODOLOGÍA

La población objeto de estudio se centra en los residentes de la “Residencia San Roque” de Lugo. La edad actual de los 130 residentes de este centro, oscila entre los 65 y los 104 años de edad, (Memoria Anual Residencia San Roque, 2013.)

Existen residentes que llevan más de 40 años formando parte de este centro, y otros que ingresaron durante la realización de este estudio. Sus circunstancias personales y familiares son muy diversas, existiendo numerosos residentes que mantienen una vida activa, participando en la vida social del centro, y saliendo a la calle a diario, así como otros casos en los que la red social es prácticamente inexistente, y su vida trasciende diariamente en las instalaciones de la residencia. Su nivel de autonomía también varía desde residentes que son totalmente autónomos, a residentes que se encuentran encamados.

En concreto, la muestra de este estudio está compuesta por la totalidad de individuos que ingresaron en el centro desde Enero de 2013 a Enero de 2014, sumando un total de 16 casos de estudio. La finalidad de concretar la muestra en el período señalado se basa en la conveniencia de que lleven al menos 3 meses en el centro residencial, para que sus conclusiones puedan estar más fundamentadas en la propia experiencia. De los sujetos de la muestra, 11 son mujeres y 5 son hombres. Sus edades oscilan entre los 71 y los 95 años, siendo la media de edad de la muestra 84,31 años.

Para la realización del estudio, en relación con los objetivos planteados, partimos de las siguientes hipótesis:

➤ **Hipótesis de trabajo:** El factor económico es el factor más influyente para solicitar plaza en la Residencia San Roque.

Hipótesis nula: El factor económico no es el factor más influyente para solicitar plaza en la Residencia San Roque.

➤ **Hipótesis de trabajo:** La falta de red socio – familiar es el primer condicionante para solicitar plaza en una residencia.

Hipótesis nula: La falta de red socio – familiar no es el primer condicionante para solicitar plaza en una residencia.

➤ **Hipótesis de trabajo:** Los prejuicios existentes en la sociedad condicionan a las personas mayores a la hora de ingresar en un centro.

Hipótesis nula: Los prejuicios existentes en la sociedad no condicionan a las personas mayores a la hora de ingresar en un centro.

➤ **Hipótesis de trabajo:** Las ideas preconcebidas sobre las residencias de la tercera edad se mantienen tras un período de estancia en el centro.

Hipótesis nula: Las ideas preconcebidas sobre las residencias de la tercera edad no se mantienen tras un período de estancia en el centro.

En cuanto a las técnicas de producción de datos utilizadas en el trabajo, se detallan a continuación:

1. El material del que se partió fueron las historias sociales (Anexo 1) de los residentes, ubicadas en los expedientes de cada anciano, con la finalidad de extraer los datos demográficos.

2. Se consultaron también las valoraciones efectuadas por el equipo interdisciplinar del centro en sus respectivos seguimientos escritos: Índice de Barthel (Anexo 2), Escala de recursos sociales (Anexo 3) y Mini examen del estado mental (Anexo 4). Esta tarea se realizó con la finalidad de establecer un perfil de usuario, y poder determinar si el estado físico y cognitivo de los residentes permitía la realización de la entrevista en torno al proceso de ingreso y evaluación del centro, o bien, si por el contrario, contando con recursos sociales de apoyo, nos podíamos valer de algún familiar.

El **Índice de Barthel**, (Mahoney y Barthel, 1965), es una herramienta que permite el análisis de la capacidad individual para realizar las actividades de la vida diaria (comer, bañarse, higiene personal y caminar). Su puntuación oscila entre los cien puntos para las personas que pueden efectuar todas las actividades sin ningún tipo de ayuda o apuntalamiento, hasta los cero puntos para las personas que precisan ayuda para la realización de cualquier tipo de actividad, graduando las puntuaciones de cinco en cinco puntos. Así, el resultado obtenido determina el grado de dependencia de la persona, según se resume en el siguiente cuadro:

Tabla Nº 2: Grados de dependencia según puntuación obtenida.

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

Fuente: Protocolos de asistencia a personas mayores de la Residencia San Roque

El **Mini Examen del Estado Mental**, (Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. y Fanjiang, G., 1975). conocido también como test de Folstein o MMSE por sus siglas en inglés (Mini-Mental State Examination) es un test de cribado de demencias que puntúa como máximo un total de 30 puntos y los ítems están agrupados en 5 apartados que comprueban orientación, memoria inmediata, atención y cálculo, recuerdo diferido, lenguaje y construcción. En la práctica diaria una puntuación menor de 24 sugiere demencia, entre 23-21 una demencia leve, entre 20-11 una demencia moderada y menor de 10 de una demencia severa.

En cuanto a la **Escala de recursos sociales**, OARS (Duke University Center, 1978), se basa en un cuestionario mediante el cual se analizan los recursos sociales y/o familiares con los que cuenta el residente desde el ingreso en el centro. Por medio de una serie de preguntas podemos establecer si cuenta con unos recursos sociales de consistencia. Divide sus resultados en:

- **Excelentes recursos sociales.** Relaciones sociales son muy satisfactorias y amplias.
- **Buenos recursos sociales.** Relaciones sociales en su mayor parte satisfactorias y adecuadas.
- **Recursos sociales ligeramente deteriorados.** Las relaciones sociales son insatisfactorias o de mala calidad, pobres.
- **Recursos sociales moderadamente deteriorados.** Las relaciones sociales son insatisfactorias o de baja calidad y pocas, pero recibiría algún tipo de ayuda.
- **Recursos sociales bastante deteriorados.** Las relaciones sociales son insatisfactorias, o de baja calidad y pocas, ni siquiera obtendría ayuda momentánea.

- **Recursos sociales totalmente deteriorados.** Las relaciones sociales son insatisfactorias, o de baja calidad y no obtendría ningún tipo de ayuda.

3. Con la finalidad de establecer una investigación primaria, se realizaron 16 entrevistas personales, una con cada sujeto objeto de estudio, y en algún caso, con sus familiares, con el fin de conocer las principales dificultades con las que se encontraron a la hora de solicitar una plaza, qué factores influyeron de forma directa para elegir ese centro, y cómo eran sus impresiones antes y tras un período de estancia en él.

Se utilizó un cuestionario que sirvió de guía en el transcurso de las entrevistas, compuesto por preguntas de tipo cerrado, que nos permitieron una mejor codificación de los datos obtenidos. No obstante, antes de exponer el cuestionario a los entrevistados, se introdujo el tema, y se insistió en la incidencia de la veracidad de sus respuestas para el estudio que se estaba realizando, además de la garantía del anonimato, algo considerado de gran importancia debido a la delicadeza de alguno de los temas a tratar.

Para la realización del cuestionario se partió de los objetivos marcados en el estudio y se evitaron las preguntas de tipo sociodemográfico, pues ya disponíamos de los datos referentes a los residentes gracias a las historias sociales y valoraciones de la propia residencia, por lo que en todas las preguntas nos centramos en el estudio de variables cualitativas.

Se intentó emplear un lenguaje coloquial, con la finalidad de poder acercarnos a los residentes, y hacer las preguntas más accesibles. Las preguntas efectuadas fueron lo más concretas posibles, y de tipo subjetivo, pues por medio de ellas los residentes o sus familiares, pudieron expresar sus opiniones y formas de pensar. El análisis estadístico posterior llevado a cabo fue de tipo descriptivo.

5. RESULTADOS

Teniendo en cuenta, los datos obtenidos, relativos a los ingresos producidos en la Residencia San Roque de Lugo, desde Enero de 2013 a Enero de 2014, procedemos a clasificar dichos datos, distribuyendo los datos en distintos puntos:

5.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

Tabla Nº 3: Datos sociodemográficos de los usuarios/as.

	Hombres (n= 5)					Mujeres (n=11)			
	Edad	E. Civil	Red socio - familiar	Recursos económicos		Edad	E. Civil	Red socio - familiar	Recursos económicos
Sujeto 1	77	C	No	600, 30 €	Sujeto 6	83	S	Sí	632, 90 €
Sujeto 2	71	D	Sí	1300 ,00 €	Sujeto 7	79	C	No	600, 30 €
Sujeto 3	85	S	Sí	632, 90 €	Sujeto 8	86	V	Sí	632, 90 €
Sujeto 4	81	D	Sí	843, 71 €	Sujeto 9	94	V	Sí	745, 42 €
Sujeto 5	88	S	Sí	632,90 €	Sujeto 10	95	V	Sí	632, 90 €
$\mu = 80, 4$			$\mu=801,96$		Sujeto 11	86	V	Sí	632, 90 €
Rango 71- 88					Sujeto 12	91	S	Sí	878, 26 €
					Sujeto 13	82	V	No	632, 90 €
					Sujeto 14	79	S	No	878. 67 €
					Sujeto 15	86	V	No	733, 71 €
					Sujeto 16	86	V	Sí	632, 90
					$\mu = 86, 09$			$\mu = 693, 97$	
					Rango: 79 - 95				

N =16

C: Casado; D: Divorciado; S: Soltero; V: Viudo.

Fuente: Elaboración propia en base a los datos proporcionados por el centro residencial

Como se puede apreciar en la tabla 3, la mayor parte de la muestra de este estudio está compuesta por mujeres, algo que también se representa en el total de residentes del centro estudiado, en el cual en la actualidad conviven 91 mujeres y 39 hombres.

De los datos proporcionados por las historias sociales de los residentes, podemos concluir que las mujeres, en su mayor parte son viudas (solo 3 de las once son solteras) e ingresan en el centro una vez su esposo ha fallecido. Cabe destacar la presencia de una mujer que ingresa con su esposo, pero, si generalizamos los resultados, podemos determinar que las mujeres en su mayor parte, permanecen arraigadas a la figura de sus esposos, de forma que ingresan en residencia cuando se quedan viudas, o bien, en compañía de su cónyuge.

Por otro lado, si analizamos los datos de los varones, podemos determinar que uno ingresa en compañía de su esposa, pero el resto son divorciados o solteros, lo que nos puede llevar a concluir que los varones permanecen en su hogar a pesar de la falta o inexistencia de pareja, hasta que toman la decisión de ingresar en un centro.

En lo referente a la edad, la media de edad de las mujeres es bastante superior a la de los hombres (86,09 frente a 80,04). Estos datos son representativos de las estadísticas acerca de la esperanza de vida española, que sigue siendo más elevada en las mujeres que en los hombres por diversos factores como la guerra civil, los malos hábitos que en el pasado estaban arraigados a la figura masculina...

La situación económica en ambos sexos, la media de ingresos es inferior en el caso de las mujeres (693,97 euros en las mujeres frente a 801,96 euros en los hombres). La desigualdad en cuanto a las cifras económicas responde a las diferencias respecto a la incorporación al mundo laboral entre hombres y mujeres. Hasta mediados de los años 80 la presencia de la mujer en el mundo laboral era prácticamente inexistente, ya que su figura estaba ligada a los cuidados del hogar, los hijos, familiares próximos y las tareas domésticas. En muchos casos la incorporación al mundo laboral fue tardía, por lo que los años de cotización fueron los mínimos, y en el caso concreto de la población lucense, y de la muestra femenina que nos ocupa, las pensiones proceden del régimen de autónomos agrario, para el que cotizaban con la base mínima, hecho por el que en la cuantía de las pensiones de las mujeres predomina la cantidad mínima de jubilación para el año 2013 (632,90 euros - 600,30 para personas casadas sin cónyuge a cargo).

En cuanto a los datos de redes socio – familiares representados en la tabla, se hace constar que reflejan la existencia de algún familiar en la base de datos del centro, o vínculos de tipo social que puedan reflejar la existencia de alguna figura de apoyo en caso de necesidad. No expresan que las relaciones sociales que mantiene cada individuo sean o no de consistencia, algo que más tarde veremos reflejado por medio de la escala de recursos

sociales, que sí se encarga de un estudio más profundo de las relaciones. En relación con esto, podemos decir que de los 16 sujetos que componen nuestra muestra, cinco no cuentan con ningún familiar ni vínculo social de referencia.

5.2 DATOS OBTENIDOS DE LAS VALORACIONES DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO

Los datos obtenidos por medio de las valoraciones de los miembros del equipo interdisciplinar del centro se exponen por medio de la siguiente tabla.

Tabla nº 4: Resultados de las valoraciones interdisciplinares

	Hombres (n= 5)				Mujeres (n=7)		
	Barthel	Mini-mental	OARS (Recursos Sociales)		Barthel	Mini-mental	OARS (Recursos Sociales)
Sujeto 1	100	30	Bastante Deteriorados	Sujeto 1	25	16	Buenos recursos
Sujeto 2	20	12	Excelentes Recursos	Sujeto 2	45	28	Bastante Deteriorados
Sujeto 3	80	23	Ligeramente Deteriorados	Sujeto 3	30	24	Moderadamente Deteriorados
Sujeto 4	15	26	Ligeramente Deteriorados	Sujeto 4	45	23	Buenos Recursos
Sujeto 5	35	22	Moderadamente Deteriorados	Sujeto 5	65	20	Ligeramente Deteriorados
				Sujeto 6	60	22	Moderadamente Deteriorados
				Sujeto 7	45	16	Buenos Recursos
				Sujeto 8	100	30	Bastante Deteriorados
				Sujeto 9	95	27	Totalmente Deteriorados
				Sujeto 10	35	25	Totalmente Deteriorados
				Sujeto 11	45	28	Ligeramente Deteriorados

N = 16

Fuente: Elaboración propia en base a los datos proporcionados por el centro residencial.

RESULTADOS ÍNDICE DE BARTHEL

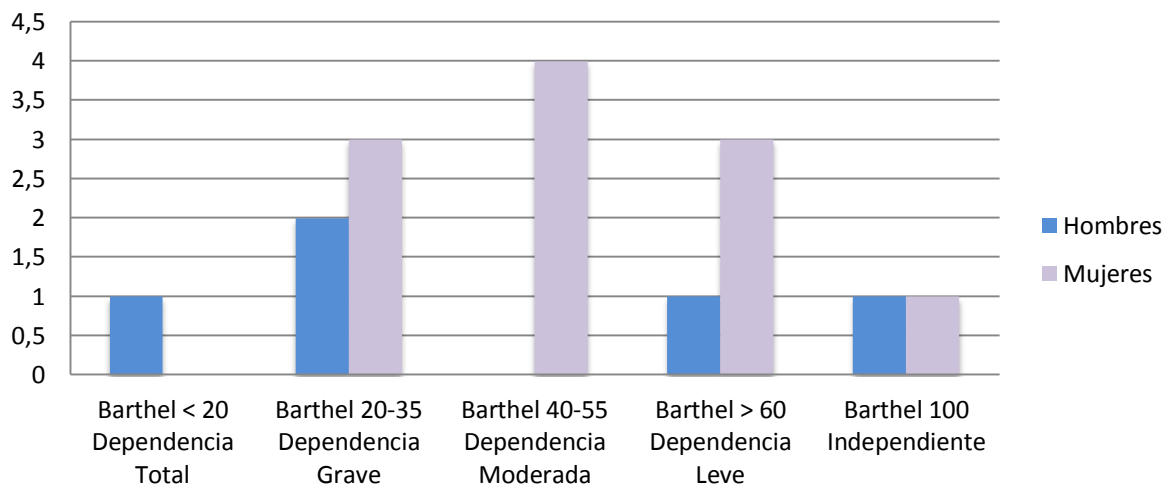


Gráfico 2: Resultados Índice de Barthel.

Fuente: Elaboración propia en base a las valoraciones profesionales.

RESULTADOS MINI - MENTAL

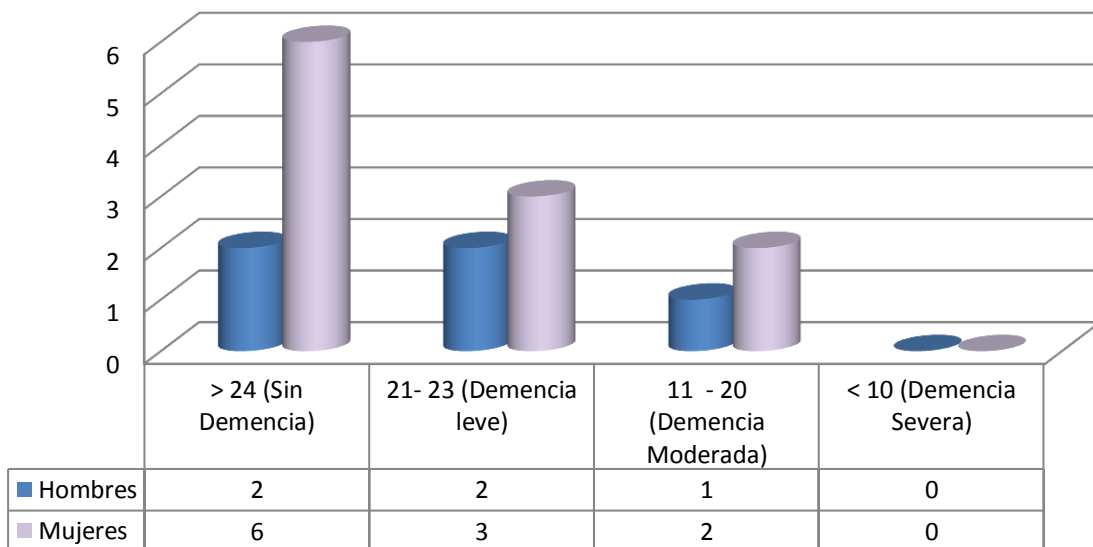


Gráfico 3: Resultados Mini – Mental.

Fuente: Elaboración propia en base a las valoraciones profesionales.

RESULTADOS ESCALA DE RECURSOS SOCIALES (OARS)

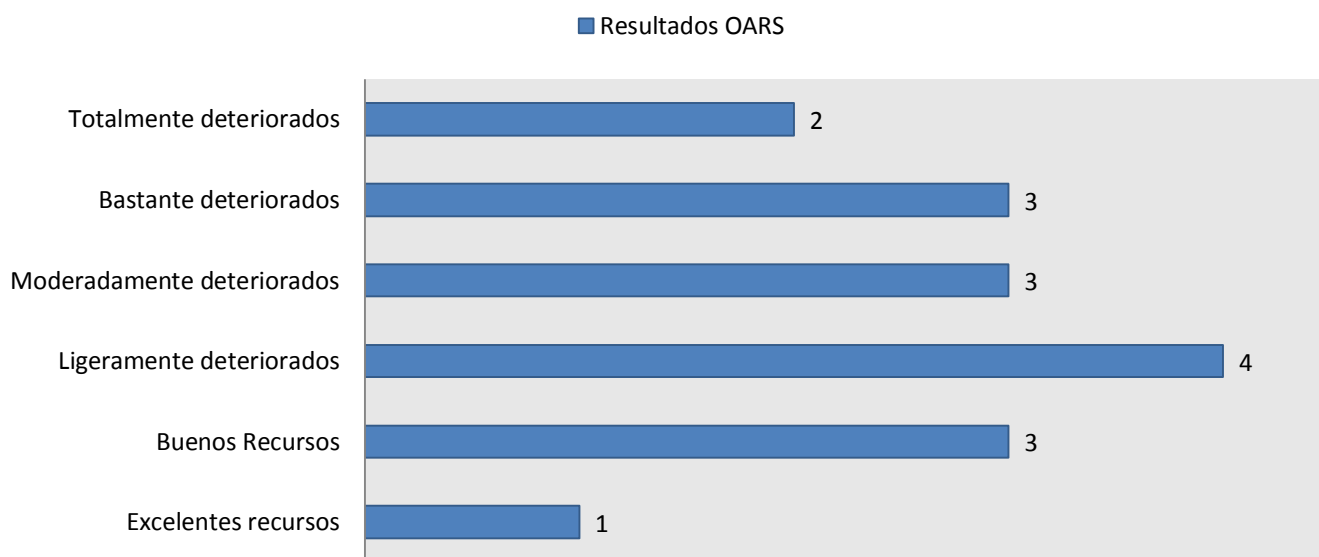


Gráfico 4: Resultados escala de recursos sociales.

Fuente: Elaboración Propia en base a las valoraciones profesionales.

Gracias a los datos obtenidos de las valoraciones de los distintos profesionales, podemos determinar que siguiendo los resultados del Índice de Barthel, (Gráfico 2), la mayor parte de los sujetos que componen nuestra muestra están afectados por algún tipo de dependencia física, que los limita en la realización de las actividades de la vida diaria. De los 16 sujetos de la muestra, solo dos son totalmente independientes para la realización de dichas actividades.

Por otro lado, en cuanto a sus capacidades cognitivas (Gráfico 3), 8 de los sujetos que componen la muestra, no están afectados por ninguna demencia, y si lo están, es de forma leve. Los resultados de esta escala nos permitieron determinar que en 3 de los casos, los sujetos estaban afectados por una demencia moderada, que podría afectar a la fiabilidad de las respuestas, por lo que en la realización de las entrevistas, y tras comprobar por medio de los resultados de la OARS (Gráfico 4), que contaban con unos recursos socio - familiares de consistencia, invitamos a sus principales familiares a responder a las preguntas planteadas. En relación con esta última escala, que refleja el estado de las relaciones sociales de los individuos, podemos destacar que los resultados se encuentran bastante equiparados, existiendo varios sujetos incluidos en cada grado de deterioro social establecido por la escala. Uno de los sujetos cuenta con excelentes recursos sociales,

manifestados por la cantidad y la calidad de las relaciones socio – familiares que mantiene, y en concreto, se trata de uno de los residentes cuya hija fue entrevistada, al estar afectado por una demencia moderada. En el otro extremo encontramos a dos sujetos que no cuentan con ningún tipo de relación socio – familiar, y, por tanto, sus recursos sociales están totalmente deteriorados.

5.3 DATOS OBTENIDOS POR MEDIO DE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS

Los datos obtenidos por medio de la técnica de la entrevista, se reflejan a continuación a través de diversas figuras, con el fin de poder realizar un análisis comparativo en función de las respuestas obtenidas por los entrevistados. Como se puede comprobar, los datos de las figuras se ciñen a la representación de frecuencias absolutas, debido al tamaño de la muestra.

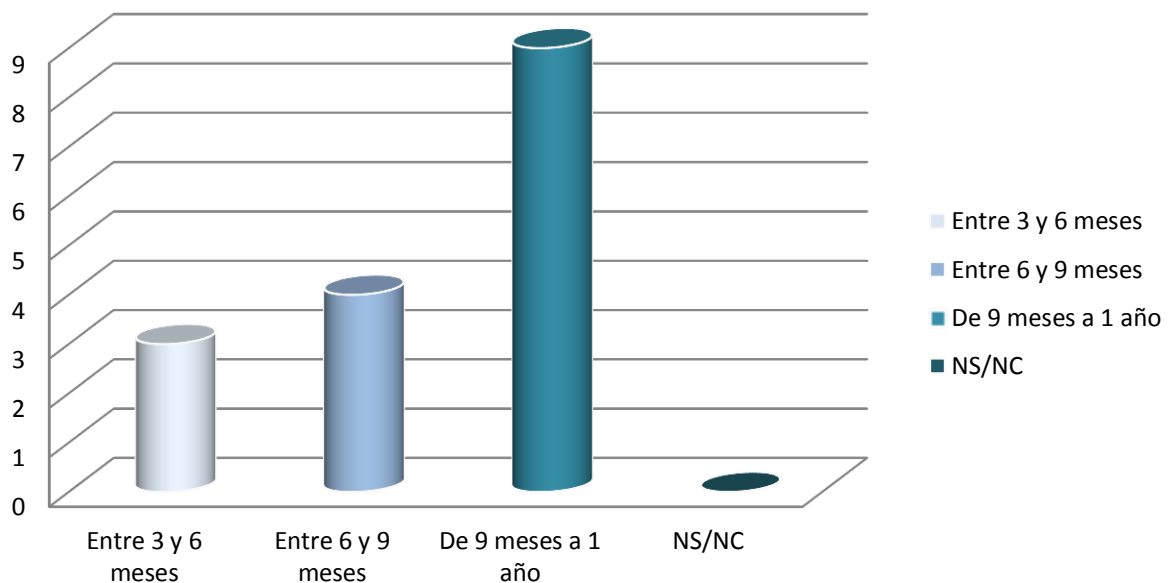


Gráfico 5: Meses de residencia en el centro.

Fuente: Elaboración Propia en base a las entrevistas realizadas.

Como se representa en el gráfico 5, la mayor parte de la muestra (9 sujetos), llevan en el centro entre 9 meses y un año. Los otros 7 sujetos, residen en el centro desde hace 3

y 9 meses. Se ha establecido que el período mínimo para poder formar parte de la muestra en este estudio sea de 3 meses, pero la mayor parte de los sujetos, residen en el centro desde hace más de nueve meses, por lo que todos los sujetos han superado el período de adaptación que fija el centro (de un mes de duración), y pueden realizar valoraciones basadas en su propia experiencia con respecto a la estancia en el centro.

Se considera que en este tiempo nos pueden manifestar detalladamente las dificultades que han atravesado para solicitar la plaza residencial, así como a la hora de ingresar en el centro. Por otro lado, al no haber pasado mucho tiempo desde su ingreso, son más conscientes de la idea existente en la calle sobre las residencias, pudiéndose realizar un contraste sobre las ideas previas al ingreso y las posteriores.

5.1 DIFICULTADES ANTERIORES AL INGRESO RESIDENCIAL

En relación con las primeras dificultades con las que se encuentra una persona mayor, y/o su familia a la hora de ingresar en un centro, se muestra el hecho de tener que guardar una lista de espera para disponer de una plaza libre.

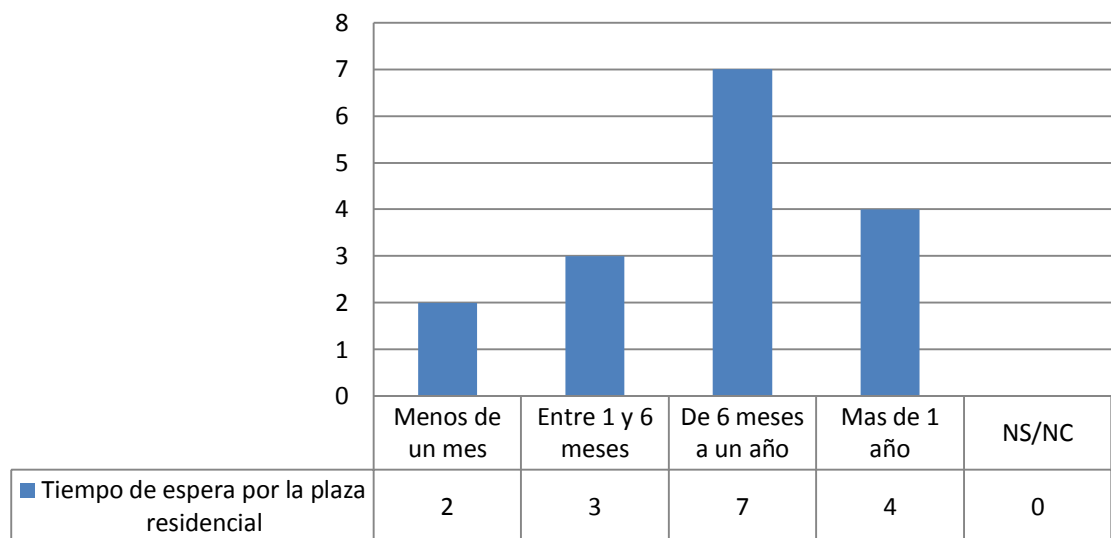


Gráfico 6: Tiempo de espera por la plaza residencial.

Fuente: Elaboración Propia en base a las entrevistas realizadas.

El gráfico 6 anterior el tiempo de espera por el que se vieron afectados los miembros de la muestra antes de entrar en el centro. Con los datos obtenidos, podemos determinar que todos los sujetos tuvieron que esperar un período de tiempo para que el ingreso se

hiciese efectivo, siendo la espera más frecuente entre 6 meses y un año. Este es un hecho que reflejaba Burgueño (2009), cuando nos aludía a las dificultades de acceso a las plazas en residencias públicas, y sus largas listas de espera.

En la Residencia en la que centramos nuestro estudio, a pesar de que no estamos hablando propiamente de un servicio residencial público, sí se trata de una residencia privada sin ánimo de lucro, por lo que a efectos de acceso y condiciones económicas, se asemeja en gran medida a un centro residencial público con las adversidades que mencionaba el autor: las largas listas de espera. Como evidencia de las largas listas de espera, se plasma en la siguiente figura, cuántos de los entrevistados se encontraban en proceso de solicitud de plaza residencial en otro centro al mismo tiempo que en la residencia en la que ahora se encuentran.

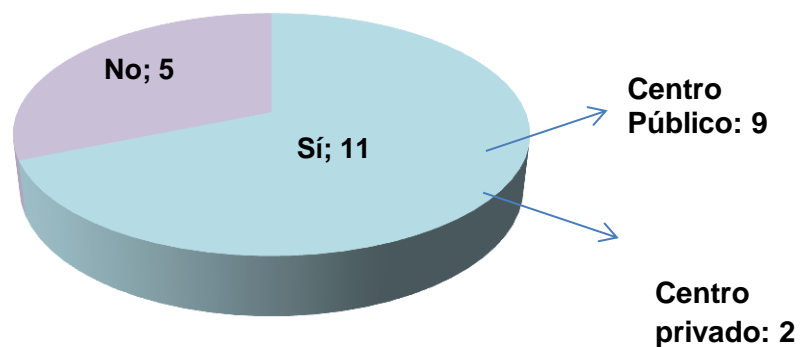


Gráfico 7: Espera en otras residencias.

Fuente: Elaboración propia en base a las entrevistas realizadas.

Por medio del gráfico 7 podemos concluir que la mayoría de los sujetos entrevistados (11) habían solicitado plaza en otros centros y se encontraban en lista de espera, y de éstos, la mayor parte (9) estaban a la espera de plaza en un centro público. Los restantes (2), esperaban por una plaza en una residencia privada, coincidiendo con los dos sujetos que disponen de mayores recursos económicos (Sujetos 1 y 4).

Cinco sujetos aseguraron que no habían solicitado plaza en ningún otro centro, siendo, a su vez, cinco individuos que contaban con limitaciones leves para la realización de

las actividades de la vida diaria, o totalmente independientes. Este es un hecho que refleja que las personas con más limitaciones, se ven en la necesidad de recurrir a la solicitud de más de un recurso a la vez, con la finalidad de ampliar las posibilidades de que surja una plaza. Mientras, suelen hacer uso de otro tipo de recursos, que suplen o palfan las necesidades que presentan los individuos de forma provisional. Se plasma a continuación una figura que representa los recursos utilizados por los sujetos entrevistados.

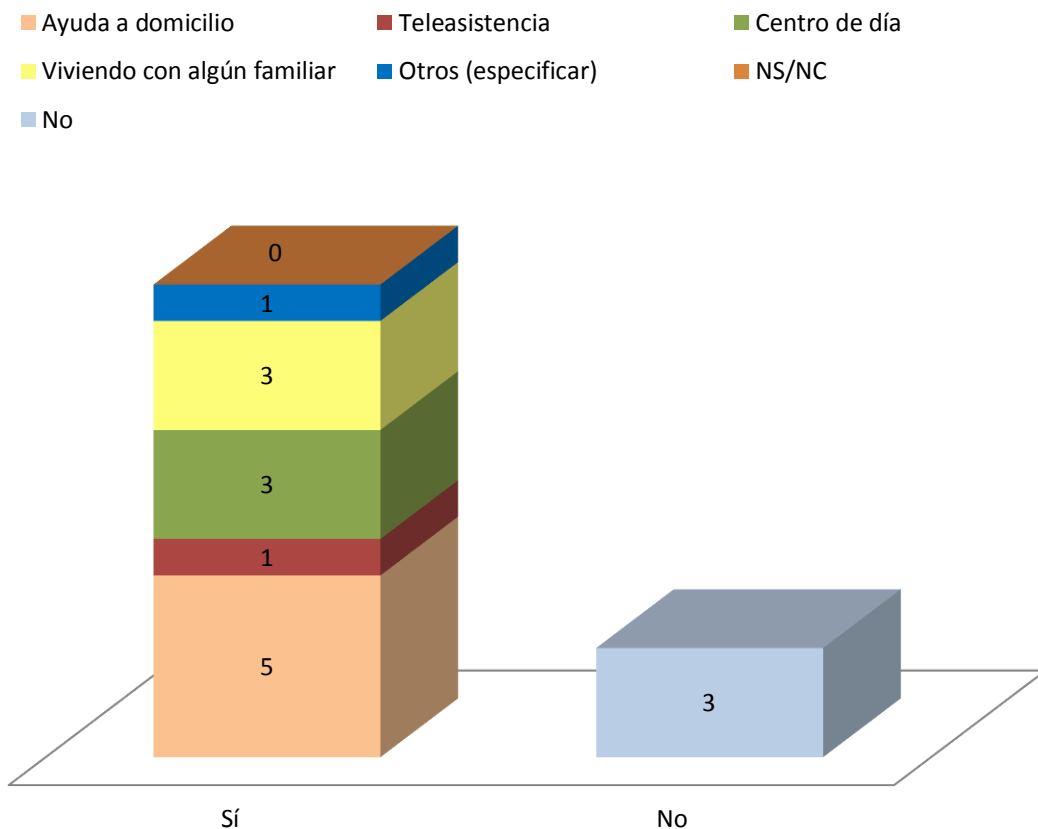


Gráfico 8: Alternativas anteriores al ingreso.

Fuente: Elaboración Propia en base a las entrevistas realizadas.

En cuanto a las alternativas previas al ingreso residencial, como podemos ver en el gráfico 8, 3 personas de la muestra aseguran no haber solicitado ninguna otra ayuda o alternativa con anterioridad al ingreso. Sin embargo, las otras 13 personas que componen la muestra sí lo han hecho. Entre las alternativas que solicitaron, el Servicio de ayuda a domicilio fue el más demandado.

La ayuda a domicilio ofrece la posibilidad de que el individuo permanezca en el entorno que le es habitual, teniendo sus necesidades cubiertas gracias al desempeño profesional de un/a auxiliar de ayuda a domicilio, que suele prestar asistencia en las actividades de la vida diaria, y en ocasiones en tareas domésticas o instrumentales. Los otros dos servicios más demandados fueron el centro de día, y la alternativa de convivir con algún familiar. Estos dos servicios, al igual que el servicio de ayuda a domicilio, apuestan por la permanencia de la persona mayor en su entorno, acudiendo a un centro por el día y regresando a casa por las noches, en el primer caso, o por medio de ayuda de tipo informal, cuando la familia tiene la posibilidad de encargarse de los principales cuidados.

Uno de los sujetos había estado con anterioridad en otra residencia de mayores, y otro había disfrutado del servicio de Tele - asistencia de la Cruz Roja. Se valora que todos ellos disfrutaron de servicios considerados como “paliativos” de una situación de necesidad, pero con el paso del tiempo se volvieron insuficientes ante el aumento de las limitaciones físicas y/o cognitivas. Así se refleja en la figura que sigue, donde se muestra que el mayor condicionante para solicitar plaza en la residencia es la presencia de limitaciones físicas y/o cognitivas. Otro determinante destacado es no contar con familiares de apoyo que se puedan hacer cargo de las situaciones de necesidad por las que atraviesen.

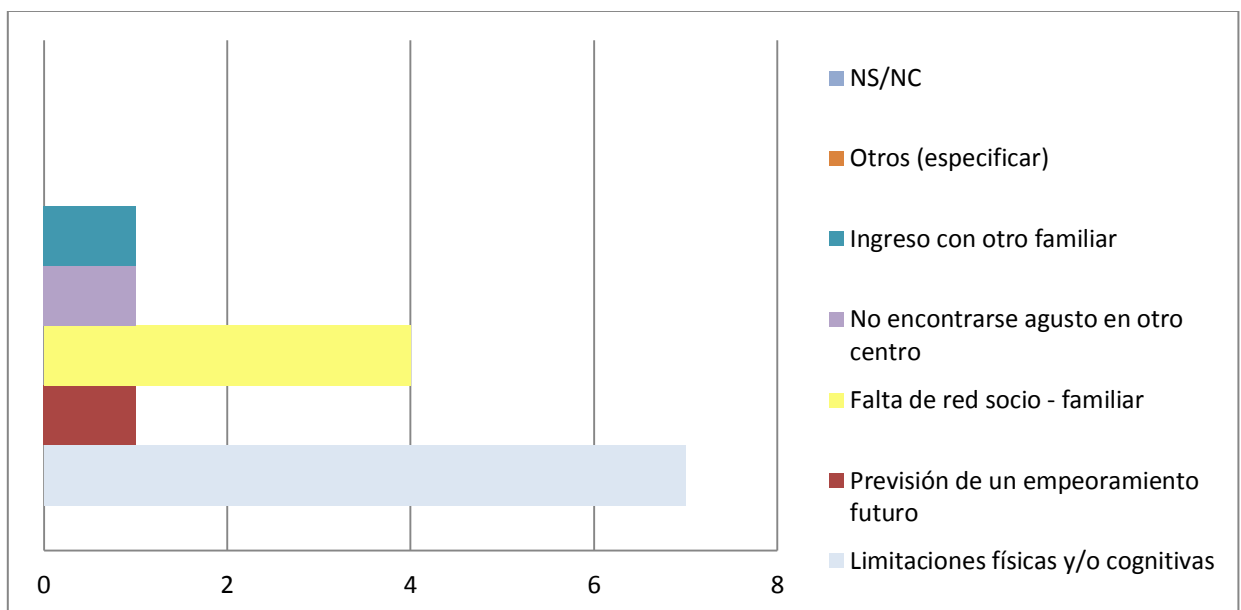


Gráfico 9: Motivo de solicitud de la plaza.

Fuente: Elaboración Propia en base a las entrevistas realizadas.

Uno de los individuos de nuestra muestra (Sujeto 1), manifiesta que su ingreso se debe a la necesidad de cuidados especializados que presentaba su esposa, y las

limitaciones con las que se encontraba para proporcionarle los cuidados, por lo que ambos, carentes de recursos sociales y familiares de consistencia, ingresan en la residencia, ella por limitaciones, y él por no dejarla sola. Otro de los entrevistados más independientes para todo tipo de actividad, pero carente de recursos sociales próximos (Sujeto 13), manifiesta que solicitó la plaza ante la previsión de un empeoramiento futuro, y con miedo de no tener quién lo asista en caso de emergencia.

“...Empezaba a tener miedo a quedarme solo. A estas edades cuando no falla una cosa falla la otra, y con las cosas que ves en las noticias, es para no dormir tranquilo...” (Entrevista nº 13).

Cuando se pregunta a los individuos por los motivos de solicitar plaza en la Residencia San Roque, en concreto, las respuestas se vuelven bastante unificadas.

5.3 DIFICULTADES EN LA SOLICITUD DE INGRESO EN LA RESIDENCIA

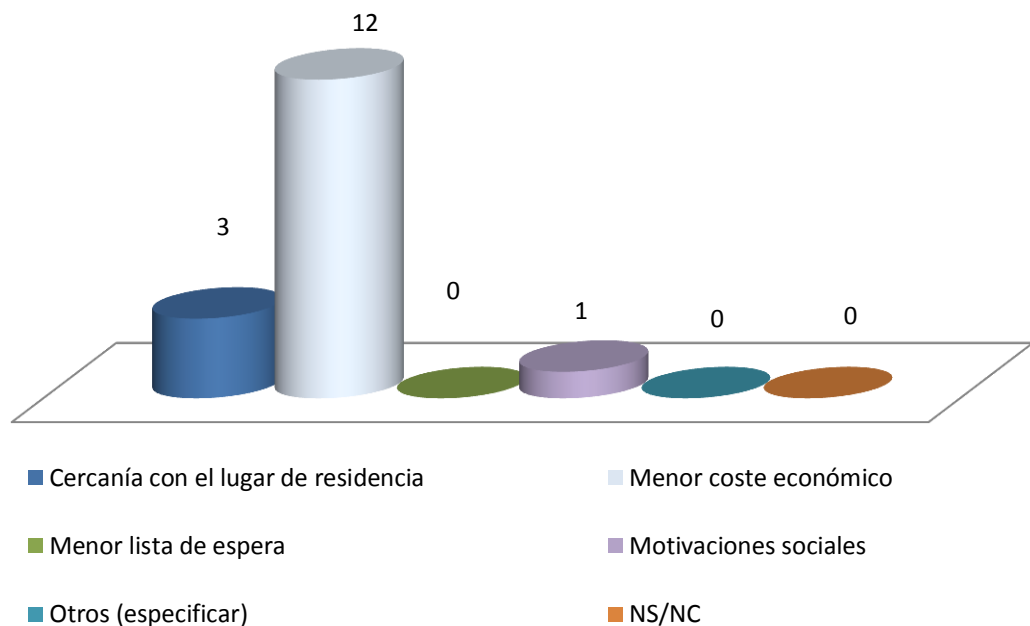


Gráfico 10: Motivo de solicitud en esa residencia.

Fuente: Elaboración Propia en base a las entrevistas realizadas.

Como se puede ver en el gráfico 10, la mayoría de los individuos que componen la muestra, se vieron motivados fundamentalmente por cuestiones económicas para solicitar la plaza en este centro. Como ya comentamos, se trata de un centro residencial sin ánimo de lucro, que posibilita que las personas que cuentan con menos recursos económicos puedan costearse una plaza residencial. A pesar de ello, existen residentes que ingresan en el centro a pesar de contar con pensiones más elevadas.

La "Residencia San Roque" se encuentra ubicada en el centro de la ciudad de Lugo, inmersa entre grandes bloques de edificios, por lo que el siguiente condicionante por el que más se vieron afectados fue la cercanía de esta residencia a su domicilio anterior. Tres de los sujetos de la muestra cuentan con un domicilio cercano a las instalaciones del centro, lo que los ayuda a integrarse mejor, debido a que no rompen de todo con su entorno habitual, y, además, les facilita el hecho de continuar visitando sus casas con la frecuencia que deseen.

Por último uno de los individuos anteriormente citado (Sujeto 1), que ingresó con su esposa, se vio motivado para ingresar por la necesidad de atenciones que ella presenta, es decir, señala que su principal condicionante para solicitar plaza en esa residencia, fueron los vínculos familiares que le unen a ella, que le impedían quedarse en casa viendo como ella se quedaba allí.

Cuando se cuestiona a los entrevistados sobre la voluntariedad del ingreso en la residencia, la mayoría afirman que se trató de una decisión voluntaria, tal y como representa el Gráfico 11.

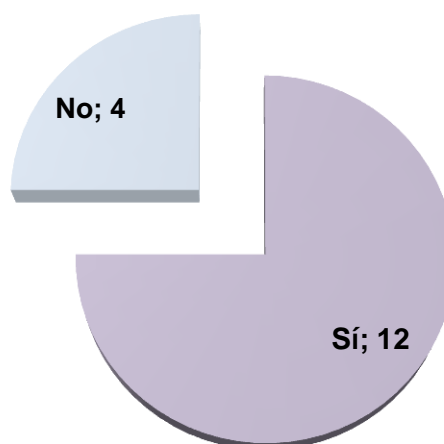


Gráfico 11: Voluntariedad de la decisión.

Fuente: Elaboración Propia en base a las entrevistas realizadas.

Sin embargo, 4 de los sujetos encuestados afirman que no se trató de un ingreso voluntario. Tres de las respuestas negativas son proporcionadas por los familiares de las personas que no están capacitadas para poder decidir por sí mismas, y que afirman que llevaron a sus familiares al centro motivados por la imposibilidad de hacerse cargo de las limitaciones que presentaban los residentes, por lo que los propios sujetos no pudieron mostrar su consentimiento. Es lo que se conoce como ingreso involuntario.

A lo largo de la entrevista, con la finalidad de acercarnos a las dificultades previas y posteriores al ingreso, tanto para la familia como para los residentes, se plantean varias cuestiones que abarcan estos aspectos. A continuación nos referimos a las dificultades en la solicitud de la plaza.

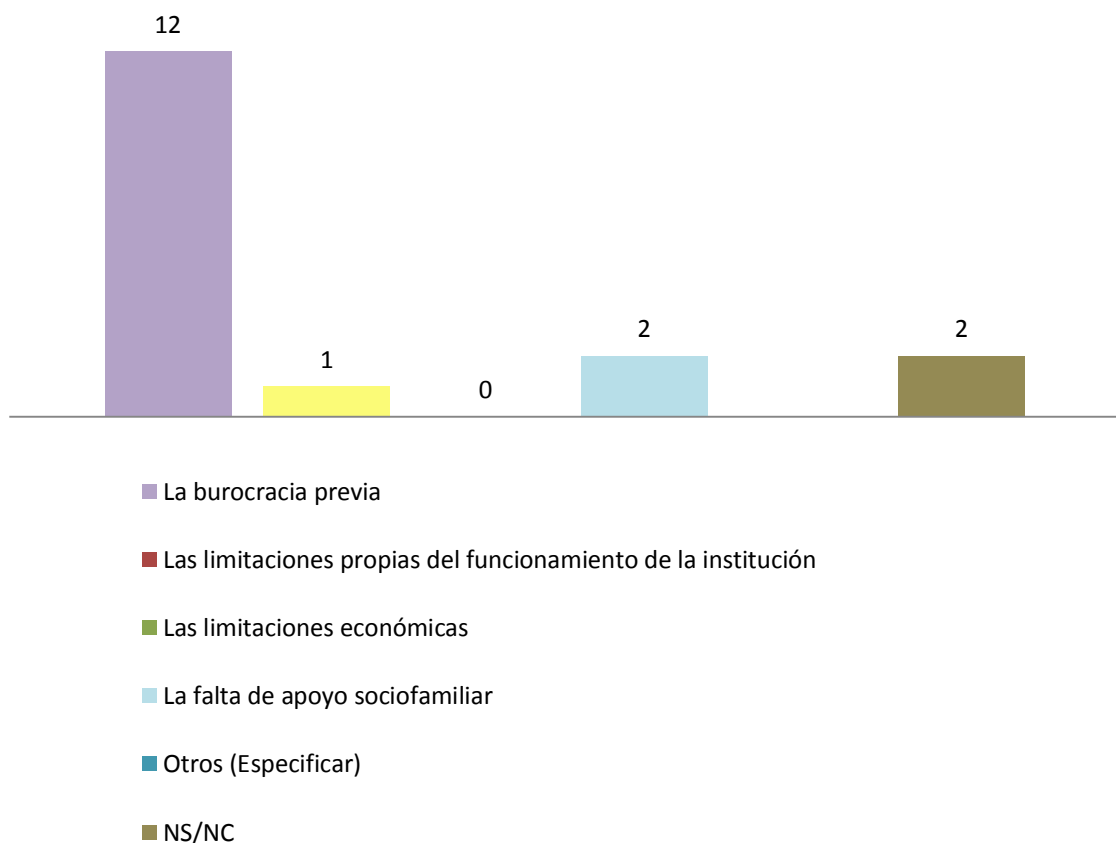


Gráfico 12: Dificultades en la solicitud de plaza

Fuente: Elaboración propia en base a las entrevistas realizadas

Como se puede apreciar (Gráfico 12), la mayor parte de los entrevistados afirman que la burocracia previa fue la mayor complejidad a la que tuvieron que enfrentarse. Al tratarse en su mayoría de personas mayores, muchos de ellos con estudios básicos y procedentes de un entorno rural, el exceso de burocracia existente en la administración y en todo tipo de trámites y solicitudes, dificultan en gran medida el acceso a los recursos. Este hecho se ve empeorado cuando las personas que quieren solicitar un recurso no tienen red socio – familiar que les pueda ayudar con los trámites, por lo que ellos lo perciben como la principal dificultad.

Dos sujetos afirman que a pesar de haber tomado la decisión de solicitar la plaza por propia iniciativa, tuvieron que enfrentarse a familiares y conocidos que no compartían la misma opinión. En este sentido podemos comenzar a hablar de los prejuicios existentes en la sociedad.

“...Mi hermana me decía: No vayas para allí, paga a una señora que te haga compañía y las cosas de casa. Te van a tener en una silla durmiendo todo el día. Allí no te voy a ir a ver. Si te cogen allí va a ser el principio de tu final...” (Sujeto 8).

Esta es una de las ideas que expondremos posteriormente en cuanto a los prejuicios sobre los centros residenciales, pero considero que la frase engloba otra valoración importante. Como bien nos señalaba Ceballos (2010), todavía existe una idea generalizada sobre las residencias que provoca que los individuos no sean conscientes de ser los titulares de una serie de derechos en los centros residenciales, y más en concreto, en este tipo de instituciones, que al tratarse de centros sin ánimo de lucro, arrastran todavía la imagen de la caridad y la beneficencia. Considero muy ilustrativa la expresión de la hermana de esta señora “Si te cogen ahí”, expresándose como si el centro seleccionara e hiciera un favor a las personas a las que admite, cuando en realidad, los centros residenciales en la actualidad, no dejan de ser negocios que se guían, al igual que ellos por las leyes del mercado.

Por último, en relación con la figura expuesta, dos sujetos afirman no saber cuál fue la mayor dificultad, o no quieren contestar.

A la hora de ingresar en el centro y superar el período de adaptación, se quiso investigar sobre los aspectos relacionados con este proceso, las principales dificultades que les afectan. La dificultad que más predomina es el hecho de tener que dejar la propia casa, seguido de las dificultades en el proceso de adaptación a la dinámica del centro. Los

cambios de horarios, la rigidez propia de las instituciones de la que nos hablaba Goffman (1961), compartir habitación con personas desconocidas...son factores que los individuos perciben como especialmente difíciles en el proceso de adaptación al centro.

Por último encontramos las dificultades económicas, derivadas de tener que poner su pensión mensual a disposición del centro, y, en muchos casos, continuar sufragando los gastos de la vivienda que dejaron vacía, el copago de la medicación, enseres personales...

5.3 DIFICULTADES EN LA ADAPTACIÓN AL CENTRO RESIDENCIAL

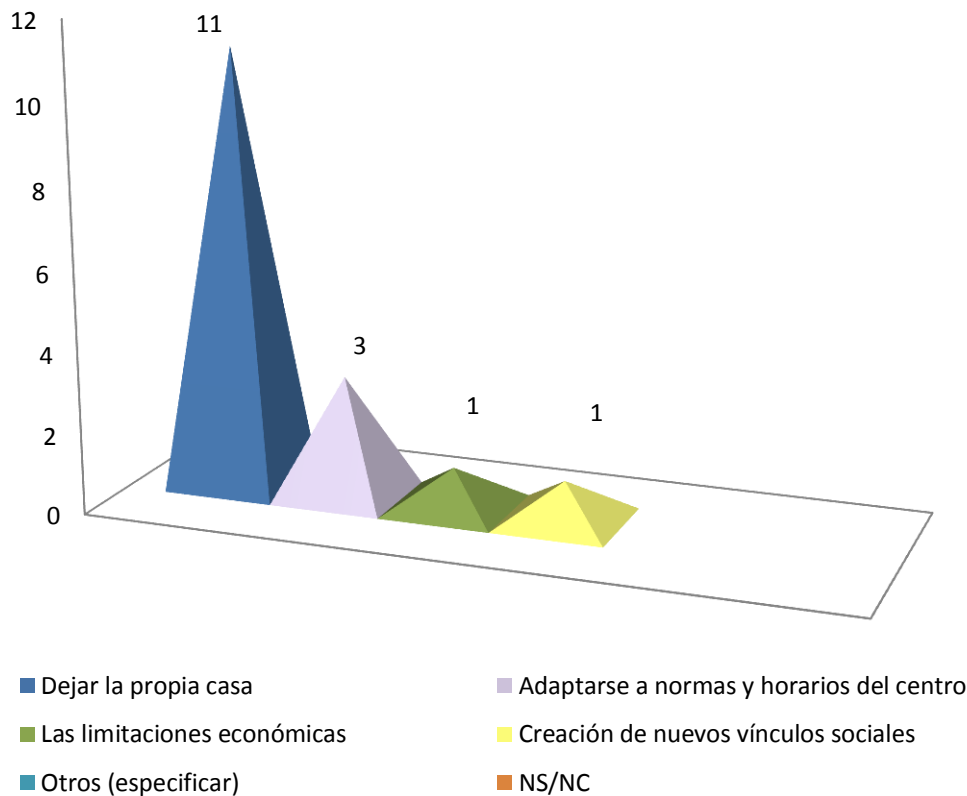


Gráfico 13: Dificultades en el ingreso residencial.

Fuente: Elaboración propia en base a las entrevistas realizadas.

A pesar de ello, podemos apreciar por medio del siguiente gráfico (Gráfico 14) que la mayoría de los miembros de la muestra, una vez superado el período de adaptación, manifiestan sentirse contentos en la residencia.

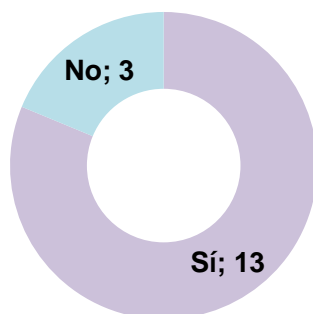


Gráfico 14: Adaptación a la residencia.

Fuente: Elaboración Propia en base a las entrevistas realizadas.

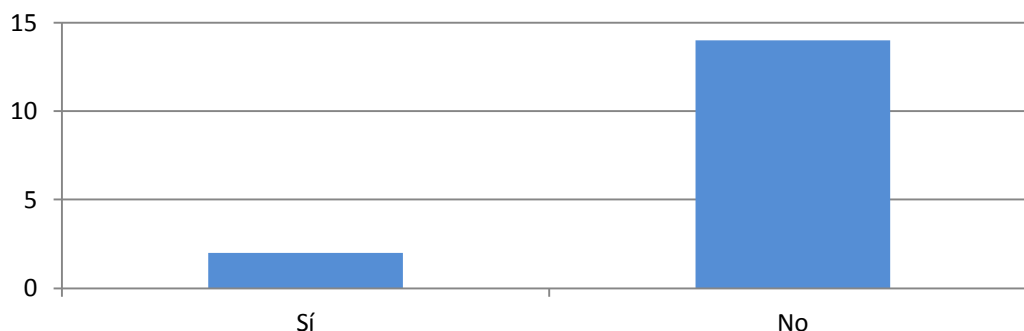


Gráfico 15: Cambio de residencia.

Fuente: Elaboración Propia en base a las entrevistas realizadas.

Por otro lado, a la hora de plantear la idea de irse de la residencia, tal y como se representa en el gráfico 15, dos de ellos afirman que sí se cambiarían de centro, mientras que 14 aseguran que no se cambiarían de centro.

A continuación, con la intención de profundizar en uno de los objetivos que nos hemos propuesto, centrado en conocer si existe una idea negativa en la sociedad sobre las residencias, se comienzan a introducir preguntas relacionadas con este aspecto. La primera de ellas plantea si la sociedad tiene una idea negativa sobre las residencias.

5.4 IDEAS Y ESTEREOTIPOS SOBRE RESIDENCIAS DE LA TERCERA EDAD

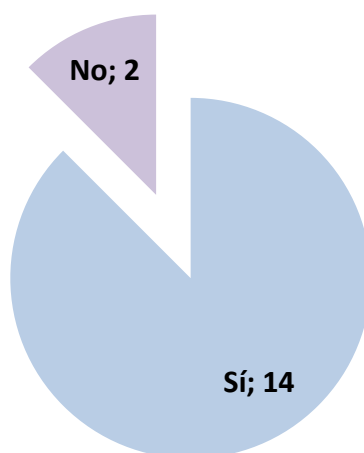


Gráfico 16: Idea negativa sobre las residencias en la sociedad.

Fuente: Elaboración Propia en base a las entrevistas realizadas.

En lo referente a esta cuestión, por medio del gráfico 16, apreciamos que la gran mayoría (14 sujetos), afirma que la imagen de las residencias en la sociedad es negativa, mientras que solo dos sujetos afirman que no lo valoran así, y en realidad no existe una visualización negativa por parte de la sociedad sobre las residencias de personas mayores.

Un índice tan elevado en las respuestas acerca de la idea que puede tener de forma generalizada la sociedad, puede inducir que los individuos de nuestra muestra, de forma individual, también tengan alguna idea negativa sobre los centros residenciales.

En relación con este asunto se les planteó la cuestión de si su idea sobre las residencias se ha visto modificada a mejor o a peor con motivo de su propia experiencia en una de ellas, o si por el contrario, no ha sufrido variación. A continuación se exponen los datos recogidos en un gráfico.

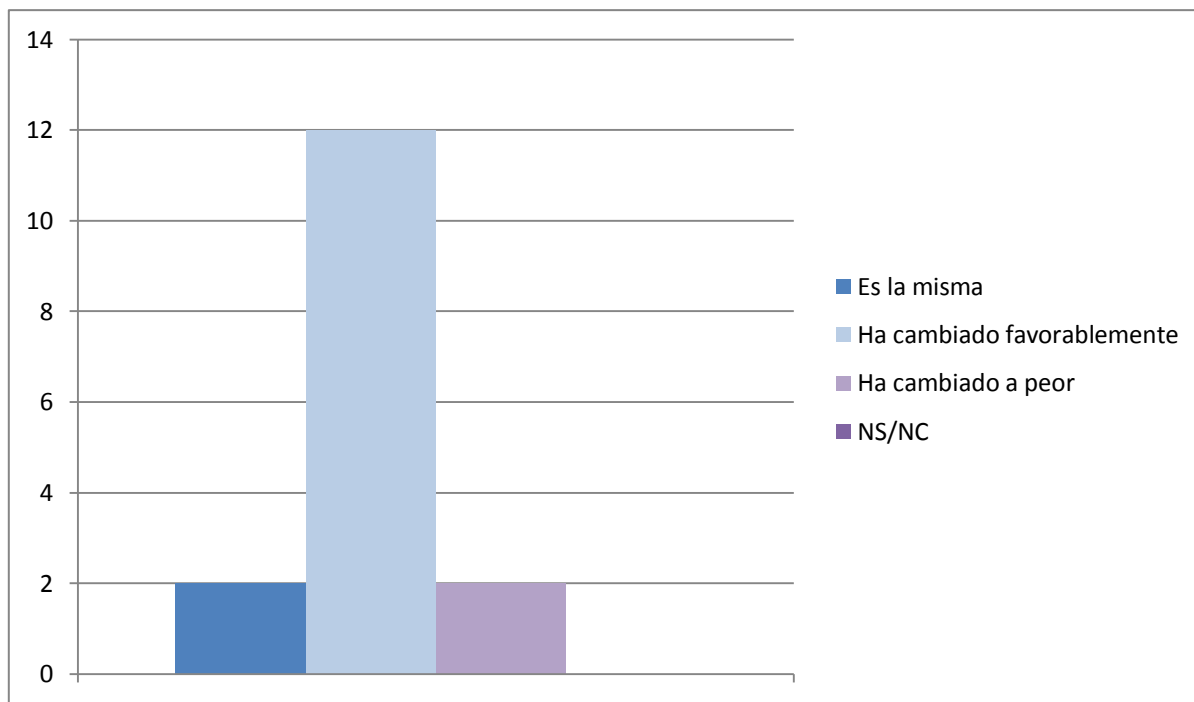


Gráfico 17: Cambio de impresión sobre las residencias.

Fuente: Elaboración Propia en base a las entrevistas realizadas.

Por medio del gráfico 17 podemos apreciar cómo la mayor parte de la muestra afirma haber cambiado su visión sobre las residencias de forma favorable tras su paso por la residencia en la que se encuentran. Se puede considerar un dato relevante, por su alta frecuencia (12), ya que la propia experiencia personal en el centro les ha hecho cambiar a mejor su opinión sobre las residencias.

Otros dos sujetos afirman seguir pensando lo mismo que antes de su ingreso, y dos de los entrevistados aseguran que la idea que tienen en la actualidad es peor que la que tenían antes de ingresar, con lo que su experiencia en el centro se entiende que no ha sido satisfactoria.

Las ideas preconcebidas sobre los centros residenciales pueden abarcar numerosos aspectos. Con el fin de concretar las respuestas, se le proponen a los entrevistados varias opciones para que opinen, por un lado, si alguna vez han estado de acuerdo con algún prejuicio, antes de producirse su propio ingreso, para poder contrastar si una vez que forman parte del ámbito residencial, continúan pensando de la misma forma.

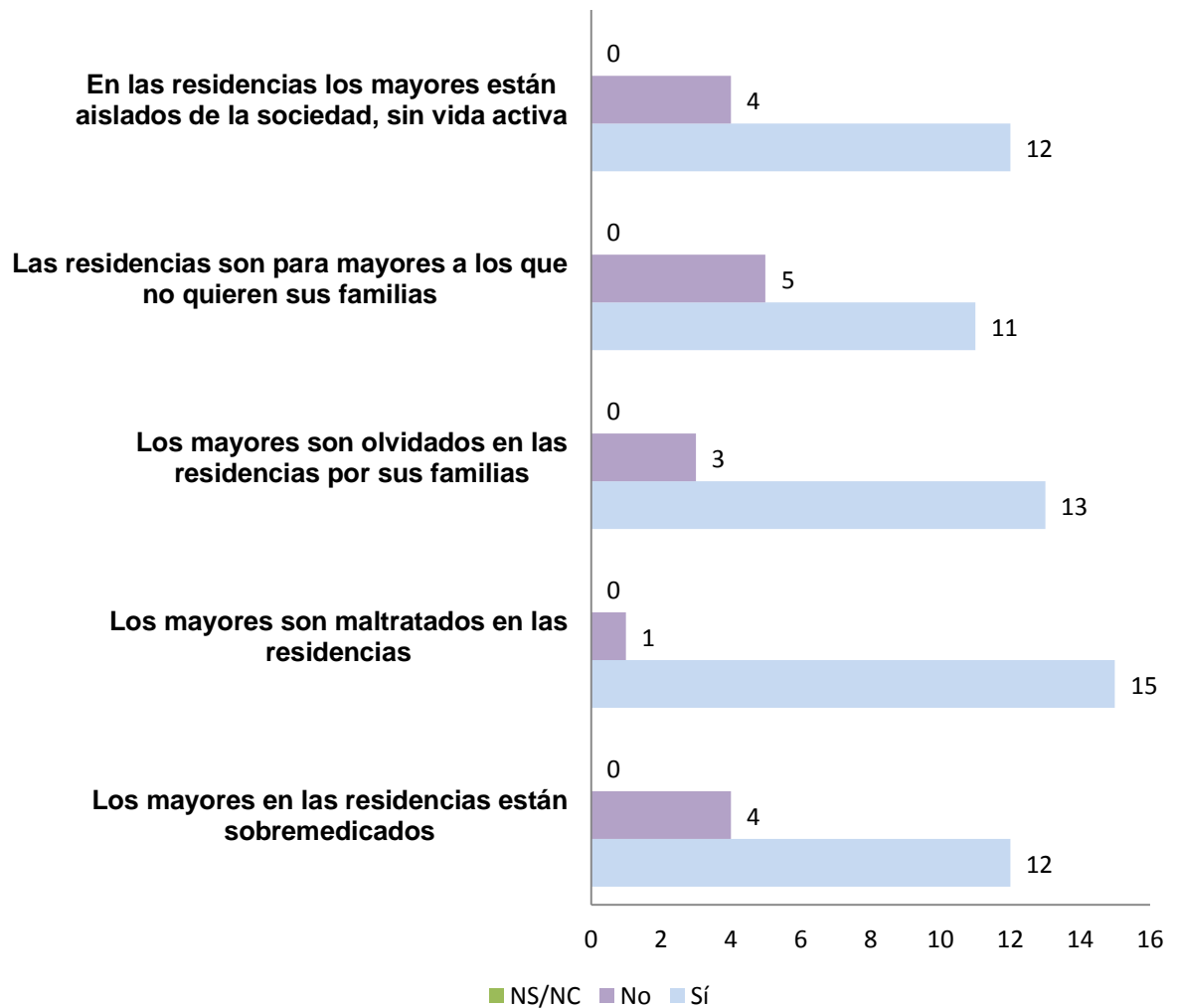


Gráfico 18: Ideas preconcebidas sobre residencias.
Fuente: Elaboración Propia en base a las entrevistas realizadas.

Como podemos apreciar por medio del gráfico 18, la idea más frecuente entorno a las residencias es la de que los mayores son maltratados en los centros. El dato es muy relevante, pues 15 de los 16 entrevistados manifiestan haber pensado alguna vez que los malos tratos eran un hecho común en las residencias. Por otro lado, otra de los prejuicios con mayor frecuencia (13), es la opinión de que las personas mayores son olvidadas por sus familiares una vez que ingresan en las residencias, reduciendo progresivamente el contacto telefónico y las visitas, por lo que la persona mayor se queda inmersa en una situación de abandono y desarraigo familiar y social. Con frecuencias muy elevadas (12) encontramos también las ideas de que las personas mayores se aíslan de la sociedad en las residencias, y que además son sobremedicados.

En menor medida, pero igualmente muy extendida (11 sujetos lo afirman), existe la idea de que las residencias son para las personas mayores de las que sus familias se desentienden. Este gráfico resulta especialmente significativo, pues en todos los prejuicios planteados a los sujetos entorno a las residencias, existe una amplia mayoría que reconoce haber pensado de esa manera, y a pesar de ello, han solicitado plaza en un centro residencial, movidos, como se reflejó en la figura 9, por condicionantes como las limitaciones físicas y/o psíquicas y por falta de red socio - familiar.

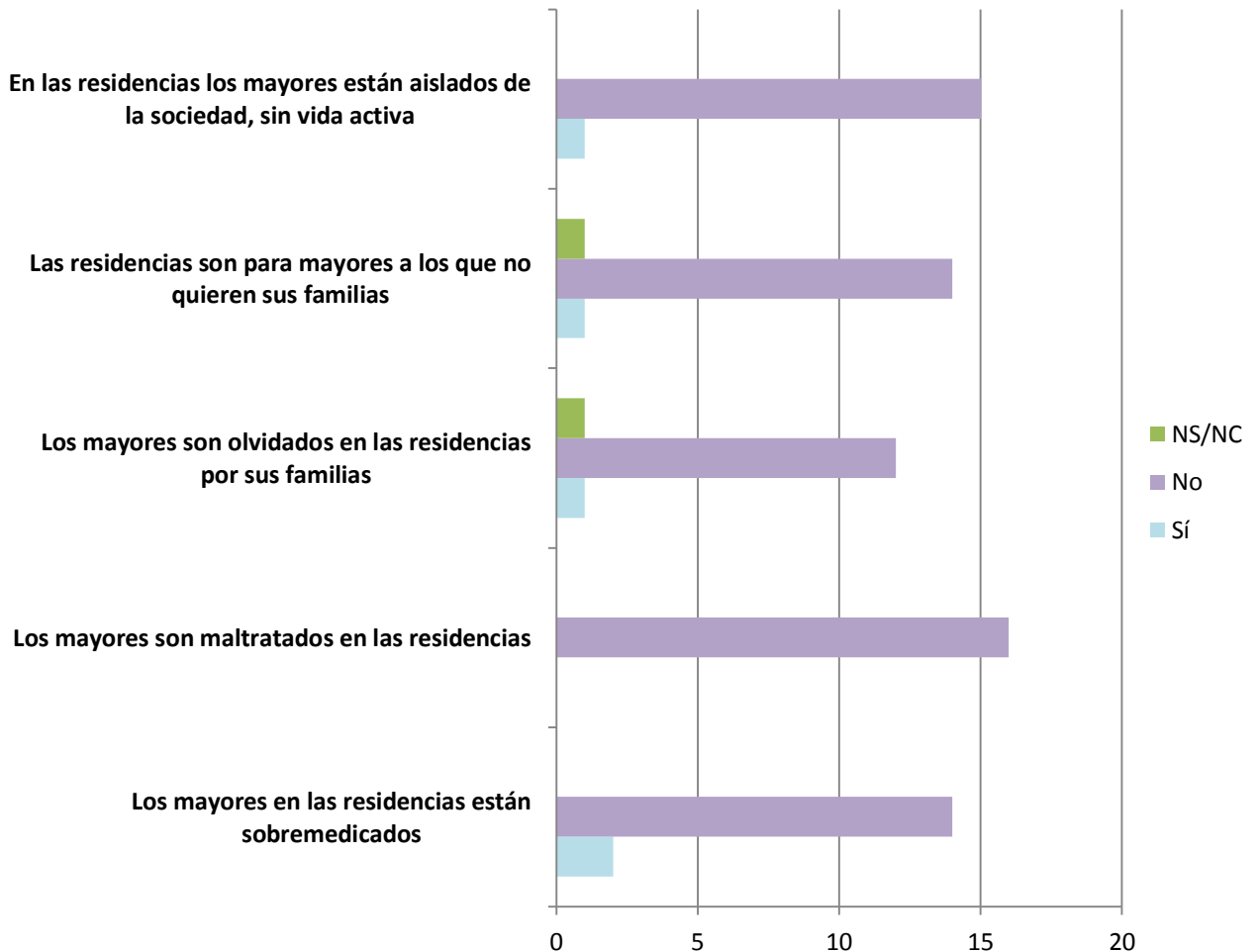


Gráfico 19: Ideas actuales sobre residencias.

Fuente: Elaboración Propia en base a las entrevistas realizadas.

Por medio del anterior gráfico (Gráfico 19), podemos apreciar las ideas que tienen acerca de los prejuicios sociales hacia las residencias una vez que permanecen en el entorno residencial por un período mínimo de 3 meses.

Como vemos, tras su paso por el centro, la mayoría de los entrevistados no piensan de la misma forma que con anterioridad a su estancia. El prejuicio que más se mantiene es el que hace referencia a la sobremedicación en los centros geriátricos.

En relación con la evolución de las ideas antes y después del ingreso residencial, se expone a continuación otro gráfico (Gráfico 20), que refleja de forma más clara los cambios en las formas de pensar en torno a estos prejuicios planteados.

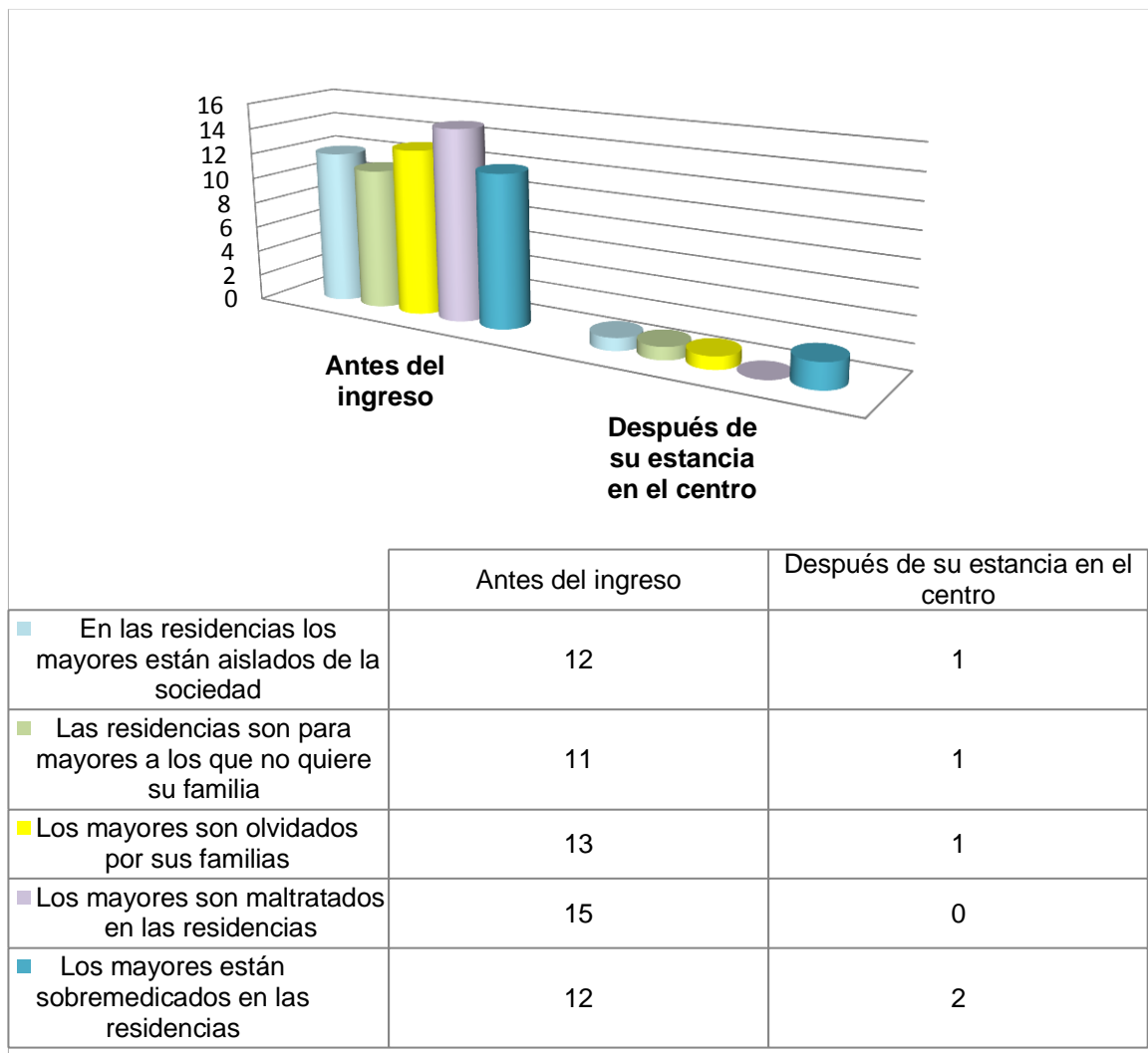


Gráfico 20: Evolución de las ideas tras el ingreso residencial.

Fuente: Elaboración Propia en base a las entrevistas realizadas.

Considerando que la acción de recomendar a sus amistades ingresar en el mismo centro en el que se encuentran ellos es un hecho que muestra en gran medida su grado de conformidad con la situación que están viviendo, para finalizar la entrevista se les plantea la cuestión de si lo recomendarían a sus amigos. De todos los entrevistados, tal y como refleja

el gráfico 21, 13 individuos manifiestan que sí lo recomendarían, 2 sujetos no lo recomendarían, y uno de ellos no sabe o no contesta.

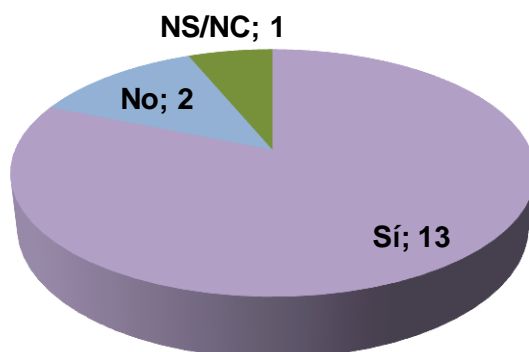


Gráfico 21: Recomendación a conocidos sobre el centro.
Fuente: Elaboración Propia en base a las entrevistas realizadas.

6. CONCLUSIONES

En relación con los resultados obtenidos, y tras haber realizado un breve análisis de los mismos, podemos establecer una serie de conclusiones en base a las hipótesis de trabajo planteadas.

Partimos de la hipótesis de trabajo de que el factor más influyente para solicitar plaza residencial en la Residencia San Roque era el económico. En este caso, los resultados presentados en la figura 5, nos muestran que efectivamente, el factor económico resulta el factor más influyente para los sujetos de la muestra a la hora de solicitar plaza en esta residencia.

Es importante recordar que el centro residencial en el que fue realizado el estudio es una institución sin ánimo de lucro, que exige como contraprestación mensual el 80% de la pensión mientras sean autónomos para la realización de las actividades de la vida diaria, y el 100% de la pensión en el caso de que sean personas asistidas, con independencia de la cuantía de la pensión percibida. Esto posibilita que las personas que cuenten con pensiones más bajas puedan optar a una plaza de residencia sin necesidad de aportaciones mensuales extraordinarias.

Este hecho determina que muchos de los sujetos de nuestra muestra, tal y como se refleja en la figura 7, se encontraran a la espera de plaza en un centro residencial de titularidad pública, ya que en ellos, tampoco se exige aportación extraordinaria mensual a la pensión que perciben, pagando por los servicios el 75% de la pensión en caso de personas autónomas, y el 100% en caso de personas asistidas. Estos aspectos nos permiten afirmar en relación con los objetivos planteados en el presente trabajo, que el aspecto económico resulta determinante a la hora de solicitar plaza residencial en un centro determinado, de la misma forma, que, como se planteaba en los objetivos, y como se recoge en el gráfico 10, la cercanía al lugar de residencia habitual de la persona mayor, aunque en menor medida, también es un aspecto a tener en cuenta.

Por otro lado, y en relación a lo que acabamos de concluir, una consecuencia asociada al menor coste económico de los centros de titularidad pública y sin ánimo de lucro, es el aumento de las listas de espera, como nos manifiesta Burgueño (2002). Este hecho lo podemos contrastar por medio de los datos reflejados en la figura 6, que confirman que la mayoría de los sujetos de la muestra esperaron un período superior a los seis meses para ingresar en el centro.

Esta espera, generalmente, conlleva la necesidad de optar por soluciones provisionales para poder paliar la situación de necesidad de atención y cuidados por la que se ven afectados los mayores, algo que vemos reflejado en la figura 8, donde visualizamos las alternativas al ingreso residencial de las que hicieron uso los sujetos de la muestra.

Como se detalla, la ayuda a domicilio, la asistencia a un centro de día y la convivencia con algún familiar de forma provisional, son los recursos más utilizados con anterioridad al ingreso en una residencia de personas mayores.

Nuestra segunda hipótesis de trabajo afirmaba que la falta de red socio – familiar se correspondía con el primer condicionante a la hora de solicitar plaza en una residencia, ante la falta de una red de apoyo que pueda facilitar la compañía, los cuidados, y las atenciones que las personas mayores de nuestra muestra precisaban.

En este caso, rechazamos la hipótesis de trabajo planteada, y aceptamos la hipótesis nula, que afirma que la falta de red socio – familiar no es el determinante más frecuente para solicitar plaza en una residencia. Esto se debe a que los datos representados en la figura 9, revelan que la mayor parte de los entrevistados se vieron directamente influenciados para solicitar una plaza residencial por las limitaciones físicas y/o cognitivas que presentaban ellos o sus familiares.

Por tanto, contar con familiares de referencia o red de apoyo de consistencia no garantiza el hecho de no tener que solicitar una plaza residencial, pues en ocasiones, las personas que ingresan en un centro, no pueden ser atendidas por sus familiares directos por diversos motivos entre los que encontramos circunstancias laborales, obligaciones familiares y/o desconocimiento para proporcionar los cuidados que necesita la persona mayor. Sin embargo, sí encontramos datos estadísticamente significativos en la misma figura, que reflejan que la falta de red socio – familiar sí constituye un determinante importante para solicitar una plaza residencial, a pesar de no ser el determinante más común.

En relación con los objetivos marcados y con la tercera hipótesis de trabajo que habíamos planteado, referente a que los prejuicios existentes en la sociedad sobre las residencias condicionan a las personas mayores a la hora de ingresar en un centro, con los datos obtenidos por medio de estudio nos vemos obligados a rechazarla, pues existen evidencias significativas de que la imagen preconcebida sobre las residencias de personas mayores no condicionan a la hora de solicitar una plaza residencial.

Como se puede apreciar en los datos recogidos en la figura 11, la mayor parte de la muestra decide de forma voluntaria solicitar la plaza en una residencia, a pesar de que, según los datos del gráfico 16, casi todos son conscientes de la idea negativa que tiene la sociedad sobre las residencias.

Resulta significativo el hecho de que a pesar de que los propios residentes, y sus familiares, antes del ingreso en la residencia mantienen prejuicios importantes sobre el la asistencia a personas mayores en estos centros, la solicitud de plaza se haya efectuado a pesar de ello.

Esta relación establecida gracias a los resultados, nos permite concluir que a pesar de que socialmente existen ideas preconcebidas sobre los centros residenciales para la tercera edad, en caso de necesidad, las personas se ven obligadas a pasar por alto los mitos existentes socialmente junto con las propias ideas, y, confiando, según manifiestan por medio de las entrevistas realizadas, en que simplemente se trate de mitos sin fundamento.

Por tanto, como decía Riquelme (1997), a pesar de las críticas que la población manifiesta sobre los centros residenciales, seguimos hablando de un recurso necesario y prioritario en caso de necesidades funcionales y sociales, y la sociedad necesita aceptar esta alternativa como un recurso normalizado y cada vez más necesario, como refiere Burgueño (2002).

En relación con la última hipótesis de trabajo planteada, que aseguraba que las ideas preconcebidas sobre los centros geriátricos se mantendrían tras un período de estancia en el centro, nuevamente nos vemos obligados a rechazarla, pues existen evidencias significativas en los datos recogidos por medio de las encuestas, que concluyen, dando respuesta a otro de los objetivos planteados, que tras un período de estancia en el centro residencial, las personas mayores o los familiares que intervinieron en las entrevistas no mantienen las mismas ideas respecto a los aspectos planteados que con anterioridad al ingreso residencial.

Los datos referentes a esta conclusión los vemos plasmados de forma comparativa en el gráfico 20, donde se plasman los datos referentes a las ideas preconcebidas antes y después de la estancia en el centro. Este gráfico nos refleja que la mayor parte de los entrevistados sí contaban con una serie de ideas que prejuizaban los cuidados que se proporcionan en las residencias, pero tras el ingreso propio o de su familiar, cambian favorablemente, de modo que, como se indica por medio del gráfico 21, llegan incluso a

recomendar la estancia en un centro residencial, y según los gráficos 14 y 15, la mayor parte se encuentra a gusto en la residencia y no cambiarían de centro.

Como bien reflejan los datos, una vez ha transcurrido un tiempo de estancia en el centro, los sujetos dejan de percibir que los familiares se olviden de las personas mayores en las residencias. Como vemos por medio de los resultados de la OARS, la mayor parte de los residentes de nuestra muestra cuentan con recursos sociales de apoyo, y tras su estancia en el centro no perciben que las residencias sean recursos destinados a personas mayores a los que no quieren sus familias, sino que se perciben como recursos que proporcionan cuidados especializados a personas con necesidades específicas.

Además, tras su paso por el centro, desaparece en gran medida la idea de que en las residencias las personas mayores se encuentran aisladas, sin tener una vida activa. En relación con las necesidades de comunicación expuestas por Henderson (1966), encontramos que las personas mayores entrevistadas mantienen una vida activa en el centro: participan en las actividades de terapia ocupacional, leen la prensa, salen del centro y visitan a sus familiares, y establecen nuevos vínculos sociales sin romper los anteriores. Esto no significa que no se vean afectados por un proceso de adaptación complejo. A pesar de encontrarse a gusto en la residencia en la que se encuentran, sí se han visto afectados por una serie de aspectos en el procedimiento previo al ingreso (solicitud) y en el período de adaptación a la residencia.

A modo de conclusión, establecemos que la mayor parte de los sujetos de la muestra, indican que en el momento de la solicitud, se vieron afectados por las dificultades que conlleva la burocracia previa, junto con las limitaciones económicas y la falta de red familiar. (gráfico 12).

En cuanto a los datos del gráfico 13, encontramos a modo de conclusión, que la mayor dificultad que manifiestan los sujetos de la muestra es el hecho de dejar la propia casa o ver que la deja el familiar, unido a la dificultad para adaptarse a las normas y horarios que implica la propia dinámica del centro residencial. De ello podemos extraer que a pesar de que los individuos toman la decisión de ingresar en un centro de forma voluntaria, atraviesan una serie de dificultades de forma previa al ingreso y una vez que éste se ha producido.

En cuanto a las conclusiones establecidas, se valora que se podrían establecer investigaciones similares en otros centros, con el fin de determinar si estos mismos aspectos que se perciben en esta residencia de mayores, son apreciados por mayores de otros centros. Se considera que sería relevante ampliar este tipo de estudios, con muestras más amplias, que permitieran poder extraer conclusiones más certeras y exactas sobre la forma de pensar de las personas mayores y del resto de la sociedad sobre las residencias y centros de atención a la tercera edad, para poder marcar nuevas líneas de intervención, como la concienciación de la ciudadanía acerca de la realidad de nuestros mayores o acercamientos y mayor conocimiento de personas mayores y familiares sobre los centros.

Además, mediante la consecución de conclusiones más extrapolables al resto de la población, podríamos conocer si las dificultades previas al ingreso residencial se reproducen de forma habitual entre los mayores y sus familiares. De esta manera podría llevarse a cabo la elaboración de unas pautas comunes de actuación que ayuden a paliar y combatir los aspectos negativos más comunes que rodean al ingreso institucional y que puedan ser evitados con cambios en la práctica profesional.

Se considera que los datos obtenidos en el presente estudio tienen una gran trascendencia, que podría marcar tendencias futuras en la forma de intervenir en varios aspectos:

✓ **Intervención con usuarios en Atención Primaria.**

Las conclusiones extraídas de los datos analizados, nos permiten apreciar que la mayoría de las personas mayores estudiadas se encuentran muy limitadas a la hora de solicitar plaza en una residencia, pues la falta de recursos residenciales, las largas listas de espera para plazas residenciales que se adapten a sus necesidades o las limitaciones para hacer frente a la burocracia establecida, son aspectos que reflejan de forma común.

Se considera que es necesaria una mejor forma de intervenir que ayude a paliar estas dificultades que atraviesan nuestros mayores, de forma que se simplifique el procedimiento de solicitud, adaptado a las personas mayores, sobre todo a aquellas que no cuentan con una red socio – familiar de apoyo para estos trámites, que muchas veces son los que encuentran más dificultades.

Frente a las limitaciones con las que se encuentran a la hora de solicitar una plaza, por la escasez de centros, se considera que este tipo de estudios, de forma más generalizada, podrían servir para concienciar a las partes políticas, de la necesidad de

creación de nuevos recursos de atención a personas mayores, mediante un estudio que permita a las autoridades empatizar con una situación tan delicada como la necesidad de una plaza residencial, la dura decisión de ingresar en un centro, y en contraposición, la falta de plazas residenciales. Todo ello supone una situación emocional muy dura tanto para las personas mayores como para sus familiares.

Por otro lado, apreciando la cantidad de personas que solicitan un recurso provisional mientras esperan por una plaza residencial, junto con las personas de nuestra muestra que se encontraban en solicitud de varias plazas residenciales a la vez, se considera que sería interesante establecer algún mecanismo de comunicación entre recursos públicos y privados, de forma que se evitaran duplicidades en listas de espera, puesto que, en el momento en el que ingresan en un centro residencial público, siguen constando en la lista de espera del privado y viceversa, con lo que las listas de espera con las que cuentan los centros nunca son reales.

✓ **Intervención Social**

En cuanto a la intervención social, entendida ésta como la actividad a realizar con toda la población, se considera que los datos obtenidos en referencia a los prejuicios e ideas preconcebidas sobre los centros residenciales para la tercera edad son alarmantes.

A pesar de que las residencias de personas mayores se están convirtiendo en un recurso de necesidad para la atención de nuestros mayores, incrementado por las nuevas formas de vida, exigencias laborales e incremento del envejecimiento de la población, se valora que si extendemos las conclusiones de nuestra muestra al resto de la población, todavía no hablamos de una sociedad plenamente mentalizada ni familiarizada con los centros residenciales para mayores ni con el funcionamiento de los mismos. Es por ello que se considera muy relevante el uso de investigaciones de este tipo, con el fin de poder establecer conclusiones más generalizadas, con muestras más representativas, para establecer, si fuera necesario, programas de intervención social que abarquen a la totalidad de la población, con carácter informativo, que permita familiarizar a todos los sectores de edad con los centros residenciales para mayores, de forma que se integren en nuestra sociedad como una recurso más del que poder hacer uso en caso de necesidad, y evitar así el uso de prejuicios que no se correspondan con la realidad.

✓ **Intervención en centros residenciales**

En cuanto a la intervención propia de los centros residenciales, considero que las conclusiones elaboradas a partir de este estudio, enmarcan la necesidad de una intervención previa al ingreso residencial, que permita a las personas mayores y/o a sus familias, una intervención previa en el denominado pre – ingreso (Instituto de Salud Pública de Madrid, 2007), de forma que se aporte una mayor cercanía e información que permita erradicar los prejuicios existentes en las personas antes de que se produzca el ingreso, con el fin de disminuir la incertidumbre y el grado de ansiedad de las personas mayores y sus familias antes de ingresar. De esta forma, y trabajando de forma coordinada, los distintos profesionales del centro podrían contribuir a una mejor adaptación al centro residencial antes de que el ingreso sea efectivo. Considero que este tipo de actuaciones, junto con un mayor apoyo en la parte burocrática, podrían ver mejorado el proceso del ingreso de la persona mayor en la residencia.

Por último, en cuanto a futuras líneas de investigación que podrían surgir tras la realización de este estudio, se contemplan nuevas cuestiones consideradas de interés para poder conseguir un conocimiento más amplio acerca del periodo que abarca el pre – ingreso residencial, así como el ingreso en un centro de cara a una mejora de la intervención profesional.

Se plantean, como futuras vías, un conocimiento profundo de las dificultades surgidas con antelación al ingreso residencial, por medio de una muestra más amplia que la de este estudio. Además, se considera interesante, con el fin de abarcar de forma íntegra el conocimiento de las dificultades de nuestros mayores y sus familiares al ingresar en una residencia, investigar de forma profunda acerca del periodo de adaptación en los centros residenciales, así como analizar en profundidad la evolución de las relaciones sociales de las personas que se encuentran en residencias, con el fin de conocer el grado de ruptura social que provoca la institucionalización. El estudio de todos estos aspectos podría contribuir a establecer diagnósticos sociales acerca de los síntomas que puedan presentar las personas mayores que residen en centros, de forma que se podrían establecer criterios que permitieran evaluar cuándo una persona se está adaptando bien al medio residencial, y cuando podemos hablar de problemas adaptativos.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Abellán, A. (1989) *El envejecimiento de la población. Tendencias e implicaciones*. Madrid: CSIC.
- Atchley, C. (1971). Retirement and leisure participation: Continuity or crisis?. *The Gerontologist*, 11, 13-17.
- Bazo, M. T. (2004). Envejecimiento y familia. *Arbor: Ciencia, Pensamiento y cultura*, 702, 323-344. Recuperado de <http://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/view/570/571>.
- Bandura, A. y Walters, R. (1978). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza Universidad.
- Börsch, A. (2011). El gasto en pensiones y dependencia aumentará en 9.000 millones en 2060. *Europa press*, (26), 68-75. Recuperado de <http://www.europapress.es/epsocial/noticia-gasto-pensiones-dependencia-aumentara-9000-millones-2060-20110331140855.html>
- Burgueño, A.A. (2002). *Prepararse para cuidar a una persona mayor: Buscar, Elegir y evaluar una residencia*. Zaragoza: Mira Editores, S.A.
- Butler, R. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9, 243-246. Recuperado de http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/9/4_Part_1/243.full.pdf+html?ijkey=d93fffc65757cce5bd552b7c81a22c07f784b1b7&keytype=tf_ipsecsha.
- Carabajo, M. (2009) Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante. *Ensayos: Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, Nº 24.
- Ceballos, R. (2010). *Dirección y gestión de residencias geriátricas*. Jaén: Formación Alcalá.
- Cummings, E. y Henry, W. (1961). *Growing old: the process of disengagement*. Nueva York: Basic Books.
- Delgado, M.L. (2001). Intervención psicosocial en residencias para personas mayores. *Cuadernos de trabajo Social*, 14 (323-339).

- Erikson, E. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton.

- Fericgla, J.M. (2002). *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*. Barcelona: Herder.

- Fernández, B. R. (1987). *El ambiente, análisis psicológico*. Madrid: Pirámide

- Goffman, E. (1961). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Gubrium, J. (1973). *The myth of the golden years: a socio-environmental theory of aging*. Springfield: Thomas.

- Havighurst, R., Neugarten, B. y Tobin, S. (1968). *Disengagement and patterns of aging Middle age and aging: A reader in social psychology*(pp.161-172). Chicago: University of Chicago Press.

- Henderson, V. (1966). *The nature of nursing: A definition and its implications for practice, research, and education*. New York: Macmillan.

- Iacub, R. (2001) *Proyectar la vida: El desafío de los mayores*. Argentina: Manantial.

- Imsero, (2003). *Servicios Sociales para personas mayores en España*. Madrid: Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales.

- Imsero, (2008). *La Participación de las Personas Mayores*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

- Instituto de Salud Pública de Madrid (2007), *Prevención y promoción de la salud en el anciano institucionalizado*. Madrid: Nueva Imprinta

- Jiménez, F. (2001). *Familia, Juventud y nuestros mayores: la actitud proactiva*. Galicia: Fundación Caixa Galicia, Colección: Jornadas, conferencias, premios.

- Juárez, M. (1995) *Trabajadores sociales: Papel y cometidos*. Madrid: Narcea, S.A. de Ediciones.

- Kahana, E. (1975). *A congruence model of person – environment interaction. Theorydevelopment in environment and aging*. Washington: Gerontological Society.

- Laforest, J. (1991). *Introducción a la gerontología. El arte de envejecer*. Barcelona: Herder.

- Leturia, F. (1999). El Proceso de adaptación en centros residenciales para personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 34 (2), 105- 112.
- Matteson, M.A. (1988). *Biological theories of aging in gerontological nursing concepts and practice*. London: Saunders Compain.
- Maslow, A. (1991). *Motivación y personalidad*. Madrid: Díaz de Santos, S.A.
- Ministerio de Empleo y Seguridad Social. (2014). Gobierno de España. Recuperado el 14 de abril de 2014 de http://www.seg-social.es/Internet_1/Pensionistas/Derechos/Serviciossociales/index.htm.
- Mishara, B y Riedel R. (1986). *El proceso del envejecimiento*. Madrid: Artedita.
- Monedero, G. C. (1990). *Psicología de la vejez*. En J. R. Parreño Rodríguez y otros. *Tercera edad sana. Ejercicios preventivos y terapéuticos* (pp. 33-50). Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- Montorio, I. (1992). *Adaptación del anciano al medio residencial. Un análisis psicológico*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- Motlis, J. (1985). *El dado de la vejez y sus seis caras*. Madrid: Altalena.
- Moss, R. (1974). *Evaluating Treatment environments: a social ecology approach*. New York: Willey.
- Organización de consumidores y usuarios. (2013). *Las residencias públicas son mejor valoradas que las privadas*. [Recuperado de http://www.ocu.org/consumo-familia/derechos-paciente/nota-prensa/las-residencias-publicas-son-mejor-valoradas-que-las-privadas](http://www.ocu.org/consumo-familia/derechos-paciente/nota-prensa/las-residencias-publicas-son-mejor-valoradas-que-las-privadas).
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *HealthyAging*. Geneva: Who.
- Padierna, J.A. (1994). ¿Existe un lugar para la familia del anciano en las residencias. *Revista de Servicios Sociales*, (25), 40-49. [Recuperado de http://dialnet.unirioja.es/servlet/busquedadoc?t=padierna+1994+¿existe+un+lugar+para+la+familia+del+anciano+en+las+residencias%3F&db=1&td=todo](http://dialnet.unirioja.es/servlet/busquedadoc?t=padierna+1994+¿existe+un+lugar+para+la+familia+del+anciano+en+las+residencias%3F&db=1&td=todo)
- Palmore, E. (2001). The ageism Survey: First finding. *Gerontologist*, 41(5), 572-575.
- Pascual, R. (2001). *Familia, Juventud y nuestros mayores: la actitud proactiva*. Galicia: Fundación Caixa Galicia, Colección: Jornadas, conferencias, premios.

- Perlado, F. (1995). *Teoría y Práctica de la Geriatría*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Residencia San Roque, (2014). *Manual de protocolos asistenciales*. Material no publicado.
- Riquelme, A. (1997). *Depresión en Residencias Geriátricas: Un estudio empírico*. Murcia: Servicio de Publicaciones. Universidad de Murcia.
- Rowe, J. y Kahn, R. (1997) *Successful Aging*. New York: Pantheon Books.
- Streib, E.P. (1965). Are the aged a minority group? New York: A.W. Gouldner y J.M. Miller Eds.

8. ANEXOS

ANEXO I: HISTORIA SOCIAL

HISTORIA SOCIAL		N.º:
DATOS PERSONALES		
Apellidos.....	Nombre.....	D.N.I.....
Fecha de Nacimiento.....	Localidad.....	Provincia.....
Años.....	Sexo.....	Estado Civil.....
Domicilio anterior C/.....	N.º.....	Hijo/a de.....
Provincia.....	C.P.:.....	Localidad.....
Profesión anterior.....	Fecha alta.....	
Motivos del ingreso.....		
DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE QUE SOLICITA EL INGRESO Y OTROS		
Apellidos.....	Nombre.....	Domicilio C/.....
N.º.....	C.P.:.....	Localidad.....
Relación.....	Telf:.....	Provincia.....
Apellidos.....	Nombre.....	Domicilio C/.....
N.º.....	C.P.:.....	Localidad.....
Relación.....	Telf:.....	Provincia.....
DATOS ECONOMICOS		
SITUACION ECONOMICA: Pensionista.....		
Origen ingresos: Entidad bancaria y N.º C/C.....		
Aporta.....		
Otras ayudas o subvenciones.....		
BAJA:		
¿ Póliza seguro defunción?.....		
Fecha baja.....	Causa: Fallec.....	Salida.....
Informe social de salida.....		Despido.....

ANEXO II: ÍNDICE DE BARTHEL

Nombre y Apellidos:

Parámetro	Situación del paciente	Puntos	
Comer	- Totalmente independiente	10	
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5	
	- Dependiente	0	
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5	
	- Dependiente	0	
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10	
	- Necesita ayuda	5	
	- Dependiente	0	
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5	
	- Dependiente	0	
Deposiciones (Valórese la Semana previa)	- Continencia normal	10	
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5	
	- Incontinencia	0	
Micción (Valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10	
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5	
	- Incontinencia	0	
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10	
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5	
	- Dependiente	0	
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15	
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10	
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5	
	- Dependiente	0	
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15	
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10	
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5	
	- Dependiente	0	
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10	
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5	
	- Dependiente	0	

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

TOTAL:

Resultado	G	Grado de dependencia
< 20		Total
20-35		Grave
40-55		Moderado
≥ 60		Leve
100		Independiente

Fecha: Valoración:

Firma:

Fuente: Protocolos asistenciales Residencia San Roque 2014

ANEXO III: ESCALA DE RECURSOS SOCIALES (OARS)

◆ *Estado Civil:*

1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Separado

◆ *¿Vive con su cónyuge u otro u familiar en el centro?*

1. Si 2. No

◆ *Durante el último año, ¿con qué frecuencia salió de la residencia para visitar a la familia en fines de semana o vacaciones, de excursión, etc.?*

1. Una vez a la semana o más
2. Un a tres veces al mes
3. Menos de una vez al mes o sólo en vacaciones
0. Nunca

◆ *¿Con cuantas personas tiene la suficiente confianza para visitarlos en su casa?*

2. Cinco o más
2. Tres o cuatro.
1. Una o dos
0. Ninguna

◆ *¿Cuántas veces habló (amigos, familiares u otros) por teléfono durante la última semana?*

3. Una vez al día o más.
2. Dos veces
1. Una vez
0. Ninguna

◆ *¿Cuántas veces durante la semana pasada le visitó alguien, fue usted de visita o realizó alguna actividad con otra persona?*

3. Una vez al día o más
2. De dos a seis veces
1. Una vez
0. Ninguna

◆ *¿Hay alguna persona en la que tenga confianza?*

2. Si 0. No

◆ *¿Con qué frecuencia se siente sólo?*

0. Bastante a menudo
0. Algunas veces.
1. Casi Nunca.
2. NS/NC

◆ *¿Ve a sus familiares y amigos tan a menudo como quisiera o esta algunas veces triste por lo poco que vienen a verle?*

1. Tan a menudo como deseo
 2. Algunas veces me siento triste por lo poco que vienen
- ◆ *¿Hay alguien que le ayudaría en cualquier cosa si se pusiera enfermo o quedara incapacitado? (por ejemplo: un familiar, un amigo, o cualquier persona que sea ajena al centro).*

1. Si
 0. Nadie dispuesto y capaz de ayudarme
- No responde

◆ Si responde "Sí", preguntar a y b.

a) *¿hay alguien que cuidaría de usted tanto tiempo como lo necesitase o sólo por un corto espacio de tiempo u ocasionalmente (por ejemplo, acompañarle al médico)?*

1. Alguien que cuidaría de mí indefinidamente.
2. Alguien que me cuidaría durante un breve espacio de tiempo.
3. Alguien que me ayudaría de vez en cuando.
4. No responde

b) *¿Quién es esa persona?*

Nombre: _____ Relación: _____

Resultados Escala de Valoración:

Evaluar los recursos sociales del anciano que está siendo valorado en una de las seis categorías siguientes. Rodear aquella que mejor describa las circunstancias presentes del anciano.

1. **Excelente recursos sociales.** Las relaciones sociales son muy satisfactorias y amplias. Al menos una persona cuidaría de él/ella indefinidamente.
2. **Buenos recursos sociales.** Las relaciones sociales son en su mayor parte satisfactorias y adecuadas y al menos una persona cuidaría de él/ella indefinidamente o las relaciones son muy satisfactorias y amplias y una persona cuidaría de él/ella durante un corto espacio de tiempo.
3. **Recursos sociales ligeramente deteriorados.** Las relaciones sociales son insatisfactorias o de mala calidad, pobres; pero, al menos, una cuidaría de él/ella indefinidamente o las relaciones sociales son en su mayor parte satisfactorias y

adecuadas, aunque la ayuda que podría obtener sería sólo por un corto espacio de tiempo

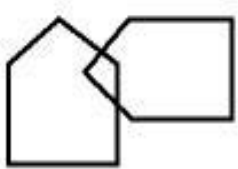
4. **Recursos sociales moderadamente deteriorados.** Las relaciones son insatisfactorias o de baja calidad y pocas, y solamente podría obtener una ayuda un espacio de tiempo corto o las relaciones sociales son más satisfactorias o adecuadas aunque sólo obtendría ayuda de vez en cuando.

5. **Recursos sociales bastante deteriorados.** Las relaciones sociales son insatisfactorias, o de baja calidad y pocas; y la ayuda que obtendría sería moderada o las relaciones son más satisfactorias aunque ni siquiera obtendría ayuda momentánea.

6. **Recursos sociales totalmente deteriorados.** Las relaciones sociales son insatisfactorias, o de baja calidad y no obtendría ningún tipo de ayuda.

Fuente: Protocolos Asistenciales Residencia San Roque 2014.

ANEXO IV: MINI EXAMEN COGNOSCITIVO

"MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO"	
Paciente	Edad
Ocupación	Escolaridad
Examinado por	Fecha
ORIENTACION	
"Dígame el día Fecha Mes Estación Año"	PUNTOS (5)
"Dígame el Hospital (o el lugar) Planta ....."	..... (5)
Ciudad Prov. Nación ....."	..... (5)
FIJACION	
"Repita estas 3 palabras: Presenta-Caballo-Manzana" (Repetirlas hasta que las aprenda) ....."	..... (3)
CONCENTRACION Y CALCULO	
"Si tiene 30 ptas. Y me va dando de 3 en 3 ¿Cuántas le van quedando? ....."	..... (5)
"Repita estos números: 5-9-2" (hasta que los aprenda) "Ahora hacia atrás" ....."	..... (3)
MEMORIA	
"¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes? ....."	..... (3)
LENGUAJE Y CONSTRUCCION	
Mostrar un bolígrafo "¿Qué es esto?" Repetirlo con el reloj ....."	..... (2)
"Repita esta frase": "En un trigal había cinco perros" ....."	..... (1)
"Una manzana y una pera son frutas ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde?"	..... (2)
"¿Qué son un perro y un gato?" ....."	..... (2)
"Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa" ....."	..... (3)
"Lea esto y haga lo que dice", CIERRE LOS OJOS ....."	..... (1)
"Escriba una frase" ....."	..... (1)
"Copie este dibujo":	.....(1)
	
PUNTUACION TOTAL (35) Nivel de conciencia Ciego Sordo Otros	

ANEXO V: PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA (PAI)

PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA DE DON/DOÑA:					
Edad:					
Departamento:			Fecha de ingreso:		
	PROBLEMAS	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	FECHA REVISIÓN	FIRMA PROFESIONAL
ÁREA SANITARIA					
ÁREA FÍSICA					
ÁREA COGNITIVA					
ÁREA SOCIAL					

Fuente: Elaboración propia a partir del PAI consultado en el centro residencial.

ANEXO VI: CUESTIONARIO

1. ¿Cuánto tiempo lleva usted o su familiar residiendo en este centro?

- Entre 3 y 6 meses
- Entre 6 y 9 meses
- De 9 meses a 1 año
- NS/NC

2. ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar desde que solicitó la plaza residencial hasta que ingresó en él?

- Menos de un mes
- Entre 1 y 6 meses
- De 6 meses a 1 año
- Más de 1 año
- NS/NC

3. ¿Se encontraba a su vez en espera de plaza en otros centros?

- Sí
- No
- NS/NC

4. De ser así ¿público/privado?

- Público
- Privado
- NS/NC

5. ¿Disfrutó de otras alternativas anteriores al ingreso en residencia?

- Sí
- No

6. De ser así, ¿qué otra alternativa?

- Servicio de ayuda a domicilio
- Teleasistencia
- Centro de día
- Vivienda con algún familiar
- Otros (especificar)
- NS / NC

7. ¿Cuál fue la principal motivación a la hora de solicitar la plaza en esta residencia (ésta en concreto)?

- Cercanía con el lugar de residencia
- Menor coste económico
- Menor lista de espera
- Motivaciones sociales: amigos en el centro, empleados conocidos...
- Otros (especificar):
- NS/ NC

8. ¿Cuál fue el determinante que le llevó a solicitar la plaza? (puede marcar más de una)

- Limitaciones físicas y/o cognitivas que impiden la permanencia en domicilio particular
- Previsión de un empeoramiento físico o cognitivo futuro
- Falta de red socio – familiar
- No encontrarse a gusto en otro centro
- Ingreso con otro familiar
- Otros (especificar)
- NS / NC

9. ¿Se trató de una decisión voluntaria?

- Sí
- No

10. ¿Cuál fue la mayor dificultad con la que se encontró a la hora de solicitar la plaza?

- La burocracia previa
- Las limitaciones propias del propio funcionamiento de la institución
- Las limitaciones económicas
- La falta de apoyo sociofamiliar
- Otros (especificar)
- NS/NC

11. ¿Cuál fue la mayor dificultad a la hora del ingreso residencial?

- Dejar la propia casa
- Las limitaciones económicas
- Adaptarse a normas y horarios del centro
- Creación de nuevos vínculos sociales
- NS/NC

12. ¿En la actualidad, se encuentra a gusto en la residencia?

- Sí
- No
- NS/NC

13. ¿Se cambiaría de residencia en la actualidad?

- Sí
- No
- NS/NC

14. ¿Cree que existe una idea negativa sobre las sobre las residencias en la sociedad?

- Sí
- No
- NS/NC

15. ¿Su impresión en la actualidad sobre las residencias es la misma o ha cambiado desde su ingreso o el de su familiar?

- Es la misma
- Ha cambiado favorablemente
- Ha cambiado a peor
- NS/NC

16. ¿Alguna vez ha pensado que los mayores que están en residencias están todo el día medicados?

- Sí
- No
- NS/NC

17. ¿Considera usted que es así?

- Sí
- No
- NS/NC

18. ¿Ha pensado alguna vez que a las personas mayores se les proporciona algún tipo de maltrato físico y/o psíquico en las residencias?

- Sí
- No
- NS/NC

19. ¿Considera usted en la actualidad que esto es así?

- Sí

- No
- NS/NC

20. ¿Ha pensado alguna vez que en las residencias las personas mayores se encuentran solas, y las familias se olvidan de ellos?

- Sí
- No
- NS/NC

21. ¿Considera usted en la actualidad que esto es así?

- Sí
- No
- NS/NC

22. ¿Ha pensado alguna vez que en las residencias de mayores los residentes se encuentran aislados de la sociedad, que simplemente se sientan a ver el tiempo pasar?

- Sí
- No
- NS/NC

23. ¿Considera usted en la actualidad que esto es así?

- Sí
- No
- NS/NC

24. ¿Ha pensado alguna vez que las residencias de mayores son para personas a los que no quiere su familia?

- Sí
- No
- NS/NC

25. ¿Considera usted en la actualidad que esto es así?

- Sí
- No
- NS/NC

26. Le recomendaría a sus amistades que vinieran a este centro?

- Sí
- No
- NS/NC