

GRADO EN TRABAJO SOCIAL

TRABAJO FIN DE GRADO

Curso 2019-2020

EL SENTIMIENTO DE SOLEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS

Autor/Autora: Andrea Álvarez Fernández

Director/Directora: Amaia Izaola

En Vitoria Gasteiz, a 23 de Junio de 2020

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. HIPÓTESIS O PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS	3
3. MARCO TEÓRICO	4
3.1. La vejez y el envejecimiento	4
3.1.1. Factores y cambios en el proceso de envejecimiento	7
3.1.2. Mitos y estereotipos sobre las personas mayores	10
3.2. Atención y cuidado de las personas mayores: atención residencial	12
3.2.1. Atención residencial.....	16
3.2.2. Perfil y datos estadísticos de la persona residente.....	18
3.3. Consecuencias de la institucionalización	20
3.4. El fenómeno de la soledad	23
3.4.1. La soledad en los mayores.....	25
3.5. Trabajo social y tercera edad	27
3.5.1. Competencias del trabajo social respecto a la población mayor	28
3.5.2. Competencias del trabajo social en los centros residenciales	31
4. METODOLOGÍA.....	33
5. ANÁLISIS.....	34
5.1. Experiencia del proceso de institucionalización	35
5.2. Experiencia de las relaciones familiares	37
5.3. Experiencias de las relaciones sociales	39
5.3. Experiencias de las actividades de ocio y tiempo libre, físicas y de animación sociocultural.	40
5.4. Experiencias sobre el sentimiento de soledad y sus posibles causas	41
6. CONCLUSIONES	45
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
8. ANEXOS.....	56

1. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, las poblaciones de los países europeos han sufrido un progresivo envejecimiento que empieza a ser notable. En el caso de España, esta presenta una situación todavía más destacada, ya que ha experimentado un crecimiento del envejecimiento demográfico más rápido que el resto de países de Europa (Abades y Rayón, 2012, p.151).

En el año 2017 ocupaba el quinto puesto de los países más envejecidos de Europa con 8,8 millones de personas mayores de 65 años o más, detrás de Alemania con 17,5 millones de personas de 65 años o más, Italia con 13,5 millones de personas de 65 años o más, Francia con 12,9 millones de personas de 65 años o más, y Reino Unido con 11,9 millones de personas de 65 años o más (Abellán García, Aceituno Nieto, Pérez Díaz, Ramiro Fariñas, Ayala García, y Pujol Rodríguez, 2019, p.13).

Según los datos estadísticos del Padrón Continuo del Instituto Nacional de Estadística (2018), a 1 de enero de 2018 había 8.908.151 millones de personas mayores de 65 años o más, de un total de 46.722.980 millones de habitantes. Esto se corresponde con el 19,20% del total de la población, y teniendo en cuenta las previsiones futuras se aproxima que en el año 2050 habrá 16 millones de personas mayores, es decir, el 30% de la población total (Vidal, 2017, p.36).

De estas cifras, un pequeño grupo de personas mayores, que es cada vez mayor y se prevé que siga creciendo, se encuentra institucionalizado en centros residenciales por diversos factores y variables. Ya que los cambios sociales han tenido también consecuencias y variaciones a nivel social, relacional y por supuesto familiar, afectando la forma en la que esta proporciona cuidados y atención.

Una de las principales consecuencias de esta institucionalización, es el fenómeno de la soledad. Cuestión que se pretende investigar con la realización de este trabajo, debido a que es un factor con el que convive diariamente un gran número de personas mayores en los centros residenciales.

Asimismo, se abordan diferentes cuestiones clave como son los propios conceptos de vejez y envejecimiento, los cambios de este proceso, los mitos y estereotipos de esta etapa vital, el cuidado de las personas mayores, destacando la atención residencial y las

consecuencias que esta tiene, la soledad y la presencia de la propia disciplina del Trabajo Social.

A su vez, se pretende completar esta información con los testimonios recogidos de la vivencia personal de profesionales y familiares de personas mayores institucionalizadas en centros residenciales.

Todo ello con el objetivo de profundizar en cuales pueden ser las causas y ámbitos a los que este factor puede afectar en las personas mayores que viven su día a día institucionalizadas en residencias. Asimismo, se busca reflexionar sobre las posibles soluciones y cuestiones características de estos centros.

2. HIPÓTESIS O PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

Hipótesis

La hipótesis que se plantea en este estudio está centrada en la existencia de un sentimiento de soledad en las personas mayores institucionalizadas en centros residenciales. La soledad la planteamos como una consecuencia directa del proceso de institucionalización ante la pérdida de los lazos familiares y sociales que provoca el paso del hogar a la residencia.

Objetivos: general y específicos

Objetivo General

- Analizar si existe un sentimiento de soledad en las personas mayores que residen en los centros residenciales de mayores y cuáles son las causas o factores que provocan dicho sentimiento.

Objetivos Específicos

- Comprobar si el tiempo de institucionalización repercute en la soledad de los/las mayores institucionalizadas.
- Indagar en la manera en que las relaciones familiares y sociales pueden influir en el sentimiento de soledad de las personas mayores.
- Analizar si la realización de diversas actividades: de ocio, animación sociocultural o actividades físicas entre otras, pueden reducir o paliar el sentimiento de soledad.

3. MARCO TEÓRICO

El presente marco teórico se estructura en cinco bloques correlacionados entre sí, los cuales tienen el objetivo de contribuir, con el hilo conductor con la finalidad de intentar profundizar en diferentes conceptos vinculados al envejecimiento y todo lo que ello conlleva, y así, poder llegar a profundizar en el tema abordado en este trabajo.

Para ello, en primer lugar, realizamos un acercamiento a los conceptos de vejez y envejecimiento como base de conocimiento de la temática expuesta. Posteriormente, se analiza la atención y cuidado actual que reciben las personas mayores, haciendo hincapié especialmente en la atención residencial. Así pues, tras esto se exponen las diferentes consecuencias derivadas de la institucionalización y el fenómeno de la soledad. Finalmente, se dedica un espacio al reconocimiento de la relación existente entre el Trabajo Social y la tercera edad.

3.1. La vejez y el envejecimiento

La palabra vejez proviene de la voz latina “vetus”, la cual se deriva de la raíz griega “etos” que significa “años”. Es frecuente como bien mencionan Ramos, Meza, Maldonado, Ortega y Hernández (2009), identificar la vejez como un signo del tiempo transcurrido, indistintamente del análisis que cada grupo o cultura haga de dicho concepto. Esto es, el significado asociado al término de la vejez es unido con un momento histórico determinado, y no con un espacio cultural concreto (p.48).

En la teoría del desarrollo, integrada por las etapas de infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez, como refleja Mansilla (2002) siendo la vejez la última etapa de la vida. Así pues, es según lo expuesto por Guerrini (2010) es considerada como una etapa vital caracterizada por cambios físicos y sociales que dan lugar a una etapa distinta de las anteriores. De este modo, la vejez es una etapa del ciclo vital, y es entendida como una fase natural, dinámica y evolutiva. En la cual, se dan modificaciones y cambios a nivel morfológico, funcional, psíquico y social, como fruto de los cambios de carácter biológico, psicológico y social que se producen en la persona (Guerrini, 2010; Encinar Casado, 2015).

Para definir el término de vejez, podemos diferenciar numerosos enfoques. Conforme lo expresado por González, López y Marín (1997) es habitual clasificarlos en dos: por un

lado, la tesis formulada por la biología y las ciencias de la salud y, por otro lado, la teoría desarrollada por las ciencias sociales. Así pues, las ciencias de la salud y la biología realizan un acercamiento al término de la vejez desde una visión del deterioro del cuerpo humano, la cual implica un descenso en las capacidades físicas y psicológicas en la persona. Por su parte, la ciencia social vincula la definición social de la vejez con la edad de jubilación, entendiendo que este período inicia a los 65 años de edad y conlleva el abandono de la vida laboral por la posible disminución de capacidades biológicas consecuencia de esta etapa.

En otra línea, nos encontramos como refleja Huenchuan (2011, p.14) con que el término vejez puede conceptualizarse desde tres perspectivas distintas: cronológica, fisiológica y social. Se entiende por edad cronológica a la edad en años, según este criterio la vejez inicia a partir de los 60 o 65 años con la retirada del mundo laboral. Por tanto, se puede interpretar la edad cronológica como los años que pasan de la fecha de nacimiento de la persona hasta el momento de la jubilación.

Por su parte, la edad fisiológica, hace referencia al proceso de envejecimiento físico y que está unido con la pérdida de la capacidad funcional. Así pues, en esta misma línea lo entienden los autores Navarro, Sánchez, Menéndez, Sánchez, Gamo y Soler (2011) quienes indican que la edad fisiológica se corresponde con el estado funcional de los órganos, entendiendo que el envejecimiento es un fenómeno muy variable, y no todas las personas envejecen igual ni al mismo tiempo.

Por último, como bien indica Huenchuan la edad social se refiere a las actitudes y conductas que se consideran adecuadas para una determinada edad cronológica. Esto es, teniendo en cuenta lo expresado por Navarro y otros (2011), la edad social es aquella a la que la sociedad ha otorgado diferentes papeles como consecuencia de la edad, estando por tanto la vejez ligada al fin del mundo laboral, a la jubilación y a los beneficios de las pensiones.

El envejecimiento, por su parte, se define como bien expone Guevara Peña (2016) como: “el proceso multifactorial que incluye aspectos familiares, sociales, políticos, económicos, etc., los cuales enmarcan la vida de una persona” (p.114). Por lo tanto, como indica la autora no es una etapa concreta como lo es la vejez, sino un proceso que comienza con el nacimiento de la persona y termina con su muerte. Así pues, es el

envejecimiento considerado un proceso dinámico, heterogéneo y contextualizado, tanto como para afirmar y según Tamer (2008), considera que cada uno envejece como ha vivido, como para afirmar que es un proceso que se hace a sí mismo (citado en Guevara Peña, 2016, p.144).

En esta misma línea como una dinámica vinculada a un determinado modelo transitorio vital, es interpretado en el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento (1982, p.12), en el cual se define el envejecimiento como: “un proceso que dura toda la vida”.

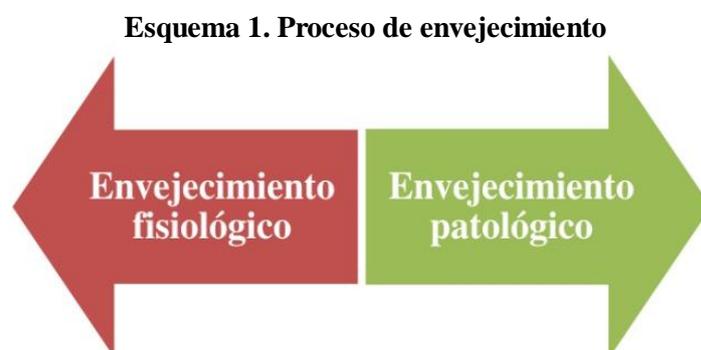
En esta misma línea, Navarro y otros (2011) indican que el envejecimiento es un proceso natural, gradual, con cambios y transformaciones que se reproducen a nivel biológico, psicológico y social como consecuencia del paso del tiempo (p.51). Se podría decir entonces, que la vejez es una etapa del ciclo vital, y el envejecimiento un proceso constante y extendido en el tiempo, pero que ambos conceptos están inter-relacionados entre sí (Barandiaran Lana, 2014).

A lo largo de la historia se ha ido desarrollando la conceptualización del envejecimiento, según lo expresado por la autora Carbajo Vélez (2008, p.239), de distintos modos e intereses. Dicho proceso de investigación se inició tras la II Guerra Mundial, a mediados del siglo XX, por el interés generalizado como consecuencia del envejecimiento de la población. Así pues, se pueden identificar tres fases históricas. La primera de ellas, se corresponde con la fase de arranque, y se centra los aspectos de declive biológicos por su orientación médico-geriátrica. La segunda, la fase de desarrollo está marcada por el término gerontología, y estudia el proceso de envejecimiento de los seres vivos, haciendo referencia a todas las dimensiones: biológicos, socio-económicos y culturales. Finalmente, en la tercera y última fase, la fase de eclosión, se introduce la perspectiva psicogerontológica, la cual tiene en cuenta las aptitudes mentales, el funcionamiento de la memoria, las habilidades y estrategias de aprendizaje, la elasticidad o rigidez del carácter, el autoconcepto, la afectividad y movilidad emocional etc...., como vemos se trata de diferentes aspectos que están relacionados directamente con este proceso.

3.1.1. Factores y cambios en el proceso de envejecimiento

El proceso de envejecimiento está condicionado según Sánchez (1990) por cuatro grandes factores: biológico, psicológico, sociológico y de comportamiento. El factor biológico está unido a la persona y a su proceso de envejecer, es, por tanto, diferente siempre. El factor psicológico, hace referencia a los procesos sensoriales, los de aprendizaje, las emociones, percepciones e impulsos, resolución de problemas y destrezas. El factor sociológico está asociado con el tipo de sociedad en la que se envejezca, es decir, hace referencia a los factores sociales que influyen en el proceso de envejecimiento. Finalmente, los factores de comportamiento, se refieren a la motivación, actitudes, expectativas, personalidad, roles sociales etc. Se puede afirmar, por tanto, como bien indica Moreno Toledo (2013) que el envejecimiento es un proceso natural en el que ninguna persona envejece igual que otra. Dicho proceso está más determinado por numerosos factores de mediación como hemos mencionado anteriormente, los cuales hacen diferente el proceso en cada persona (p.7).

Según la autora Filardo Llamas (2011, p.208) el proceso de envejecimiento se divide en dos grupos en función de los cambios que se produzcan en la persona, diferenciando entre el envejecimiento fisiológico y el envejecimiento patológico. El envejecimiento fisiológico hace referencia a las consecuencias del paso del tiempo, independientemente de las posibles situaciones de una enfermedad. Es decir, se identifica con cambios como arrugas, manchas en la piel o cambio del color del pelo, entre otras. Por su parte, el envejecimiento patológico, hace alusión a los cambios considerados como enfermedad, como puede ser la descalcificación de los huesos o problemas en las articulaciones.



Fuente: Filardo Llamas, 2011, p.208.

Asimismo, conforme lo expresado por Piñera, Villar, Fernández, Padua y Padrón (2010), este proceso conlleva un conjunto de cambios biológicos, psicológicos y sociales, unidos a la persona marcando su nivel físico y de comportamiento. Estos cambios tienen efectos en el estilo de vida y en la relación con el entorno de la persona, y de igual manera en el sistema social y económico de la sociedad (citado en Aponte, 2015, p.156).

Langarica (1985, citado en Ramos et al., 2009, p.51) es de la opinión de que el envejecimiento es un proceso que depende de factores propios de la persona, es decir, endógenos, y de factores ajenos a esta, esto es, exógenos. Lo que conlleva, como bien expresa Rice (1997, citado en Ramos, et al., 2009, p.51) a un momento de ajustes, como consecuencia de los cambios en las capacidades físicas, en las situaciones personales y sociales, y, además, en las relaciones de la persona.

Así pues, podemos diferenciar cuatro grandes cambios o áreas de ajuste según lo expresado por Sánchez (1990). La primera de ellas, se corresponde con el área de retiro o jubilación, cuyo efecto más rápido se produce en la economía, como consecuencia de la disminución de ingresos, la pérdida de autosuficiencia y la independencia. Por otro lado, destaca el área referente a los cambios en la salud, ya que el avance de la edad está unido con el desgaste gradual de la salud. Este deterioro puede tener consecuencias en el nivel funcional de las personas, afectando a las actividades que realizan y en la comunicación e interacción con las/os demás. El tercer grupo, hace alusión al área relacionada con los cambios que se producen en el ciclo de la vida familiar. Dentro de esta se pueden identificar tres etapas: etapa del nido vacío, etapa de reestructuración entre la relación padre/madre e hijo/a y etapa de viudedad. Finalmente, la última área se centra en los cambios de relocalización, es decir, los cambios de residencia. Por el contrario, Filardo Llamas (2011) realiza otra reagrupación de los cambios más importantes asociados a la edad clasificándolos en tres grupos: físicos, psicológicos y sociales.

Los cambios físicos hacen referencia a los cambios físicos observables, como pueden ser las arrugas en la piel, encanecimiento del pelo, pérdida generalizada del vello corporal, reducción de la altura, cambios en los huesos, músculos o articulaciones etc. Además de estos, existen cambios en las funciones orgánicas vitales reguladoras y ejecutivas, es decir, se producen cambios en el sistema cardiovascular, existe menor

rendimiento del sistema respiratorio y del aparato digestivo. Finalmente, existen también unos cambios sensoriales, como son la disminución de la agudeza visual, auditiva y la sensibilidad a los sabores y olores.

Los cambios psicológicos, por su parte, hacen alusión a la personalidad, al afecto, al propio envejecimiento, y a los mecanismos de afrontamiento, los cuales son más pasivos y emocionales. Afecta también al funcionamiento intelectual, provocando la pérdida o disminución de funciones cognitivas y también al lenguaje.

Finalmente, los cambios sociales, entre los cuales podemos destacar la jubilación, proceso entendido como el cambio de persona trabajadora a jubilada, supone un impacto en los ingresos, en el estilo de vida, en el estatus y en el papel social de la persona jubilada. Dentro de estos cambios, es necesario tener en cuenta los factores individuales como la salud física, psíquica y social, los factores materiales tales como los ingresos económicos, necesidades y vivienda, y los factores sociales, es decir, las relaciones sociales y familia. En relación con estos últimos, cabe destacar las consecuencias del abandono los/as hijos/as adultos/as del hogar y la demanda de otro tipo de atención y apoyo. Influye también, la ausencia del trabajo y la desaparición de personas de la misma edad e intereses que hacen que se reduzcan las redes sociales. Finalmente, cabe destacar las consecuencias de los daños en la imagen social de las personas mayores, ya que la construcción de esta se ve alterada por diversos estereotipos que hacen referencia a su inutilidad, incapacidad, deficiente estado de salud u otras características negativas. Todos estos cambios tienen consecuencias en el autoconcepto y autoestima de la persona, y constituyen una barrera relacional.

Como se puede observar, el proceso de envejecimiento y los diferentes cambios que se producen tienen consecuencias en diferentes áreas. Cabe añadir que el área afectiva también se ve afectada, ya que puede producirse un descenso en el estado de ánimo general, surgiendo sentimientos depresivos y temores ante la soledad, la indefensión, el empobrecimiento y la muerte. En el área cognitiva se ve afectada la memoria y la agudeza perceptual. Finalmente, en el área motivacional se produce una disminución del interés por el mundo externo acerca de lo novedoso, ya que se expresa un mayor interés por los hechos del pasado y por la revaloración de esas vivencias. Resultan, por tanto, frecuentes los problemas de autoestima, soledad, depresión, distracción o diversión y relaciones sociales (Calzado, Cortina y Muñiz, 2010).

3.1.2. Mitos y estereotipos sobre las personas mayores

Conforme lo expresado por Miñano (2001, p.1) existe una tendencia generalizada de considerar “persona mayor” al amplio colectivo que integra a las personas de 60-65 años o más hasta la muerte. Cabe destacar que es un grupo de población muy extenso ya que las personas viven un tercio más de vida, es decir, 20 o 30 años más.

Como se ha mencionado a lo largo del apartado, el proceso de envejecimiento está determinado por factores unidos a la persona, es por ello, por lo que no es generalizable. Pero a pesar de esto, Arber y Ginn (1990 citados en Moreno Toledo, 2013, p.7) consideran que existe una tendencia social a homogeneizar esta etapa vital como consecuencia de los numerosos estereotipos existentes hacia este colectivo. Al conjunto de estas actitudes negativas hacia las personas mayores y el propio proceso de envejecimiento se conoce como *Ageism* o traducido al castellano *Viejismo*. Butler (1969 citado en Moreno Toledo, 2013, p.3) lo define como: el conjunto de actitudes negativas, socialmente estereotipadas, y prejuicios mantenidos por la población hacia el concepto de la vejez, la ancianidad y el proceso de envejecimiento, los cuales han sido identificados con conceptos asociados a enfermedad, padecimientos y soledad.

El IMSERSO (2011) define los estereotipos como: “imágenes simplificadas sobre un determinado grupo social, y están vinculados y son considerados la base del prejuicio y la discriminación hacia ese grupo” (p.137). En esa misma línea, la autora Carbajo Vélez (2010) identifica los estereotipos como: “falsas concepciones que actúan a modo de clichés en el acercamiento a un fenómeno, grupo social u objeto” (p.88). Son por lo tanto como indica esta última autora representaciones irreales y en su mayoría de carácter peyorativo, y pueden tener como consecuencia la aparición de conductas discriminatorias.

Según lo expuesto por Carbajo Vélez (2010) la vejez puede contextualizarse desde dos puntos de vista, uno positivo y otro negativo. El primer punto de vista, considerado positivo repara en la persona mayor como sabia, cargada de experiencias, alto estatus social, merecedora de respeto y con influencia sobre los demás. A esto, Vidal y Clemente (1999) añaden que esta etapa se percibe como una recuperación del tiempo libre y la libertad, y posibilidad de ocuparse de labores más creativas. La segunda, identifica la vejez como una etapa de déficits, ya que la edad supone pérdidas significativas e irreversibles. Así pues, desde la visión negativa, se vincula la vejez con

las siguientes características: decadencia física y mental, dependencia económica y descenso en el estatus social. Volviendo a lo expresado por Carbajo Vélez (2010) estas percepciones, obstaculizan el poder envejecer bien y de manera integrada en la sociedad.

Asimismo, siguiendo con su planteamiento las mencionadas interpretaciones negativas y peyorativas de la vejez repercuten en el deterioro de la persona mayor desde cuatro grandes perspectivas: cronológica, biológica, psicológica y sociológica.

En primer lugar, el estereotipo cronológico está basado en el criterio de la edad, el cual identifica el envejecimiento con el número de años vividos, a pesar de que un gran número de personas mayores tienen un estado físico y psíquico impecable. Todo ello, dificulta la felicidad y productividad de las personas mayores.

Asimismo, el estereotipo biológico reconoce el envejecimiento como enfermedad, vincula la vejez como una etapa vital con problemas físicos, enfermedades y trastornos psicofisiológicos. Por tanto, identifica esta etapa con la asistencia médica y residencia, estableciendo una relación cercana a la muerte. Este estereotipo daña a aquellas personas mayores sanas, activas y con energías físicas.

Por su parte, el estereotipo psicológico de la vejez hace referencia al deterioro y declive de las capacidades psicológicas, sensoriales, atencionales, memorísticas, de habilidades, de personalidad etc., y fortalece la imagen de la vejez como etapa falta de creatividad y de interacción social, con abundantes sentimientos negativos como la ansiedad, la depresión, cambios de humor. Esta imagen errónea e inexacta, al igual que la anterior, daña a las personas mayores creativas, activas y con abundantes relaciones sociales.

En último lugar, el estereotipo sociológico hace alusión a las representaciones de la persona mayor como inútil, aislada, improductiva y sin motivaciones sociales. Además, la vinculación con la jubilación desde una perspectiva negativa de falta de medios económicos y soledad, dificulta la socialización e integración de este colectivo en la sociedad.

Finalmente, como bien indica Carbajo Vélez (2010, p.92) cabe destacar que las representaciones estereotipadas reflejadas en los párrafos anteriores sobre el colectivo de personas mayores, fomenta el aislamiento y la soledad de estas.

3.2. Atención y cuidado de las personas mayores: atención residencial

Como bien expresa Comas d'Argemir (1993, p.67), el cuidado engloba todas aquellas actividades relativas al bienestar físico, psíquico y emocional de las personas. Por lo tanto, el cuidado implica diferentes cuestiones como puede ser desde proporcionar alimentos, abrigo, higiene personal, compañía, limpieza y orden en la casa, hasta dar cariño, escuchar, servir de soporte emocional, etc.

Conforme lo expresado por Sira del Río y Amaia Pérez Orozco (2017), los cuidados son entendidos como un conjunto de necesidades innatas a cualquier persona, ya que deben tenerse en cuenta tres aspectos fundamentales; los cuidados directos, una serie de precondiciones de cuidado y, además, la necesidad de una adecuada gestión mental. Cuando estas autoras se refieren a los cuidados indirectos hacen referencia a las diferentes tareas que incluyen la interrelación de personas, se entiende, por tanto, como el propio cuidado a la persona mayor. Por su parte las precondiciones de cuidado, se refieren a aquellos trabajos que favorecen los cuidados directos, como pueden ser hacer la comida o la colada. Finalmente, la gestión mental, hace referencia a la planificación, coordinación y supervisión del cuidado de la persona, esto puede ser el recordar la toma de medicación o la asistencia médica.

Así pues, según lo reflejado por dichas autoras estos cuidados pueden desarrollarse de manera directa e indirecta. De manera directa demanda la presencia física de la persona como puede ser el aseo personal, y de manera indirecta, implica que el cuidado puede ser realizado a distancia, a través del contacto telefónico etc.

Asimismo, teniendo en cuenta las aportaciones proporcionadas por Guzmán, Huenchuan y Montes de oca (2003, p.49) podríamos identificar cuatro categorías de cuidados o apoyos: materiales, instrumentales, emocionales y cognitivos. Los cuidados materiales hace referencia a los recursos económicos y no económicos que satisfacen las necesidades materiales, es decir, el dinero, vivienda, alimentos, ropa etc.; los cuidados instrumentales, hacen alusión al transporte, al acompañamiento y apoyo en las tareas de la vivienda; los cuidados emocionales incluyen el cariño, la confianza, la empatía, sentimientos vinculados a la familia, etc., estos pueden identificarse como visitas, llamadas, muestras de afecto, etc.; finalmente, los cuidados cognitivos están basados en el intercambio de experiencias, información, consejos que favorecen entender una situación.

En el caso de López Murcia (2017, p.21) dichos cuidados poseen una doble dimensión, así pues, destaca, por un lado, la dimensión emocional y afectiva, y, por otro lado, la dimensión material-corporal. Ambas se encuentran entrelazadas, ya que se retroalimentan una de la otra. Esto tiene como consecuencia que en ocasiones el vínculo que se genera entre la persona cuidadora y la persona que es cuidada es muy sólido.

Así pues, según este último autor se puede identificar la persona cuidadora desde dos perspectivas, como cuidadora formal, la cual hace referencia a aquella persona profesional que tiene una retribución por atender al cuidado de la persona mayor. Y persona cuidadora informal, la cual desarrolla el cuidado en el ámbito de las relaciones privadas, y no es remunerada porque corre a cargo, la gran parte de las veces, de un miembro de la familia con el objetivo de la permanencia de la persona enferma en el domicilio habitual.

En general, a la hora de centralizar las principales fuentes proveedoras de cuidado, autores como López Murcia (2017, p.22), entre otros, recogen tres grandes grupos. Estos se corresponderían con: la familia, las instituciones privadas y sin ánimo de lucro, y las instituciones públicas y el Estado.

La familia teniendo en cuenta lo expresado por Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca (2003) es una de las principales fuentes de apoyo y cuidado para las personas mayores, así como en cualquier etapa del proceso vital, las relaciones familiares constituyen una red de apoyo para las personas. Esto significa que, como redes sociales son:

Una práctica simbólica-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona en su entorno social y le permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y evitar así el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto (p.43)

El mantenimiento de los vínculos familiares y por consiguiente de su apoyo, como bien indican Leturia, Borja y Hernández (2007) disminuye el nivel de vulnerabilidad de la persona frente a los diferentes factores estresantes existentes, y permite desarrollar una mayor capacidad para hacerles frente. La cantidad y calidad de dichos contactos sociales, tienen efectos positivos y refuerza a la persona mayor de cara a su salud, moral, bienestar y calidad de vida.

Así pues, el medio familiar como bien exponen Molero, Pérez Fuentes, Gázquez, y Sclavo (2011, citados en Barandiaran Lana, 2014) es fundamental en la asistencia y satisfacción de cuidados directos como desplazamientos, alimentación et., y en el apoyo afectivo, emocional y relacional. Dentro de las redes de apoyo que se dan en la vejez, como se ha mencionado en el párrafo anterior, las relaciones familiares suponen un elemento primordial en la determinación del bienestar y la calidad de vida de la persona.

De esta forma, se observa que la familia es esencial para la persona mayor y su cuidado por diversos motivos. Padierma Acero (1994, p.40) destaca, por un lado, por causas simbólicas, ya que es a través de la propia familia la persona mayor quien sostiene los lazos con el pasado y genera nuevos de cara al futuro, lo que conlleva a fortalecer el sentido personal y de continuidad con la propia vida. Por otro lado, por cuestiones de orden práctico, ya que la familia se ayuda entre sí de infinidad de formas distintas.

Las instituciones privadas y sin ánimo de lucro, volviendo a la clasificación realizada por López Murcia (2017), pueden hacerse cargo de aquellos cuidados externalizados, no asumidos ni por la familia ni por el Estado u instituciones públicas. Por lo que la provisión de estos cuidados, pueden ser llevados a cabo no solo por una persona contratada como agente privado, sino también por parte de una institución privada tenga el carácter de empresa o por una entidad sin ánimo de lucro.

Finalmente, el último grupo correspondiente con las administraciones públicas y el Estado, pueden proveer de forma directa cuidados, ya que cuentan con numerosos servicios y recursos, pero también pueden hacerlo de manera indirecta y a partir de los servicios prestados por los distintos departamentos de Servicios Sociales.

Así pues, en relación con este último tipo de cuidado, es decir, el proporcionado por las administraciones públicas y el Estado, queda recogido en el último informe publicado por el IMSERSO (2014) los recursos sociales existentes dirigidos al cuidado y la atención de las personas mayores en España. Entendiendo como recursos sociales como: “aquellos medios humanos, materiales, técnicos, financieros, institucionales, etc. presentes en la sociedad para satisfacer las necesidades existentes de los individuos, grupos y comunidades que la integran” (Lázaro, Rubio, y Juárez, 2007, p.83). Así pues, se pueden distinguir los siguientes:

Tabla 1. Recursos sociales para la tercera edad.

RECURSOS SOCIALES DESTINADOS A LA TERCERA EDAD:	
Servicios de Teleasistencia	<p>Tiene el objetivo de facilitar la permanencia en el domicilio de las personas que se hallen en situación de necesidad social.</p> <p>Ofrece de manera permanente atenciones personalizadas para mejorar las condiciones de seguridad y compañía en la vida cotidiana, potenciar la autonomía, favorecer su permanencia en el entorno familiar, así como detectar, prevenir y, en su caso, intervenir ante posibles situaciones de riesgo, mediante la instalación en el domicilio de terminales telefónicos conectados a una central receptora de avisos.</p>
Servicios de Ayuda a Domicilio	<p>Conjunto de atenciones y cuidados de carácter personal, psicosocial, educativo, técnico y doméstico que pueden tener un carácter preventivo, asistencial/rehabilitador a familias y personas con dificultades para procurarse su bienestar físico, social y psicológico, proporcionándoles la posibilidad de continuar en su entorno habitual y está destinado a personas mayores, a las que presta, principalmente, cuidados personales en las actividades básicas de la vida diaria así como ayuda en las tareas domésticas.</p>
Otros Servicios de Ayuda a Domicilio	<p>Comunidades Autónomas, Diputaciones Forales y Municipios ofrecen a las personas mayores otros servicios de atención domiciliaria que engloban, también, prestaciones económicas. Se trata de servicios fundamentales que complementan al Servicio de Ayuda a Domicilio y al de Teleasistencia, destacando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El servicio de lavandería a domicilio. ▪ Prestaciones económicas para adecuación de la vivienda; para familias cuidadoras y para ayudas técnicas.
Servicios de Atención Diurna y de Noche	<p>Constituyen estancias diurnas y/o nocturnas para personas con discapacidad, personas mayores y personas en situación de dependencia, a jornada completa o parcial en los que se proporciona una atención individualizada e integral con el objetivo de mejorar o mantener el mayor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias cuidadoras.</p> <p>Servicios que incluyen los centros de día de mayores con programas de envejecimiento activo, prevención de la dependencia, ocio y tiempo libre, así como servicios básicos de atención como los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hogares para personas mayores ▪ Centros de día ▪ Viviendas para mayores ▪ Servicios de Atención Residencial y centros residenciales

Fuente: elaboración propia a partir de lo recogido por el IMSERSO, 2014, p.11.

Por tanto, en el trabajo realizado por el IMSERSO (2014) clasifica en cuatro grandes grupos los recursos que engloban el cuidado de las personas mayores; servicios de teleasistencia, servicios de ayuda a domicilio, otros servicios de ayuda a domicilio y servicio de atención diurna y de noche.

3.2.1. Atención residencial

El cuidado de las personas mayores, antes atendido casi por unanimidad por el entorno familiar ha cambiado, según lo expresado por Gómez Morales (2014) este cuidado en la familia es cada vez menos habitual, debido a numerosos factores que han incidido y modificado, entre otras cuestiones, el sistema familiar tradicional. De igual manera, el paulatino envejecimiento de la de la población como motivo de la creciente esperanza de vida supone el tener que atender nuevas necesidades y cuidados especializados y continuos.

Martínez, Martín, Bohórquez y Gómez (2002, citados en Gómez Morales, 2014, p.9) tienen en cuenta un conjunto de cambios que intentan dar una explicación a esta situación. En primer lugar, como se ha mencionado con anterioridad, los cambios en el sistema familiar, que se caracterizan por la tendencia de la ruptura de vínculos duraderos y el surgimiento de nuevos modelos de familia, como son las familias monoparentales, las parejas homosexuales o la convivencia fuera del matrimonio. En segundo lugar, destaca el proceso de industrialización, el cual ha dado lugar al éxodo de la población más joven a grandes ciudades, debilitando el entorno de las personas mayores, Asimismo, la incorporación de la mujer al mundo laboral ha supuesto cambios en la permanencia de las personas mayores y personas dependientes en sus viviendas, como consecuencia del rol de cuidado asociado y vinculado a la figura de la mujer. Finalmente, la situación económica actual, ha dado lugar a viviendas más reducidas reduciendo las posibilidades de convivencia de la persona mayor en el núcleo familiar por falta de espacio.

Es por ello por lo que es necesaria la ayuda externa como bien indica Gómez Morales (2014) para la asistencia de las personas mayores, en los casos en los que estas necesitan una atención continua o unos cuidados especializados. Por ello, está incrementando la demanda de cuidados y atención a las necesidades de las personas mayores, cuidados que en gran medida no pueden ser llevados a cabo en el entorno familiar, es en este contexto, donde los centros residenciales suponen una alternativa.

La concepción histórica de los centros residenciales ha variado a gran escala, como bien indica Pía, M. (1992) al inicio, las residencias de personas mayores eran consideradas instituciones de guarda y cuidado, y su función era dar cobijo, custodiar, o recluir a las personas bien por socorro, prevención, cura, castigo, etc., pero con el paso de los años esta concepción ha variado. Esta evolución ha sido principalmente caracterizada por 3 causas: por el aumento del número residencias como consecuencia de los cambios sociales y demográficos, por su actual construcción y edificación urbana y, además, por la presencia femenina en estas debido a que la esperanza de vida es mayor en mujeres que en hombres.

En la primera mitad del siglo XX, en España, las residencias estaban destinadas a aquellas personas mayores sin recursos económicos. Eran gestionadas por órdenes religiosas y las personas mayores residentes convivían con personas enfermas, con personas con problemas de salud mental, con persona sin familia et., debido a que acogían bajo la tutela de la Iglesia a todas aquellas personas sin familiares. Después de la Segunda Guerra Mundial, la institución se especializó y paso a ser accesible para las personas de las clases medias o superiores (Pía, 1992).

Según Campos (2003) el escaso y tardío desarrollo de estas instituciones, a lo que se suma el extendido carácter benéfico-asistencial con el que estaban relacionadas, provocó la desconfianza y el reforzamiento del rol protector por parte del entorno familiar. Así pues, se concibe, en muchas ocasiones, la residencia como última opción.

Este concepto de residencia, volviendo a lo expresado por Pía (1992) ha evolucionado, ya no son consideradas instituciones donde ir a morir, ni están dirigidas a contextos desfavorecidos de la sociedad, sino que se corresponden con espacios donde se presta una atención integral a varios niveles: médico, sanitario, social y psicosocial. Con el objetivo de fomentar la autonomía y autodeterminación de la persona y poder atender las necesidades derivadas de la edad.

Así pues, Pilar Rodríguez (1999, p.50) considera las residencias como: “centros gerontológicos abiertos para el desarrollo personal y la atención sociosanitaria multiprofesional en el que viven temporal o permanentemente las personas mayores con algún grado de dependencia”.

Por su parte, el IMSERSO (2006) los define como establecimientos de mayores dedicados a la estancia temporal o continúa, los cuales se caracterizan por la existencia

de recursos, servicios y programas de intervención adaptados a las necesidades de las personas mayores, con el fin de mejorar la calidad de vida y fomentar la autonomía.

Los objetivos de dichos centros residenciales como nombra Gómez Morales (2014, p.14) son, entre otros, atender las necesidades de las personas residentes desde una perspectiva biopsicosocial, como se ha mencionado en el párrafo anterior, favoreciendo la autonomía de la persona y posponer la dependencia y deterioro.

Dicho autor indica que los servicios ofrecidos por estos centros pueden ser de carácter básico o de carácter especializado. Los servicios básicos hacen referencia al alojamiento y a la alimentación a través de unas instalaciones adecuadas, y una atención asistencial mediante la elaboración de un plan de cuidados personalizado para las actividades de la vida diaria. Por su parte los servicios especializados incluyen la atención social, médica, psicológica, de enfermería, de fisioterapeuta, de terapia ocupacional.

Así mismo, Pérez y Gómez, (2011, p.20) realizan una clasificación de las residencias en función a las siguientes características: titularidad, capacidad, perfil de persona residente, servicios ofrecidos y vinculación jurídica con la Consejería de Salud y Bienestar Social. Esto es, en función de su titularidad pueden ser públicas o privadas; por su capacidad pueden ser pequeñas, medianas o macros; por el perfil de persona residente atendida pueden ser residencias para personas independientes u autónomas, para personas dependientes o con discapacidad o especializadas en otro perfil; por los servicios ofrecidos se caracterizan por servicios de estancias diurnas, programas de estancias temporales, servicios de rehabilitación etc.; finalmente, según la vinculación jurídica con la Consejería de Salud y Bienestar Social se clasifican como públicas, concertadas y privadas.

3.2.2. Perfil y datos estadísticos de la persona residente

El perfil de persona mayor institucionalizada en centros residenciales es complejo y muy variable, por lo que es complicado establecer un perfil concreto debido a que este puede verse influido por diversas situaciones, factores y motivos. Los autores Martínez, Martín, Bohórquez, y Gómez (2002) reflejan las diferentes tipologías más características como se puede observar en el siguiente gráfico:

Gráfico 1. Tipologías más características de personas mayores institucionalizadas.



Fuente: elaboración propia a través de lo reflejado por Martínez, Martín, Bohórquez y Gómez, 2002, p.5.

Por otra parte, según los datos analizados por el INE (2013), el número de personas mayores que residen en centros residenciales asciende a 270.286, con una proporción de 2,18 mujeres por cada hombre. A partir de los 90 años estas cifras aumentan y en porcentajes un 11,8% de los hombres y el 18,1% de mujeres viven en residencias.

Centrándonos en las provincias según el porcentaje de personas mayores en centros residenciales de estas, con un mayor índice de población se encuentra la provincia de Soria, seguida de Palencia, Zamora, Ávila y Teruel. Por el contrario, las provincias con menor porcentaje de población mayor en centros residenciales son Las Palmas, Murcia, Málaga, Sevilla y Santa Cruz de Tenerife (INE, 2013).

En lo referente a los datos estadísticos sobre centros residenciales teniendo como referencia los publicados por el último informe del Abellán y otros (2018), España cuenta con 5.398 residencias, de las cuales 1.338 son de titularidad pública y, por tanto, 4.060 son de titularidad privada. Se observa que las Comunidades Autónomas con un mayor número de centros residenciales son Cataluña, Castilla y León, Andalucía, Madrid, Castilla-La Mancha y la Comunidad Valenciana.

3.3. Consecuencias de la institucionalización

Para comprender qué es y qué supone el proceso de institucionalización en las personas mayores y las consecuencias de dicho proceso, es conveniente contextualizar y definir el término de “residencia” o “centro residencial”.

Como se ha podido comprobar en el apartado anterior, las definiciones de dicho término son numerosas, debido a la gran variedad de modelos de residencias y sus características existentes. De manera general, según Leturia (1999) podrían conceptualizarse como:

Centros de carácter socio-sanitario, polivalente y multifuncional, abiertos a la comunidad y con modelos de atención e intervención psicosocial y centrada en la persona, desde los cuales el objetivo es cuidar, mantener y potenciar la calidad de vida de la persona mayor y de su familia (p.3).

Al igual que sucede con la conceptualización del término “residencia”, las cuales son muy numerosas, sucede con las diferentes consecuencias derivadas del ingreso en estas. Cabe mencionar como refiere Gómez Morales (2014, p.14) que dichas consecuencias son variables, ya que dependen de la valoración previa que se haga o se tenga de los centros residenciales, es decir, de la visión y valoración de estos.

Se puede considerar el proceso de adaptación a la residencia como complicado y problemático, ya que dicha adaptación según lo expresado por Barandiaran Lana (2014, p.20) supone un fuerte cambio que implica, el abandonar el domicilio y las costumbres propias, la obligación de cumplir unas normas determinadas, la pertenencia a un nuevo grupo, etc.

Centrándonos en primer lugar las consecuencias negativas de este proceso, podemos observar según lo descrito por Delgado Losada (2001, p.325) que el ingreso supone una pérdida de la familiaridad, considerada esta última como una fuente de confort y seguridad, y también supone una pérdida de libertad y una pérdida de intimidad.

Estas dos últimas pérdidas, pérdida de la libertad y pérdida de la intimidad, pueden relacionarse con la teoría de Goffman (1970) sobre las instituciones totales con las que coincide en ambas consecuencias. En cuanto a que estas instituciones, son consideradas espacios aislados de la sociedad en los cuales un gran número de personas vivencian la misma situación, y comparten la vida, basada esta última en rutinas y normas.

A pesar de que esta representación está contextualizada en la idea de prisiones, este planteamiento puede ser extendido e identificado con las residencias y otros espacios,

ya que las consecuencias del proceso son similares. Por su parte Gómez Morales (2014, p.15) destaca la ruptura de las relaciones sociales existentes previas al ingreso, ya que en algunos casos no es deseado y es planteado este como última opción, el cambio de rutinas habituales y adaptación a horarios, menús, registro de salidas y organización del tiempo de ocio. Se podría decir, que son por lo tanto entidades con una subcultura propia.

Asimismo, como se ha planteado anteriormente, supone la pérdida de intimidad al tener que compartir con personas desconocidas espacios comunes, y en menor medida privados, como las habitaciones o baño. En esta misma línea, destaca lo expresado por este autor sobre también la mencionada pérdida de privacidad o intimidad, ya que en el ingreso se registran los datos personales de la persona, datos médicos, sociales, económicos etc. mostrándose todas las posibles problemáticas de la persona.

Así pues, implica la pérdida de la libertad para movilizarse por la ciudad y la pérdida autonomía en la toma de decisiones, es decir, la imposibilidad, en ocasiones, de decidir sobre cuestiones relacionadas con su propia vida. Se podría decir como bien recoge Guevara Peña (2016, p.147) que este proceso genera una desconexión con el mundo exterior, estableciendo una barrera para acceder al mismo y ofrece pocas opciones de hacer actividades fuera del espacio de la residencia.

Conforme a lo expresado por el IMSERSO (2006) las personas mayores que se encuentran en espacios de institucionalización se enfrentan también, a la pérdida de la actividad, ya que se suelen imponer normas y horarios que marcan las rutinas diarias, provocando, en ocasiones, el deseo y el recuerdo del estilo de vida anterior al ingreso. De esta forma, las personas mayores abandonan según lo expresado por la autora Guevara Peña (2016, p.146) actividades cotidianas como: cocinar, lavar, barrer, salir con amigos, etc.

Durante esta etapa, como consecuencia de la separación del espacio propio y las diferentes pérdidas mencionadas a lo largo del apartado, teniendo en cuenta lo analizado por Moreno Toledo (2013, p.230) la persona sufre sentimientos de sentimientos de desarraigo, soledad, abandono, apego familiar y sentimientos de frustración y depresión.

En lo referente a las relaciones familiares, en muchas ocasiones el ingreso en una residencia refleja la idea de abandono familiar, esto es, como indica Padierna Acero (1994) que las familias de las personas residentes no les cuidan o les han abandonado

allí. Sin embargo, esta idea es inexacta y poco real. Ya que teniendo en cuenta lo expresado por Leturia (1999, p.8) la relación entre la persona institucionalizada y su familia no cesa ni se corta cuando un miembro del sistema familiar ingresa en la residencia.

A pesar de que el cuidado familiar no cesa, autores como Leturia, Borja y Hernández (2007) consideran que se produce un cambio en el rol y en los cuidados que la familia proporciona al familiar residente, ya que el cuidado y apoyo en las actividades de la vida diaria es desarrollado por las personas profesionales. Por tanto, el cuidado familiar se centra en el apoyo afectivo y emocional. Cabe destacar que el apoyo proporcionado por la familia, a pesar de ser complementario con el ofrecido por las figuras profesionales, no es equiparable ni sustituible así lo expresan estos autores.

El apoyo proporcionado por la familia se centra principalmente en mantener el vínculo afectivo, a través de la escucha y el cariño, proporcionando una continuidad del pasado con el futuro. Asimismo, queda recogido en lo mencionado por dichos autores que la familia ocupa un papel de apoyo de emocional en lo que respecta a la vivencia de adaptación e integración en el centro, relacional en lo que a visitas y compañía se refiere, e instrumental en lo referente a cuestiones materiales.

A pesar de los aspectos negativos mencionados, cabe destacar que las consecuencias del ingreso en centros residenciales también pueden suponer nuevas oportunidades, Leturia (1999) explica que el proceso de institucionalización es un proceso abierto, determinado a la vivencia de la persona, positiva o negativa, y por tanto, es muy heterogéneo. Así lo son también sus consecuencias, unidas a las diferentes situaciones y características de la persona.

Por tanto, dejando a un lado las consecuencias negativas reflejadas por los autores recogidos, cabe mencionar que existen numerosas cuestiones beneficiosas que caracterizan positivamente los centros residenciales. Entre ellas, principalmente destaca la presencia y atención médica y asistencial continuada en un espacio seguro. Gómez Morales (2014), también recoge como aspectos válidos el trabajo y la atención a la autonomía, a las capacidades y al desarrollo personal de la persona, y la promoción de las redes sociales.

En esta misma línea el IMSERSO (2006), coincide en el beneficio fundamental de la cobertura y asistencia médica como aspectos positivos derivadas del ingreso,

especificando a nivel de los tratamientos nutricionistas, fisioterapéuticos, relacionados con la estimulación cognitiva y funcional, de las actividades de la vida diaria y de toma y gestión de medicación.

3.4. El fenómeno de la soledad

Existen numerosas conceptualizaciones del término soledad como consecuencia de la propia amplitud del término y sus múltiples causas o factores. Entre otros autores, Bermejo (2016, p.1) afirma que este sentimiento surge de la necesidad de relacionarse con otras personas, y cuando esta necesidad no es satisfecha, se manifiestan en la persona sentimientos de vacío y frustración.

Según la RAE (2019), la soledad es considerada como: “la carencia de compañía, bien por decisión voluntaria o bien involuntaria”. Esto es, el sentimiento de soledad puede ser decisión de la persona que así lo ha querido, o por diversos factores que han llevado a la persona a encontrarse en dicha situación.

Bermejo (2016, p.2) la define como una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional. Asimismo, afirma que este sentimiento puede manifestarse con mayor facilidad en la etapa de la vejez. En esta misma línea, Robert Weiss (1983 en Pinazo Hernandez y Bellegarde Nunes, 2018) afirman que la soledad es considerada como un fenómeno natural, esto es, un sentimiento que puede surgir en ciertos momentos de la vida y puede, además, afectar a cualquier persona, independientemente de su género, edad u otra característica socio demográfica.

Teniendo en cuenta lo expresado por Peplau y Perlman (1981, citado en Montero y Sánchez 2001, p.20), podemos distinguir tres características comunes de la soledad. En primer lugar, puede ser considerada como el resultado de la falta de relaciones interpersonales. En segundo lugar, puede entenderse como una experiencia subjetiva consecuencia del aislamiento social, y finalmente, se valora como una vivencia angustiosa y no agradable.

A la hora de clasificar los tipos de soledad existentes, López (1994, p.4) señala tres tipologías de aislamiento y soledad más frecuentes: física o habitacional, moral y social. La soledad física o habitacional, hace referencia a la falta de compañía física en el

propio domicilio, esta puede ser decisión voluntaria o involuntaria. La soledad moral, alude a la vivencia de aislamiento social, producido como consecuencia de situaciones desagradables o falta de habilidades sociales que han dado lugar a que la persona se aleje de su entorno de manera involuntaria. Finalmente, la soledad social está unida al número y calidad de las relaciones sociales, y a la falta de pertenencia o integración en una comunidad (López, 1994; Díez y Morenos, 2015, p.10-11).

En esta misma línea, Bermejo (2016, p.4) diferencia dos tipos de soledades: la soledad objetiva y la soledad subjetiva. La soledad objetiva se corresponde con la falta de compañía, en ocasiones, pero no de manera habitual, buscada de manera voluntaria y con consecuencias enriquecedoras. La soledad subjetiva, por su parte, hace referencia al sentimiento que nace cuando las personas se sienten solas. A diferencia de la soledad objetiva, no es una situación buscada, ya que genera en la persona sentimientos de tristeza y malestar emocional.

Más recientemente, Castro (2015 en Pinazo Hernández y Bellegarde Nunes, 2018, p.30) realizó una nueva clasificación de los tipos de soledad similar a la de Bermejo, en la que diferencia entre soledad objetiva, soledad emocional y soledad social sintónica. La soledad objetiva, valora objetivamente el sentimiento de soledad en función a la presencia o ausencia de relaciones sociales. La soledad emocional hace referencia a la vivencia de las prestaciones de ayuda y cuidado presentes en su entorno social. Finalmente, la soledad social sintónica se origina en la falta de sintonía con el resto de personas.

En otra línea, Young (1982 citado en Pinazo Hernández y Bellegarde Nunes, 2018, p.28), distingue varios tipos de soledad en función de la duración de la misma, diferenciando tres tipos de soledad: soledad crónica, soledad situacional y soledad pasajera. Se considera soledad crónica cuando esta se extiende en un período de dos años o más, y supone un sentimiento de insatisfacción con las relaciones sociales y una incapacidad para establecer relaciones sociales satisfactorias. La soledad situacional es consecuencia de una situación vital estresante, como puede ser la pérdida de un familiar o la ruptura de algún vínculo, se caracteriza por tener una duración temporal y finaliza con la aceptación de la pérdida. Finalmente, la soledad pasajera es el tipo de soledad más común y se caracteriza por sucesos cortos de sentimientos de soledad.

3.4.1. La soledad en los mayores

Centrándonos en la población mayor, cabe destacar que existen numerosos factores por los que se puede manifestar el sentimiento de soledad, López (1994, p.4) hace referencia a las siguientes causas: factores de comportamiento por parte de las personas mayores por no pagar el precio de la relación y por parte de las familias al delegar la atención a los Servicios Sociales; por factores sociales, consecuencia de los estereotipos e ideas preconcebidas de la imagen de la vejez como una etapa desvalorizada y poco productiva; por factores espaciales, predominantemente por variables espaciales; por factores psicológicos, que conllevan un aislamiento voluntario y abandono personal en la persona y por factores de salud, los cuales ocasionan dependencia, discapacidad y miedo a salir del domicilio.

Por su parte, en esta misma línea Iglesias, López, Díaz, Alemán, Trinidad y Castón (2001 citado en Bermejo 2016, p.12) añaden a estos factores los siguientes: recuerdos de fechas significativas y de la propia vivienda, tristeza por la falta de los seres queridos, la depresión, problemas de sueño, la falta de actividad, los pensamientos negativos, incertidumbre del futuro, preocupación por la salud etc.

Por su parte, Bermejo (2016, p.6) afirma que la soledad es causada por una serie de momentos clave en la vida de la persona mayor. La primera causa o factor es el abandono de la vida laboral, es decir la jubilación, ya que el trabajo favorece los sentimientos de utilidad en la persona, la asignación de unos roles y la integración en un espacio concreto, y con su abandono puede originar la pérdida de numerosas relaciones sociales del entorno laboral. La segunda causa es la viudedad, entendida esta como el fallecimiento del cónyuge, el autor la considera uno de los principales motivos de aparición del sentimiento de soledad, ya que puede generar en la persona desmotivación por la vida y pérdida de ganas de vivir.

Otra de las causas es el factor del conocido síndrome del nido vacío, producido con el abandono del domicilio familiar de los/as hijos /as. Cuando estos/as no les cuidan en caso de dependencia o enfermedad, las relaciones familiares se deterioran y aparece el sentimiento de soledad. En esta misma línea, otra de las causas se considera las relaciones familiares escasas y de poca calidad.

La falta de actividades satisfactorias es otra de las causas, ya que puede generar un sentimiento de vacío y soledad. Durante la etapa de la vejez, existe una gran cantidad de

tiempo libre y la falta de realización de actividades satisfactorias y que faciliten la integración en la vida social y la relación con otras personas puede generar soledad.

Finalmente, este autor considera que los prejuicios que extendidos socialmente sobre las personas mayores provocan en estos sentimientos de inutilidad y de aislamiento.

Asimismo, el IMSERSO (2000) coincide y destaca tres de las diferentes causas mencionadas por Bermejo (2016) como factores principales de cara a la aparición del sentimiento de soledad: el deterioro de las relaciones familiares, el aislamiento social y la realización de actividades agradables.

Por otro lado, Laforest (1991 citado en Bermejo, 2016, p.6), diferencia tres crisis asociadas a la etapa del envejecimiento como posibles causas a dicho sentimiento: la crisis de identidad, la crisis de autonomía y la crisis de pertenencia. La crisis de identidad es causada por el conjunto de pérdidas sufridas a lo largo de la vida. La crisis de autonomía es consecuencia del deterioro del organismo y pérdida de autonomía a la hora de realizar las actividades de la vida diaria. Finalmente, la crisis de pertenencia es resultado de la ausencia de roles y de grupos sociales.

De distinta manera, también se observa que la soledad y la salud están íntimamente relacionadas, ya que teniendo en cuenta lo expresado por Bermejo (2016, p.7) se registra que la primera tiene graves consecuencias sobre la segunda.

Así pues, según este autor la soledad influye en la salud a diferentes niveles: psicológico, social y físico. A nivel psicológico, influye de manera negativa en la autoestima de la persona, lo que puede conllevar a problemas de depresión, suicidio o adicciones en la persona. A nivel social, puede conllevar al alistamiento en sectas o grupos de apoyo. Finalmente, a nivel físico la soledad puede influir y debilitar el sistema inmunológico, lo que puede aumentar el riesgo de enfermedades.

Además, cabe destacar la mencionada influencia que tiene la soledad en la autoestima de las personas mayores, ya que los estereotipos asociados a la vejez, como bien indica González de Vera (2017) ponen de manifiesto una imagen negativa y con falta de valor de las personas mayores producen efectos perjudiciales en la autoimagen y autoestima, generando sentimientos de carga y inutilidad.

Finalmente, y unido con esto Colom (2007, p.14) afirma que el sentimiento de soledad puede derivar en otros problemas como la mala nutrición, la falta de higiene, la falta de movilidad, el aislamiento, la depresión, incumplimiento terapéutico y de la toma de medicación etc.

3.5. Trabajo social y tercera edad

Desde los inicios del Trabajo Social se han elaborado múltiples y diversas definiciones para concretar dicho concepto debido a la complejidad del contenido del mismo. Según lo expresado por Ovejas, Ariño y Berazaluze (2018, p.297) la definición aceptada de manera internacional del término Trabajo social, enuncia que a la vez que es una disciplina académica, es también una profesión basada en la práctica, la cual promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social y el fortalecimiento y la liberación de las personas y colectivos.

Asimismo, se puede considerar como una disciplina y profesión social e integrada, ya que se compone del conocimiento y aportaciones de otras ciencias y disciplinas. En entre estas, destacan las ciencias psicosociales, las que pueden calificarse como base del conocimiento del Trabajo Social. De igual manera, se puede distinguir también las teorías sociológicas, psicológicas, antropológicas, económicas, de derecho, de ciencias políticas etc., (Ovejas, Ariño y Berazaluze, 2018, p.301).

Así pues, según lo recogido por estas autoras se puede afirmar que el Trabajo Social es:

Una profesión que trabaja con las personas con el objetivo de provocar cambios y mejorar sus condiciones de vida y de convivencia, en pro de un bienestar social. Toma parte en el desarrollo y la defensa de los derechos humanos y sociales, colabora en la mejora de las capacidades de las personas, contribuyendo a su promoción y al logro de su autonomía personal y participa en la promoción de una ciudadanía activa con un fin, la justicia social (p.302).

Sánchez (1990, p.80) explica que el propósito del Trabajo Social en el ámbito social, es doble, por un lado, mejorar el funcionamiento objetivo, es decir, el funcionamiento físico y social más visible para la integración de la persona en su contexto social, y por otro lado, fortalecer el funcionamiento subjetivo, esto es, los sentimiento o estados, entre la persona y su entorno.

Beaver (1983, citado en Sánchez, 1990, p.89) define la intervención de esta profesión como: “la acción o práctica dirigida al cambio buscado en un sistema o proceso social”.

A esta conceptualización Sánchez añade, que dicha intervención debe estar guiada por un conjunto de valores, propósitos y conocimientos basados en sanciones legales e institucionales.

Se recalca así, la importancia del contenido y principios éticos de la intervención profesional y teniendo como referencia lo expresado por el Consejo General del Trabajo Social (2012) dichas acciones deben tener unos principios básicos y unos principios generales. En el Código Deontológico se señalan como básicos los siguientes principios: dignidad, libertad e igualdad. Por su parte, se entienden por principios generales: el respeto activo a la persona, grupo o comunidad, aceptación de la persona, superación de categorizaciones, ausencia de juicios de valor, individualización, personalización, promoción integral de la persona, igualdad de oportunidades, derechos y participación, solidaridad, justicia social, reconocimiento de derechos humanos y sociales, autonomía, autodeterminación, responsabilidad y corresponsabilidad, coherencia profesional, colaboración profesional e integridad (p.9).

Finalmente, en lo que a las competencias profesionales respecta, dicho código enuncia las siguientes: información, investigación, prevención, asistencia, atención directa, promoción e inserción social, mediación, planificación, gerencia y dirección, evaluación, supervisión, docencia, coordinación (Consejo General del Trabajo Social, 2012, p.6).

3.5.1. Competencias del trabajo social respecto a la población mayor

Antes de explicar las competencias que se desarrollan desde el Trabajo Social con las personas mayores, es importante explicar algunos conceptos básicos, como son el concepto de *gerontología* y el de *trabajo social gerontológico*, y así facilitar la contextualización de lo expresado a continuación.

Así pues, el concepto de gerontología es definido por la autora Filardo Llamas (2011) como: “la ciencia que estudia el proceso de envejecimiento de todos los seres vivos, en especial de las personas desde todas las dimensiones de esta, es decir, desde la visión biológica, psicológica, socioeconómica y cultural” (p.206).

Asimismo, Piña (2006, p.19) afirma que la gerontología analiza el proceso de envejecimiento, como se ha mencionado con anterioridad, desde todas las perspectivas de la persona. Esto supone un enfoque interdisciplinario en el análisis de la vejez, del

proceso de envejecimiento y de la práctica profesional, el cual permite la mejora de la calidad de vida.

Por otra parte, el concepto de Trabajo Social Gerontológico se define como: “la práctica y disciplina científica que se encarga de conocer las causas y efectos de los problemas sociales, individuales y colectivos de las personas mayores y lograr que estas asuman una acción organizada, tanto preventiva como transformadora para superarlos” (Martín García, 2012, p.13).

Piña (2006, p.19) añade que las intervenciones del Trabajo Social Gerontológico a través de los enfoques epistemológicos, teóricos y metodológicos pretenden potenciar el contenido social individual, familiar, grupal y comunitario de las personas mayores, mejorando así su calidad de vida social y desarrollo personal.

Centrándonos en las acciones propias a desarrollar de las personas profesionales con este colectivo, cabe destacar que estas pueden estar dirigidas tanto a la persona mayor, como a su familia, entorno, comunidad o política. Según Sánchez (1990) define los tipos de intervenciones con las personas de avanzada edad en estos tres niveles: nivel individual, familiar y comunitario.

Por su parte, Martín García (2012, p.20), realiza una división de las funciones desarrolladas por los y las trabajadores/as sociales que trabajan con este colectivo en: funciones de comprensión y funciones de atención. Las funciones de comprensión hacen referencia a las características generales e individuales de la persona mayor y su familia, de los recursos sociofamiliares y de la influencia existente del entorno social. Por su parte las funciones de atención, aluden a la atención directa proporcionada y al fomento de las capacidades personales para la satisfacción de necesidades sociales a nivel individual, familia y grupal.

Así pues, el objetivo de la intervención es conocer y cambiar la realidad de las personas mayores, en pro del bienestar de las mismas. Para ello, la autora Filardo Llamas (2011, p.213) enmarca las funciones a desarrollar en dos grupos, realizando una separación entre las funciones de atención directa y las de atención indirecta.

Tabla 2. Funciones del trabajador/a social con personas mayores.

FUNCIONES DEL TRABAJADOR/A SOCIAL	
FUNCIONES DE ATENCIÓN DIRECTA	<p>Función preventiva: detección precoz y prevención de los problemas sociales que dificulten la integración social de las personas mayores.</p> <p>Función promocional: desarrollo de las capacidades naturales de las personas mayores para prevenir o paliar su problemática social, fomentando su participación activa.</p> <p>Función rehabilitadora: rehabilitación y reinserción social de aquellas personas mayores que han sufrido algún tipo de disminución física, psíquica o social</p> <p>Función informativa: información sobre derechos y recursos sociales para las personas mayores, así como asesoramiento ante las demandas planteadas.</p>
FUNCIONES DE ATENCIÓN INDIRECTA	<p>Coordinación: optimización de recursos y planificación de alternativas de intervención.</p> <p>Trabajo comunitario: potenciación de los recursos de la comunidad en la resolución y prevención de problemática social</p> <p>Gestión orientada: la tramitación de recursos para la atención e intervención social.</p> <p>Documentación: diseño, elaboración y cumplimentación de los diferentes instrumentos propios del trabajo social (ficha social, historia social, informe social, y registro de intervenciones).</p> <p>Planificación y evaluación: diseño de planes, programación, servicios y políticas sociales.</p> <p>Formación, docencia e investigación.</p> <p>Dirección y gestión: implica planificación y organización de centros de mayores.</p>

Fuente: elaboración propia según la distribución que realiza Filardo Llamas; 2011, p.214.

Todas estas funciones, como bien indica su autora están orientadas a reducir el aumento progresivo de la dependencia y discapacidad en la persona mayor, y proporcionarles los recursos más adecuados a las necesidades para así favorecer una vida digna y de calidad (p.214).

En lo referente a los recursos sociales a los que pueden acceder las personas mayores, Filardo Llamas (2011, p.213) establece cuatro grandes grupos dirigidos a la atención de dicho colectivo: prestaciones residenciales, prestaciones no residenciales, prestaciones técnicas y programas de ocio y salud. Las prestaciones residenciales hacen referencia a las residencias, programas de respiro familiar o recursos alternativos de vivienda; las prestaciones no residenciales incluyen centros de día, servicio de ayuda a domicilio,

teleasistencia, hogares y clubs de punto de encuentro; las prestaciones técnicas hacen alusión a las ayudas individuales para prótesis, ayudas técnicas o adaptación del hogar y programas de ocio y salud comprende los programas de vacaciones para personas mayores, los programas de termalismo social, los programa de educación para personas mayores, etc.

3.5.2. Competencias del trabajo social en los centros residenciales

El trabajo en las residencias de mayores exige una gran responsabilidad por parte de las personas profesionales, ya que como afirma Marcos (2011, p.83) las personas mayores son un colectivo en su mayoría vulnerable e influenciable. Es por ello, por lo que el mayor objetivo del trabajador social en los centros residenciales para personas mayores es velar por sus derechos e intereses.

Dichos derechos son interpretados por Miriam Teresa Domínguez (2016, p.155) como necesidades sociales. Estas son clasificadas según esta autora en cinco categorías: necesidad de independencia económica y material para la subsistencia, necesidad de participación e integración social, necesidad de cuidados y protección por el medio familiar y comunitario a través de servicios de salud, sociales, y jurídicos, necesidad de autorealización y promoción del desarrollo personal, y necesidad de vivir con dignidad y seguridad, libres de violencia.

Centrándonos en las funciones básicas que desarrolla la figura profesional del trabajo social en los centros residenciales para mayores, según Marcos (2011, p.82) pueden agruparse en dos grupos: atención social individual, grupal y comunitaria, y atención social familiar. A estos dos grupos principales se podría añadir un tercero, correspondiente con la gestión de la calidad del centro.

En el primer grupo, la atención social individual recoge la acogida, al proceso de adaptación al centro, la recogida de datos personales, la elaboración y tramitación de documentos, seguimiento, orientación de ayudas técnicas o económicas, y elaboración de programas, valoración integral y elaboración del plan de atención individualizado; la atención grupal hace referencia a la convivencia en el centro y a la promoción de las actividades de estimulación y la atención comunitaria se base en las funciones de coordinación con otras figuras profesionales y recursos. Por otro lado, la atención social familiar, se encarga del contacto con la familia de la persona residente, informando,

orientando, asesorando y acompañando en el proceso. Finalmente, la gestión de calidad del centro, se hace cargo de la gestión del centro residencial.

Por su parte, según lo expresado por Enrique Fernando León (2003, citado en Alhambra, 2015, p.15) podríamos destacar también las siguientes funciones: preventiva en lo referente al análisis de situaciones negativas o conflictivas que dificulten la integración de la persona residente en el centro; socio-educativa que permita el desarrollo de las aptitudes y habilidades de la persona, asistencial en lo referente a la información, asesoramiento y orientación sobre los recursos y proyectos adecuados a las necesidades y demandas, planificadora en lo que compete al desarrollo de programas y proyectos y finalmente, organizadora en lo que supone la coordinación con el resto de profesionales para una intervención interdisciplinar e integral.

4. METODOLOGÍA

El presente trabajo de investigación teórica sobre el fenómeno de la soledad en las personas mayores institucionalizadas, se ha llevado a cabo a través de una revisión bibliográfica y documental. La cual ha sido reforzada y apoyada por los diferentes testimonios recogidos en las entrevistas realizadas. Estas se han realizado a diferentes personas profesionales de los centros residenciales y a familiares de las personas mayores institucionalizadas en dichos espacios.

Por tanto, la información expuesta en este trabajo, ha sido recopilada, por un lado, gracias a una extensa revisión y búsqueda bibliográfica y documental de fuentes variadas de consulta (libros, artículos, estadísticas, legislación y normativas, informes documentales, otros trabajos etc.). Por otro lado, se han completado con entrevistas individuales semiestructuradas de carácter cualitativo a diferentes profesionales de centros residenciales de tercera edad, así como a familiares de personas mayores institucionalizadas.

Para la realización de estas entrevistas se han realizado dos guiones específicos, uno de ellos dirigido a los familiares y un segundo guion dirigido a expertos/as que ejercen su labor en centros residenciales de mayores, guiones que se adjuntan en los anexos 1 y 2. Además, se han redactado unos agradecimientos entregados antes de comenzar las entrevistas, registrados también en el apartado correspondiente con los anexos.

El proceso de las entrevistas ha seguido dos pautas, la primera de ellas de contactación con las personas a entrevistar, momento en el que todas ellas/ellos han recibido una adecuada información sobre los principales objetivos de la entrevista. Y el segundo momento, la realización propia de la entrevista, en el que como he mencionado con anterioridad se ha entregado y firmado el consentimiento informado y los agradecimientos.

En este trabajo se han realizado 15 entrevistas, seis a familiares y nueve a profesionales, todas ellas transcritas de manera literal, y es por ello por lo que se ha entregado el consentimiento informado a los/las entrevistadas. Estos no han sido registrados por motivos de protección de datos personales para garantizar el anonimato, ya que aparecen nombres, apellidos, profesión etc., que pueden ser identificables. La transcripción de dichas entrevistas, por su parte se adjunta en el correspondiente anexo.

5. ANÁLISIS

A continuación, se presentan dos tablas con los datos e información referente a las diferentes personas entrevistadas. La primera de ellas, recoge la información de las personas profesionales entrevistadas, y la segunda reúne los datos de las y los familiares entrevistadas/os.

Tabla 3. Personas familiares entrevistadas.

NOMBRE	GÉNERO	RECURSO	PARENTESCO	AÑOS FAMILIAR INSTITUCIONALIZADO/A
Familiar 1	Mujer	Privado	Tío	3 años
Familiar 2	Mujer	Privado	Madre	2 años
Familiar 3	Hombre	Público	Mujer	5 años
Familiar 4	Mujer	Público	Tía	2 años
Familiar 5	Mujer	Privado	Abuela	6 años
Familiar 6	Mujer	Privado	Tío	3 años y medio

Fuente: elaboración propia.

Tabla 4. Personas profesionales entrevistadas.

NOMBRE	GÉNERO	RECURSO	PUESTO DE TRABAJO	AÑOS COMO TRABAJADOR/A
Profesional 1	Mujer	Privado	Trabajadora social y directora	20 años
Profesional 2	Mujer	Privado	Terapeuta ocupacional	10 años
Profesional 3	Mujer	Privado	Auxiliar de enfermería	2 años
Profesional 4	Mujer	Público	Enfermera	30 años
Profesional 5	Mujer	Público	Trabajadora Social y directora	20 años
Profesional 6	Mujer	Público	Auxiliar de enfermería	13 años
Profesional 7	Mujer	Público	Terapeuta ocupacional y fisioterapeuta	3 años
Profesional 8	Mujer	Público	Auxiliar de enfermería	17 años
Profesional 9	Mujer	Público	Enfermera y directora	34 años

Fuente: elaboración propia.

Seguidamente, se detallan los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas en función a cuatro experiencias recogidas; el proceso de institucionalización, las relaciones, las cuales se han desdoblado en relaciones familiares y relaciones sociales, las actividades de ocio y tiempo libre propias de la residencia, el fenómeno de la soledad y sus posibles causas desde un análisis general de las residencias.

5.1. Experiencia del proceso de institucionalización

La creencia de irresponsabilidad familiar en cuanto al cuidado de las personas mayores, está fundamentada y extendida como mito a nivel social, es contrarrestada por los/as familiares de las personas institucionalizadas, quienes expresan que han considerado la residencia como última y posible opción para sus familiares, no sin antes haber probado otras alternativas como centros de día, vivir con ellos/as o con familiares cercanos, o en su propio hogar con apoyos externos hasta que las situaciones de cuidado se hizo inviable:

Empezó a sentirse más incapacitado y más limitado, y comenzó a vivir con un familiar, con su hermana o sea con mi madre. Entonces aguantó un pequeño periodo en casa, pero bueno tuvo bastantes complicaciones físicas y limitaciones más importantes, entonces, nos planteamos que mi madre no podía asumir el cuidado y nos planteamos y tuvimos que tomar la decisión de trasladarlo a una residencia (F1).

Se puede considerar, por tanto, que según la informada que hemos obtenido a través de los relatos de los/as familiares, el principal motivo de ingreso de las personas mayores en los centros residenciales es la salud, bien sea por enfermedades que afectan a la salud mental de la persona: “El principal motivo fue que la diagnosticaron Alzheimer, para mí fue muy duro, y no sabía qué hacer (F3), o bien por problemas de salud físicos que limitan la autonomía y la movilidad de la misma: “El motivo principal, como he comentado, eran las limitaciones físicas. Fueron significativas las limitaciones físicas que tuvo y cada vez más importantes, sobre todo en la deambulacion...” (F1).

Asimismo, varios de las/os familiares entrevistados/as expresan que, durante las primeras semanas del ingreso de sus mayores en las residencias, éstos manifestaban constantemente el deseo de volver a casa, argumentando que su situación no es tan mala como para estar en un centro de estas características y consideran, además, que si pudieran contar con un apoyo podrían permanecer en su hogar, como podemos comprobar en el siguiente discurso:

Él lo dice continuamente, no asume que tenga que estar en una residencia, pero la realidad es que la dependencia que tiene es casi total. Con el problema de la sonda vesical, los problemas de deambulacion, de movilidad, la diabetes que surgió después... Necesita muchos cuidados, que si no fuese en una residencia no sería posible. Y aun así él lo lleva muy mal porque no lo ve, no lo ve y piensa que con una pequeña ayuda podría estar en su casa, pero no es así (F1).

Este tipo de situaciones, aunque con diferentes matices las hemos visto en las entrevistas que se han realizado, y que, sobre todo, se producen al inicio de este proceso

y en las primeras semanas del ingreso en las que suele ser más habitual el deseo de volver a su residencia: “Sí, sobre todo al principio ella quería estar en casa, y no paraba de decir a casa, vámonos a casa... Ella quería estar en casa y además es un patrón general para todo el mundo, la mayoría quiere irse a casa” (F2). Los mecanismos los mayores para estas situaciones pueden ser diferentes, en unos casos están relacionados con una supuesta falta de atención por parte del centro: “Todos los días que vamos dice que se quiere marchar, que le tienen esperando para ir al baño y que no le hacen caso” (F6).

Las personas profesionales entrevistadas, coinciden en que el ingreso es un cambio más duro y notable en la vida de la persona si estas provienen de sus casas. Esto genera en la persona residente sentimientos negativos de tristeza y desplazamiento: “Sí al principio sí. Hombre claro si vienen de sus casas el cambio es abismal, están en su casa ya que en su casa tienen todo, conocen el entorno y cuando vienen aquí se sienten como desplazados” (P3).

El proceso de institucionalización, es decir el cambio de residir en tu hogar u hogar de un familiar cercano a una residencia, supone una vivencia muy dura. Así se observa en la mayoría de los testimonios recogidos de las profesionales entrevistadas, en los que queda reflejada la dureza con la que viven las personas residentes el proceso de institucionalización en sus inicios, afectando a numerosas dimensiones vitales de su vida ya que supone adaptarse a unas rutinas no interiorizadas. Varias de las entrevistadas también refieren la dureza de los primeros días, en los que suelen sentirse solos/as y tristes, y adoptan el aislamiento como mecanismo de defensa:

Es duro. Durante las primeras semanas los residentes se van acostumbrando a los horarios, rutinas, trabajadoras... se suelen sentir solos, tristes, demandan más atención, a veces rechazan a los compañeros, aunque no lo hagan a propósito, piden estar en su habitación... (P7)

Las expertas destacan a su vez, el sentimiento de dolor que sienten las personas residentes como consecuencia de tener que afrontar los diferentes cambios y las numerosas pérdidas derivadas del ingreso. Es importante resaltar, que estas pérdidas afectan tanto a la persona mayor como a su familia:

Supone dolor para la persona residente por las pérdidas que ocurren: cambio de domicilio, no conoce a las personas que le van a atender ni a los compañeros/as con los que va a compartir su última etapa de la vida. Deja su domicilio y entorno. Para la familia, por no poder atenderla en casa, por no saber cómo va a ser atendida... (P9)

Es también habitual según expresan las expertas, los sentimientos de incompreensión y de duelo tras las pérdidas de toda una vida, también lo son los sentimientos de expectación por el desconocimiento a la hora de hacer frente a dichos cambios, ya mencionados a lo largo del apartado: “Considero que son semanas de expectación y desconcierto por lo que supone adaptarse a un nuevo entorno y de duelo por tener que abandonar la casa propia y los hábitos de toda una vida” (P4). A pesar de esto, coinciden en que el proceso de adaptación es más rápido de lo teorizado, siendo aproximadamente de un mes. Se demuestra así, que, a pesar de ser una situación inicial compleja, esta es variable y se observa una mejora con el paso del tiempo. Lo que supone un mayor bienestar para la persona residente y del mismo modo para su familia:

Cuando las personas mayores se habitúan están menos alerta, baja su nivel de rechazo, aceptan pasar más tiempo en el salón, preguntan menos por las visitas. Las familias suelen preguntar también menos a los profesionales, baja el nivel de exigencia a recibir tratamientos especializados, suelen bajar la frecuencia de las visitas y el número de visitantes (P7)

Una vez analizada la información recogida, se puede observar, por tanto, que, tanto en los testimonios de las personas familiares como profesionales entrevistadas, se destaca la dureza con la que se vivencia el proceso de institucionalización en las personas residentes, ya que el ingreso en una residencia supone un gran cambio en la vida de las personas a muchos niveles, como los cambios en relación al lugar de residencia entre otros, lo que supone en muchos casos una pérdida de libertad:

Su vida ha cambiado muchísimo, desde el punto de vista de que antes él en el pueblo y tal se sentía una persona pues mucho más libre, nunca ha tenido normas, ni tampoco le ha gustado cumplir normas. Entonces al ir a la residencia siempre se ha sentido mucho más limitado, y claro él está fuera de su medio totalmente porque su casa estuviese mejor o peor, pero era su casa y él en su casa se sentía bien (F1)

También se observan cambios en las rutinas diarias reduciendo la actividad y generalmente también, el contacto con el exterior a lo acordado y ofrecido por el propio centro residencial: “Ha cambiado mucho. Antes tenía una vida muy activa y feliz, iba a nadar y andar todos los días a Olarizu, también iba por las tardes a jugar a las cartas (...)” (F6).

5.2. Experiencia de las relaciones familiares

En lo referente a las relaciones familiares, como se ha mencionado a lo largo del marco teórico suponen un elemento básico en el bienestar y la calidad de vida de la persona

(Molero, Pérez, Fuentes, Gázquez y Sclavo, 2011). Y así queda reflejado en lo expresado por las personas profesionales y familiares entrevistadas cuando se les pregunta sobre los efectos que tienen las visitas, estas resaltan los efectos positivos que tienen dichas visitas en las personas residentes:

Positivos siempre. Ellos, solo hay que ver cuando aparece el familiar por la puerta como se les cambia la cara. Siempre están deseando que vengan sus familiares. Yo creo que es lo que más les gusta. En su vida diaria lo que más les gusta es cuando viene su familia a visitarles (P2)

Al parecer, tanto estas relaciones familiares como su contacto tienen una vinculación directa con el fenómeno de la soledad, ya que por unanimidad total, todas las profesionales entrevistadas han coincidido en que han escuchado u observado que las visitas familiares les hacen sentir mejor a las personas residentes y menos solos/as: “Eh sí, de hecho lo echan mucho en falta, o como si un día no viene el hijo o la hija, para ellos es un algo vital la familia y el sentimiento de soledad desaparece...” (P1).

Del mismo modo, el análisis de los datos obtenidos, nos permite reafirmar que es errónea la idea que refleja el ingreso en una residencia como un abandono familiar, ya que como bien expresa Leturia (1999) la relación entre la persona institucionalizada y su familia no cesa ni se corta cuando está ingresa en un centro de estas características. Así lo manifiestan los y las familiares, quienes confirman dicho contacto, pudiéndose observar, por tanto, que se mantiene la relación entre ambas partes de la familia. Cabe añadir que en los casos en los que la relación de parentesco es directa, es decir, por parte de hijos/as y maridos/mujeres, las visitas es habitual que sean diarias, y en el resto de los casos, es decir, cuando es familia extensa, la frecuencia de las visitas es menor, pero también existe: “Yo estoy con ella todos los días, suelen ir también otros familiares a verla y a estar con ella, pero no van todos los días” (F3). En algún caso familiar como se ha podido observar, era vital este contacto y era un elemento decisivo a la hora de buscar una residencia:

Todos los días iba a visitarle. También iban más familiares. De hecho, a la hora de buscar la residencia lo único que queríamos era que estuviera en Vitoria para poder ir a visitarla lo máximo posible. Para mí que estuviera en Vitoria era lo fundamental y básico. Yo lo que quería era estar cerca, estaba a 20 minutos de mi casa, me iba andando todos los días a verla (F2)

De igual manera, lo refieren las expertas, quienes coinciden en que las visitas suelen ser diarias y no existe una ruptura en el contacto con los familiares. Se registra, como se ha mencionado con anterioridad, una mayor frecuencia de las visitas en el caso de los

hijos/as y mujeres/maridos, aspecto que resulta especialmente beneficioso para los y las mayores: “Por lo general sí reciben muchas visitas. Sobre todo, del cónyuge e hijos e hijas. Las visitas del resto de familiares no son tan frecuentes, pero normalmente los hijos se organizan para que todos los días tengan visitas” (P5).

A pesar de esta realidad, queda demostrado que la relación familiar no desaparece ni cesa. Muchas de las profesionales entrevistadas están de acuerdo en que, a pesar de no ser habitual, a veces existe una tendencia por parte de las personas residentes a verbalizar que son sus familiares los responsables de que estén ahí, mostrando un sentimiento de abandono:

Es lo que te digo, hay veces que sí que tienen esa sensación de abandono, pero no es lo habitual ni es la mayoría. Hay casos de que sí que tienen esa sensación de que su hijo o hija se ha casado y les ha dejado ahí (P1)

5.3. Experiencias de las relaciones sociales

A diferencia de la frecuencia de las relaciones familiares, las visitas de amigos, vecinos y amistades externas a la residencia, por su parte, no suele ser algo habitual, así lo mencionan tanto los y las familiares como las profesionales: “En pocos casos, no suele ser muy habitual. Como he comentado anteriormente, suelen ser visitas muy puntuales” (P8). Alguna profesional refiere que a pesar de ser vínculos importantes en la vida de las y los residentes son difíciles de mantener el contacto debido a la edad y las limitaciones originadas por esta:

En algunos casos, yo sí he visto pero no suele ser muy frecuente. Sí suelen verbalizar que son importantes, pero al ser mayores, las personas con las que ellos se relacionaban al final son también de esa misma generación, y entonces el problema de relacionarse también con esas amistades que tenían es que igual ellos no se pueden desplazar, están igual en otras residencias, y se va perdiendo el vínculo... (P2),

Por otro lado, centrándonos en las relaciones sociales internas, es decir, en los vínculos y lazos creados entre las personas residentes, existe una diversidad de opiniones.

La mitad de los/as familiares entrevistados coinciden en que no observan que sus parientes hayan establecido relación de amistad con ninguna de las demás personas residentes, algunos de ellos mencionan el estado de salud como principal dificultad: “Por su deterioro cognitivo no, no creo que haya podido establecer relaciones de amistad como tal” (F2), la otra mitad de las personas entrevistadas afirma que sus familiares sí han establecido vínculos con compañeros/as. Pudiéndose observar así, un

50% de acuerdo con la afirmación de que el ingreso en la residencia supone nuevas oportunidades sociales, pero no se asegura que vaya a ser así.

Desde la visión de las personas profesionales, teniendo en cuenta lo expresado, siete de las nueve entrevistadas están de acuerdo en que por lo general sí suelen establecerse vínculos entre las personas residentes, y en ocasiones también entre las familias: “Sí. Tanto entre ellas como entre sus familiares. Algunos pasan a ser uno/a más de la familia. Ya que al final comparten muchas veces mucho tiempo en la residencia, e incluso pueden compartir hasta habitación” (P5). alguna de ellas hace mención también al estado cognitivo como variable principal y dificultad para crear estos vínculos: “Sí, aunque depende del deterioro cognitivo, sobre todo, pero por lo general, se suelen crear vínculos entre compañeros, que en alguna ocasión se transforma en una muy buena amistad” (P6).

5.3. Experiencias de las actividades de ocio y tiempo libre, físicas y de animación sociocultural.

Respecto al ocio y tiempo libre y sus actividades, se puede observar, tras haber realizado las entrevistas, que según verbalizan las y los familiares de las personas residentes no ha sufrido variaciones una vez que han ingresado en el centro. Esto es, aquellas personas que tenían una vida activa y participaban en diferentes actividades antes de ingresar en la institución, una vez en la residencia mantienen esa actividad y esa participación.

Lo mismo sucede en el caso contrario, de no tener esa actividad previa al ingreso, y tampoco después. Cabe destacar que únicamente en uno de los seis casos, la entrevistada nos confiesa que el ingreso en la residencia ha supuesto para su familiar un cambio muy positivo en la ocupación del tiempo libre y de ocio, ya que antes de ingresar en el centro no contaba con ese tiempo de ocio y se reducía a estar aislada en casa.

Por otra parte, todas las personas profesionales entrevistadas que desarrollan sus labores en residencias, tanto en el ámbito privado como público, coinciden en que las actividades ofertadas son de carácter voluntario, y por norma general, aunque en ocasiones haya a quienes no les gusten, cuentan con grandes índices de participación

sobre todo en el caso de las personas con un buen estado cognitivo que intenta ocupar el tiempo y mantener la actividad: “Sí y de hecho se quedan cortas. Hay personas que se quedan sin actividades por falta de plazas. Por lo general, las personas con buen estado cognitivo intentan realizar muchas actividades para tener el tiempo ocupado y activo” (P6).

Del mismo modo, desde la visión profesional el realizar actividades de ocio y tiempo libre, además de mantener el tiempo ocupado permite romper con la rutina en la que te envuelve el sistema institucional, como bien se puede apreciar en el siguiente discurso:

Hombre beneficiarles, es claro que les beneficia. Mantener el tiempo ocupado yo creo que es fundamental (...) sino que hace todo el día aquí... Levantarse y desayunar todos los días lo mismo, el mismo horario todos los días, las mismas personas todos los días... si no hiciesen actividades o no viniésemos perderían todo lo que contrarresta eso por lo menos así dicen el lunes y el miércoles viene la terapeuta, el jueves y viernes viene la fisio... y ellos ya tienen un estímulo, algo que hacer. Porque si no todos los días serían iguales, imagínate (P2).

Además de esto, según lo relatado por las diferentes profesionales se puede observar que la realización de actividades de ocio y tiempo libre facilita el compartir tiempo y espacios con otras personas residentes favoreciendo así las relaciones interpersonales y familiares. De igual manera, contribuye al beneficio del estado emocional y cognitivo como se puede observar en el siguiente testimonio: “Sin duda tener actividad les hace mejorar su autoestima y mantener activas las capacidades que tienen (habilidad, memoria...) y mejorar también la interrelación entre las personas usuarias” (P6).

5.4. Experiencias sobre el sentimiento de soledad y sus posibles causas

Numerosos autores y autoras, como Guevara Peña (2016) y Moreno Toledo (2013) entre otros/as, han asociado la vida en las residencias con sentimientos de soledad y por consiguiente, con síntomas depresivos como bien señala Alpañez Sánchez (2016). Es por ello, por lo en las entrevistas realizadas tanto a familiares como a profesionales se ha querido investigar especialmente sobre la vivencia de las personas residentes en su día a día y el sentimiento de soledad. Esto se ha completado con la recogida de las opiniones personales de todas las personas entrevistadas, en las que se querido investigar cómo enfrentarían ellos/as el vivir diariamente en un centro residencial y averiguar si sentirían soledad. Con todo ello, se ha pretendido averiguar el concepto general sobre las residencias en un colectivo familiarizado con ellas y de igual manera,

reafirmar si existe dicho sentimiento de soledad y cuáles podrían ser las posibles e hipotéticas causas.

Tras preguntar sobre la felicidad y las residencias, se puede observar la clara diversidad de opiniones tanto en las personas familiares entrevistadas como en las profesionales. Respecto a las y los familiares, tres afirman ser conscientes de que su familiar no es feliz viviendo en la residencia, dos responden de manera ambivalente ya que tampoco tienen claro que lo sean o no lo sean, y únicamente una de las familiares cree que sí que es feliz.

De igual modo sucede con las personas profesionales entrevistadas, cuatro si creen que son felices, tres aseguran que al ser algo impuesto es muy difícil vivir feliz, y los dos restantes afirman que no es algo matemático y generalizable por lo que depende de la persona. Por lo que se observa que no se pueden sacar datos claros y generalizables sobre cómo se vivencia el día a día en la residencia, siendo un proceso individual dependiente de la propia persona.

Cuando se indaga sobre el sentimiento de soledad asociado a vivir en un centro residencial existe una creencia social casi generalizada que así lo asegura. Cuando se pregunta de manera directa a las personas entrevistadas sobre su opinión personal, de los y los seis familiares entrevistadas/os, cuatro coinciden en que sentirían soledad si estuviesen residiendo en un centro, y dos de ellos no lo tienen claro. Ninguna/o responde que no sentiría soledad. Lo mismo sucede con las personas profesionales, siete de las nueve entrevistadas afirman que sí sentirían soledad si tuvieran que vivir en una residencia, dos no sabrían responder y tan solo una afirma que no.

Por otra parte, centrándonos en las personas residentes, se puede observar que dos familiares afirman que su familiar ha verbalizado sentirse solo en varias ocasiones. El resto menciona no haberlo escuchado, pero no niega la posibilidad, en un caso es consecuencia de la enfermedad, y en el otro cree que de no ser por las visitas familiares podría sentirlo:

Nunca nos lo ha transmitido, en alguna ocasión nos ha dicho que es como estar siempre de vacaciones con amigos en un hotel. Aun así, yo creo que cuando pasa un periodo de tiempo que ella considera grande sin ir a verla si puede sentirse sola (F5)

Esta cifra es mayor en el caso de las personas profesionales entrevistadas, de las cuales siete afirman haber escuchado que las personas residentes se sienten solas. Se observa

según los datos recogidos que el principal motivo está relacionado con las relaciones y visitas familiares: “Esta muy unido con las relaciones y visitas familiares. De si vienen o no y ese contacto, que de no tenerlo si se sienten solos” (P3).

Se puede observar, por tanto, que la familia es un elemento clave en el sentimiento de soledad, ya que es insustituible y es la principal fuente de angustia, como se observa en el siguiente discurso:

La clave es la familia, porque aquí dentro de la residencia yo creo que con el tiempo se acaban haciendo y acaban buscando afinidad con algún compañero, con personas del equipo, yo creo que la soledad pueden sentirla más cuando el hijo no viene a verme, cuando han pasado no sé cuántos días y no ha llamado, no ha venido y no veo preocupación en el... yo creo que esa es la mayor soledad (P1).

Asimismo, se observa que tanto familiares como profesionales coinciden en que dichas visitas y relaciones familiares, a pesar de ser el principal motivo de soledad, son también el elemento clave en su solución, y así afrontar dicho sentimiento y reducirlo. Se observa en la información recogida que todas las personas entrevistadas coinciden en que un mayor número de visitas familiares podría disminuir dicho sentimiento, como bien se recogen en las siguientes citas: “Que los familiares vinieran a hacer más visitas” (P5), “Aumento de visitas familiares y de su entorno cercano” (P6).

De igual manera, varias profesionales dan gran importancia a las actividades de ocio y tiempo libre de cara a paliar el sentimiento de soledad, ya que la realización de actividades y el reducir el tiempo de inactividad puede favorecer a solventar la situación favoreciendo de manera indirecta las dimensiones mencionadas en el apartado anterior, sobre todo a la autoestima y autoconcepto, además de fomentar las relaciones entre los/as residentes, como bien se recoge el siguiente discurso:

Una mayor actividad revertiría en más relaciones sociales, mayor percepción de pertenencia a un grupo, menos tiempo para sentirse solo al tiempo que cautivaría a entender los procesos de deterioro inherentes al colectivo. Sin olvidar como todo estos repercutirían en su percepción de valía personal y satisfacción con la vida. Por último, la actividad influiría en la disminución de conductas disruptivas (P7)

Por otro lado, se puede observar que existe una relación entre el sentimiento de soledad y el tiempo de institucionalización. Es mayor la soledad con menor tiempo institucionalizado/a, ya que este sentimiento se va reduciendo con el paso del tiempo. Así, queda recogido en lo expresado por las profesionales entrevistadas, quienes expresan que una vez adaptados este sentimiento se va siendo menor: “Creo que con el

tiempo el sentimiento de soledad disminuye y se van acostumbrando al entorno y a la frecuencia de las visitas, los ritmos del día a día... y se van sintiendo mejor” (P7).

Finalmente, se ha querido realizar un análisis de las opiniones sobre los centros residenciales en personas vinculadas a estos, tanto de profesionales como de familiares, recogiendo como principal aspecto positivo de las residencias el cuidado y la atención 24 horas, favoreciendo el cuidado familiar y reduciendo la ansiedad sin tanta carga de trabajo: “Está atendida las 24 horas del día y que es una tranquilidad para mi padre y para mí, porque el dejarla sola nos generaba mucha intranquilidad por si se caía...” (F6), “Positivo, pues que tienes una atención continuada las 24 horas y que la familia puede aportar incluso mucho más que cuando estaba en casa porque la carga de trabajo y emocional no es tan grande” (P1).

Respecto a las cuestiones negativas las personas familiares y profesionales entrevistadas destacan como cuestión principal el sentimiento continuado de que no es ni su casa, ni tampoco su hogar, ni se encuentra con su familia y entorno. Lo cual es muy difícil de sustituir y solventar:

Él siempre va a valorar mucho los suyos y que sea su familia, entonces en ese sentido lo negativo que ve en la residencia es que no es su casa, que no es lo suyo y que no son los suyos, echa mucho de menos su familia y a los suyos (F1)

Por otro lado, se observa en varios de los testimonios recogidos la opinión generalizada del carácter impersonal que otorga la residencia a la persona residente, y de igual manera, se menciona el aislamiento social que, en ocasiones, es derivado como consecuencia del propio ingreso: “Aspecto negativo diría el aislamiento, la soledad que siente y que es muy impersonal” (F6).

6. CONCLUSIONES

En primer lugar, teniendo en cuenta las cuestiones abordadas en este trabajo, es preciso destacar que, de manera general, sin olvidar que siempre hay excepciones, el proceso de institucionalización es una vivencia complicada para las personas mayores, ya que unido al proceso del ingreso, experimentan una serie de pérdidas como bien recoge Delgado Losada (2011), entre las que destacan la vivienda, la actividad en el hogar y fuera de esta, la libre circulación, la privacidad, la intimidad etc., y estas pérdidas condicionan su vida en su nuevo hogar y día a día en el centro residencial. Del mismo modo, se puede afirmar que es una experiencia agotadora para los y las familiares que acompañan en este duro momento.

Así pues, aunque no en todos los casos, pero sí en una gran parte de ellos como bien se menciona en los testimonios recogidos de todas las personas entrevistadas, el ingreso en una residencia se entrelaza con un sentimiento de soledad, cuestión clave que se pretendía investigar con la realización de este trabajo.

Se ha podido observar también, que el tiempo de institucionalización tiene una evidente influencia y relación con dicho sentimiento. Según lo analizado, este sentimiento de soledad es mayor en los primeros días debido al desconocimiento y la falta de familiarización con el espacio y el funcionamiento, así es recogido en los testimonios de las personas expertas. Del mismo modo, se reconoce que dicho sentimiento de soledad con el paso del tiempo y la adaptación al nuevo entorno se reduce, pero no desaparece.

Asimismo, se ha podido afirmar que tanto las relaciones sociales y familiares, como las actividades de ocio y tiempo libre, físicas y de animación sociocultural son elementos clave a la hora de hacer frente al sentimiento de soledad investigado, paliando sus consecuencias y retardando su aparición.

Las relaciones sociales, como bien argumenta Gómez Morales (2014), se ven mermadas, y en ocasiones desaparecen, como consecuencia del ingreso de la persona en la residencia. Moreno Toledo (2013), vincula esta ruptura con sentimiento de desarraigo, soledad, abandono etc. A pesar de esto, cabe destacar según lo recogido en las entrevistas realizadas que aquellos casos en lo que existe un mantenimiento de los vínculos sociales, aunque sea escaso, este favorece inmensamente a las personas residentes.

En lo referente a las relaciones y el contacto familiar, las cuales una vez analizados los discursos de las personas familiares entrevistadas, como bien afirmaba Leturia, Borja y Hernández (2017) en lo expuesto en el marco teórico, no desaparecen con el ingreso de uno de los miembros en un centro de estas características y se mantienen, aunque si varía el rol adoptado por esta, ya que se transforma de una atención de los cuidados directos a un rol de apoyo. Así lo recoge también Padierna Acero (1994), quien destaca la importancia de la familia porque con su apoyo sostiene los lazos con el pasado y genera nuevos de cara al futuro. Las visitas familiares y dicho contacto tienen, además, un gran peso para contrarrestar el sentimiento de soledad, debido a la gran influencia positiva que tienen estas en las personas residentes. Se puede afirmar por tanto que el mantenimiento del contacto y las visitas de los y las familiares, son la principal solución y alternativa a esta dura situación.

Por otro lado, las actividades de ocio y tiempo libre, físicas y de animación sociocultural, además de romper con las numerosas rutinas y normas que caracterizan el sistema residencial, permiten mantener el tiempo libre ocupado de manera constructiva y activa, ayudando a reducir los momentos de inactividad y aparición de sensación de soledad. De igual manera, tienen como objetivo favorecer las relaciones sociales, el desarrollo y el sentimiento de valía personal, lo que también contrarresta la aparición del sentimiento de soledad.

Por lo general, se puede observar un sentimiento positivo generalizado en lo que respecta a la atención y cuidados proporcionados por la residencia a las personas que residen en estas, y así lo afirman todas las personas vinculadas de una manera u otra, como trabajadores/as y familiares, a estas instituciones. Cuestión que no deja de lado ni resta importancia al sentimiento de soledad que estas mismas generan, ya que la mayoría de las personas entrevistadas afirman que sentirían soledad si fueran ellas las que tuviesen que estar residiendo en un centro de mayores.

Por otro lado, cabe destacar, un elemento distinguible que no se ha mencionado a lo largo del trabajo porque no era ese el objetivo, pero me parece interesante destacarlo. Así pues, en las entrevistas, las profesionales del ámbito privado recalcan como punto favorable de partida el modelo de atención centrado en la persona, el cual se diferencia del modelo asistencialista generalizado que se mantiene todavía hoy en día en las residencias públicas.

Se pone de manifiesto, por tanto, que el futuro del cuidado de los/as mayores en centros residenciales debería estar vinculado a dicho modelo, ya que en este es la persona el centro de la atención y cuidado desde una visión integral, no meramente asistencialista. Esto supondría a priori una mejora en la calidad de vida y ayudaría a afrontar el sentimiento de soledad generado en el día a día por estos sistemas residenciales tan rígidos y pautados por rutinas, sin olvidar las demás cuestiones abordadas en este trabajo como han sido las actividades y el mantenimiento del contacto con familiares y círculos sociales.

Es importante mencionar en este sentido que la principal dificultad con la que me he encontrado durante la realización de este trabajo, ha sido el no poder recoger los testimonios y voces de las propias personas residentes con las que he tenido contacto directo durante una gran parte del proceso de elaboración y de desarrollo de este trabajo. Esta cuestión considero que hubiera dado lugar a un trabajo mucho más interesante y enriquecedor, ya que no existe sustitutivo de la propia voz. No ha podido ser posible debido a que las personas mayores se tratan de un colectivo vulnerable y para formar parte de un trabajo de estas características es necesaria la aprobación por el Comité de Ética en la Investigación de la UPV/EHU, lo que hubiera alargado el proceso y los plazos de presentación. Aun así, considero que la información recogida y analizada es interesante y se adecua a la realidad que se vive durante la institución ya que las fuentes de las que procede tienen una vinculación constante y diaria con este grupo de población.

Finalmente, me gustaría señalar y agradecer a todas aquellas personas que han participado de manera directa a través de las entrevistas, tanto familiares como profesionales, así como a aquellas personas, que, de manera indirecta con llamadas y dedicación de su tiempo libre, me han puesto en contacto y facilitado el proceso, sin olvidarme tampoco de las que me han acompañado durante el mismo.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abades Porcel, M., & Rayón Valpuesta, E. (2012). "El envejecimiento en España: ¿un reto o problema social?" *Gerokomos*, 23(4), 151-155. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2012000400002>
- Abellán García, A., Aceituno Nieto, P., Pérez Díaz, J., Ramiro Fariñas, D., Ayala García, A., y Pujol Rodríguez, R. (2019). "Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos". Madrid, *Informes envejecimiento en red*, 22, (38). [Fecha de publicación: 06/03/2019]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enredindicadoresbasicos2019.pdf>
- Alpañez Sánchez, N. (2016). Propuesta de intervención en emociones en mayores institucionalizados. Trabajo de grado, Psicología. Universidad Miguel Hernández.
- Arber, S. y Ginn, J. (1990). The meaning of informal care : gender and the contribution of elderly people. En Moreno Toledo, A. (2010). Viejismo (Ageism). Percepciones de la población acerca de la tercera edad: estereotipos, actitudes e implicaciones sociales. *Revista de Psicología Social, Poiésis*, 19.
- Barandiaran Lana, E. (2014). Personas mayores, institucionalización y relaciones familiares: El caso de la residencia de Santo Domingo (Estella). Trabajo de grado, Trabajo Social. Universidad pública de Navarra-UPNA.
- Beaver (1983). En Sánchez, C.D. (1990). *Trabajo Social y Vejez*. Buenos Aires: Hvmánitas.
- Bermejo Higuera J. C. (2016). La soledad en los mayores. *ARS MEDICA Revista De Ciencias Médicas*, 32(2), 126-144
- Butler, R. N., (1969). Age-ism: Another form of bigotry. En Moreno Toledo, A. (2010). Viejismo (Ageism). Percepciones de la población acerca de la tercera edad: estereotipos, actitudes e implicaciones sociales. *Revista de Psicología Social, Poiésis*, 19.

- Calzado A., Cortina M.E. y Muñiz B.O. (2010). Actividades recreativas para la socialización del adulto mayor en el círculo de abuelos. *Recreational activities for the biggest adult`s socialization in the circle of grandparents. EFDeportes.com, Revista Digital*, 149. Buenos Aires.
- Campos, B. (2003). La construcción de una política social de vejez en España: del franquismo a la normalización democrática. En Encinar Casado, M. (2015). *La vejez y las residencias, una visión desde el Trabajo Social*. Trabajo de grado, Trabajo Social, Universidad de Valladolid.
- Carbajo, Vélez, M^a.C. (2008). La historia de la vejez. *Ensayos*, 18, 237-254
- Carbajo Vélez, M^a.C. (2010). Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante. *ENSAYOS, Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 24.
- Castro, M. P. (2015). *El sentimiento de soledad en las personas mayores y su relación con la atribución causal y el afrontamiento*. En Pinazo Hernandez S. y Bellergerde Nunes M.D. (2018). *La soledad en las personas mayores. Conceptualización, valoración e intervención*. Estudios de la Fundación Pilares para la autonomía personal, 5.
- Colom, D. (2007). La soledad: entre el placer y la desesperación, el trabajador social. *Profesiones*, 14-15. Recuperado de: <http://www.profesiones.org/var/plain/storage/original/application/5583c6a28e313f13cab0effdd434cbe6.pdf>
- Comas d'Argemir, D. (1993). Sobre el apoyo y el cuidado. *División del trabajo, género y parentesco*?. En López Murcia, V. (2017). *Las responsabilidades de cuidados en un contexto de envejecimiento de la población*. Trabajo de grado, Administración y Dirección de Empresas. Universidad Miguel Hernández.
- Consejo General del Trabajo Social (2012). Código Deontológico. Recuperado de: https://www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico
- Delgado Losada, M^a. L. (2001). Intervención psicosocial en residencias para personas mayores. *Cuadernos de Trabajo Social*, 14, 323-339.

- Del Río, S., y Pérez Orozco, A. (2017). Una visión feminista de la precariedad desde los cuidados. En López Murcia, V. (2017). Las responsabilidades del cuidado de mayores. Trabajo de grado, Administración y Dirección de Empresas. Universidad Miguel Hernández.
- Díez Nicolás, J., y Morenos Páez, M. (2015). *LA SOLEDAD EN ESPAÑA*. Recuperado de: https://www.fundaciononce.es/sites/default/files/soledad_en_espana.pdf
- Domínguez Guedea, M.T. (2016). Desafíos sociales del envejecimiento: Reflexión desde el derecho al desarrollo. *CES Psicología* (9), 150-164.
- Encinar Casado, M. (2015). *La vejez y las residencias, una visión desde el Trabajo Social*. Trabajo de grado, Trabajo Social, Universidad de Valladolid.
- Filardo Llamas, C. (2011). Trabajo Social para la Tercera Edad. *Documentos de Trabajo Social*, 49, 204-219.
- Goffman, E. (1970). *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.
- González de Vera, E. (2017). La soledad en las personas mayores institucionalizadas en residencias. Trabajo de grado, Trabajo Social. Universidad de la Laguna.
- Gómez Morales, M. (2014). El proceso de institucionalización en la tercera edad. Trabajo de grado, Trabajo Social, Universidad internacional de Navarra- UNIR.
- González, J., López, I., y Marín, C. (1997). *La vejez*. Recuperado de: <http://vejez.galeon.com/index.html>
- Guerrini, M. E. (2010). “La vejez. Su abordaje desde el Trabajo Social.” *Margen: Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, (57), 11.
- Guevara Peña, N. (2016). Impactos de la institucionalización en la vejez. Análisis frente a los cambios demográficos actuales. *Entramado*, 12 (1), 138-151.
- Guzmán, J. M., Huenchuan, S., y Montes de Oca, V. (2003). *Redes de apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual*. Santiago de Chile.
- Huenchuan, S. (2011). Los derechos de las personas mayores. Materiales de estudio y divulgación. En B. Tirado Crespo (2017), *Institucionalización de las personas*

mayores relacionada con los trastornos depresivos: revisión integradora. Trabajo de grado, Grado en Enfermería, Universidad Jaume I.

Iglesias J., López J., Díaz, M. Alemán, C., Trinidad, A., Castón, P. (2001). La soledad en las personas mayores: Influencias personales, familiares y sociales: Análisis cualitativo. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO (2000). Boletín sobre el envejecimiento: la soledad de las personas mayores. Madrid: Autor.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO (2006). *Institucionalización y dependencia*. Disponible en: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/institucionalizacion.pdf>

Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO (2011). Libro Blanco del Envejecimiento Activo. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO (2014). *Recursos sociales dirigidos a personas mayores en España*. Disponible en: https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/recursos_sociales_ppmm_2014.pdf

Instituto Nacional de Estadística (2013). Censo de Población y viviendas 2011. Población residente en establecimientos colectivos. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np777.pdf>

Instituto Nacional de Estadística, INE (2018). Indicadores de Estructura de la población. Proporción de personas mayores de cierta edad por provincia. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1488>

Laforest, J. (1991). *Introducción a la gerontología. El arte de envejecer*. Barcelona: Herder, 79-173.

Lázaro, S., Rubio, E., y Juárez, A. (2007). *Aprendiendo la práctica del trabajo social*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.

- Langarica, R. (1985). Gerontología y Geriatría. En Ramos Esquivel, J., Meza Calleja, A., Maldonado Hernández, I., Ortega Medellín, P., y Hernández Paz, T., (2009). Aportes para una concepción de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, 11.
- Leturia, F.J. (1999). El proceso de adaptación en centros residenciales para personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 34 (2).
- Leturia, F. J., Borja, I., y Hernández, C. (2007). El papel de la familia en el proceso de atención a personas mayores en centros sociosanitarios. *Zerbitzuan* (42), 129-143. Disponible en: <http://www.siiis.net/documentos/zerbitzuan/El%20papel%20de%20la%20familia%20en%20el%20proceso%20de%20atencion.pdf>
- León, E.F. (2003). Trabajo Social en residencias de personas mayores. En Alhambra G^a Cervigón, R. M^a. (2015). Promoción del envejecimiento activo en centros residenciales. Trabajo de grado, Trabajo Social. Universidad de Jaén.
- López, J. J. (1994). “Aislamiento y soledad en las personas mayores.” *Razón y Fe*, 33-36.
- López Murcia, V. (2017). Las responsabilidades de cuidados en un contexto de envejecimiento de la población. Trabajo de grado, Administración y Dirección de Empresas. Universidad Miguel Hernández.
- Mansilla, M.E. (2000). Etapas del Desarrollo Humano. *Revista de Investigación en Psicología*, (3), 2.
- Marcos, P. (2011). El Trabajo Social en residencias para personas mayores dependientes. De la burocracia a la empatía. “*Práctica*”. Valencia: TSnova
- Martín García, M. (2012). Trabajo social con personas mayores. Teoría y práctica del Trabajo Social Gerontológico. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, Envejecimiento activo (I), 98.
- Martínez, J.M., Martín, S., Bohórquez, A. y Gómez, P. (2002). *Gestión asistencial de residencias para mayores*. En Gómez Morales, M. (2014). El proceso de institucionalización en la tercera edad. Trabajo de grado, Trabajo Social, Universidad internacional de Navarra- UNIR.

- Molero, M., Pérez Fuentes, M., Gázquez, J. J., y Sclavo, E. (2011). Apoyo familiar en mayores institucionalizados. En Barandiaran Lana, E. (2014). *Personas mayores, institucionalización y relaciones familiares: El caso de la residencia de Santo Domingo (Estella)*. Trabajo de grado, Trabajo Social. Universidad pública de Navarra-UPNA.
- Moreno Toledo, A. (2010). Viejismo (Ageism). Percepciones de la población acerca de la tercera edad: estereotipos, actitudes e implicaciones sociales. *Revista de Psicología Social, Poiésis*, 19.
- Moreno Toledo, A. (2013). La territorialidad, las relaciones interpersonales y la concepción particular del espacio vital en ancianos institucionalizados. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 18 (3), 222-232. Disponible en: http://www.alcmeon.com.ar/18/71/moreno_toledo.pdf
- Miñano, L. (2001). Necesidades y Acción Socioeducativa con las Personas Mayores. En González de Vera, E. (2017). *La soledad en las personas mayores institucionalizadas en residencias*. Trabajo de grado, Trabajo Social, Universidad de la Laguna.
- Navarro, C., Sánchez, M., Menéndez, B., Sánchez, B., Gamo, M. y Soler, I. (2011). *Atención y apoyo psicosocial domiciliario. Atención sociosanitaria a personas en domicilio*. Sevilla: MAD.
- Organización de Naciones Unidas (1982). *Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento*. Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Viena: autor.
- Ovejas, C., Ariño, M. y Berazaluce, A. (2018). Tópicos y claves para comprender el Trabajo Social. Ciencia y esencia en la práctica del trabajo social (coord. Esther Raya Díez), 297-314.
- Padierma Acero, J. A. (1994). ¿Existe un lugar para la familia del anciano en las residencias? *Zerbitzuan: Guizarte zerbitzuetako aldizkaria. Revista de Servicios Sociales* (25). Disponible en: dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2699405

- Pérez, J y Gómez, G. (2011). *Modelo Básico de Atención en Residencias para Personas Mayores*. Castilla la Mancha: Mayores.
- Peplau L. A. y Perlman D. (1981). Perspectives on loneliness. En Montero, M y López L. (2001). La soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual. *Salud Mental*, 24 (1).
- Pía, M. (1992). Las residencias de ancianos y su significado sociológico. En López Moya, B. (2016). Programas psicosociales y educativos en residencias y centros de día para personas mayores en Andalucía. Situación actual y posibles mejoras. Tesis Doctoral, Grado en Pedagogía, Universidad de Granada, UGR.
- Piña Morán, M. (2006). Trabajo social gerontológico: Investigando y construyendo espacios de integración social para las personas mayores. *Revista Rumbos TS. Un Espacio Crítico Para La Reflexión En Ciencias Sociales*, (1), 13-30. Disponible en: <http://revistafacso.ucentral.cl/index.php/rumbos/article/view/203>
- Piñera, W. J. D., Villar, Y. G., Fernández, T.M.L. Padua, G.R. y Padrón, H. D. (2010). Envejecimiento e invalidez. Nuevos retos para la sociedad cubana. Aging and invalidity. New challenges for the Cuban society. En Aponte Daza, V. C. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. Quality of life in the elderly. *Ajayu*, 13 (2), 152-182.
- Ramos Esquivel, J., Meza Calleja, A., Maldonado Hernández, I., Ortega Medellín, P., y Hernández Paz, T., (2009). Aportes para una concepción de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, 11.
- Real Academia Española (2019). Soledad. Recuperado el 25 de Noviembre de 2019 de: <http://dle.rae.es/?id=YGkk3NL>
- Rice, P. (1997). Desarrollo Humano. Estudio del Ciclo Vital. En Ramos Esquivel, J., Meza Calleja, A., Maldonado Hernández, I., Ortega Medellín, P., y Hernández Paz, T., (2009). Aportes para una concepción de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, 11
- Rodríguez, P. (coord.). (1999). *Residencias para personas mayores*. Manual de Orientación 2º Edición. Madrid: Médica Panamericana.

- Sánchez, C.D. (1990). *Trabajo Social y Vejez*. Buenos Aires: Hvmánitas
- Weiss, R. S. (1983). Loneliness: the experience of emotional and social isolation. En Pinazo Hernández S. y Bellergerde Nunes M.D. (2018). La soledad en las personas mayores. Conceptualización, valoración e intervención. Estudios de la Fundación Pilares para la autonomía personal, 5.
- Young, J. E. (1982). Loneliness, depression and cognitive therapy: Theory and application. En Pinazo Hernández S. y Bellergerde Nunes M.D. (2018). La soledad en las personas mayores. Conceptualización, valoración e intervención. Estudios de la Fundación Pilares para la autonomía personal, 5.
- Vidal Domínguez, M. J. (2017). Aspectos sociodemográficos de la población mayor. En J. Norberto (Coord.), *Informe 2016: Las personas Mayores en España* (pp. 33-65). Madrid: IMSERSO.
- Vidal, M.A. y Clemente, M., (1999). Familia y tercera edad: variables predictoras del abandono del anciano. *Estud. interdiscip. envelhec.*, Porto Alegre, 2, p.49-65.

8. ANEXOS

ANEXO 1. GUIÓN DE ENTREVISTAS A FAMILIARES

ENTREVISTA A FAMILIARES

INSTITUCIONALIZACIÓN

- 1-. ¿Antes de que tu mujer/marido/familiar ingresara en la residencia, donde vivía?
¿Cómo era su vida antes, era una persona feliz, triste, activa, tranquila, social, hacía mucho ejercicio, hacía poco ejercicio, acudía al centro de jubilados...?
- 2-. ¿Cómo es su vida ahora? ¿Ha cambiado mucho?
- 3-. ¿Cuánto tiempo lleva en la residencia? (Menos de medio año, un año, más de un año, más de dos....)
- 4-. ¿Cuál fue el principal motivo para venir a la residencia? ¿Fue para ti duro al principio? ¿Fue para él/ella duro al principio? ¿Cómo estáis ahora, mejor o igual?
- 5-. ¿Alguna vez te ha dicho que no quiere estar en la residencia? ¿Cómo le hace sentir vivir en la residencia, como te hace sentir a ti que él/ella viva aquí?

RELACIONES FAMILIARES

- 6-. ¿Con cuánta frecuencia o cuántas veces a la semana vienes a visitarle? ¿Recibe alguna visita de algún familiar más?
- 7-. ¿Alguna vez te ha dicho que se siente mejor cuando le visitas o que agradece mucho tu visita? Si no te lo ha dicho, ¿tú crees que se siente mejor cuando le visitas? ¿Por qué lo crees?

RELACIONES SOCIALES

- 8-. ¿Tenía amigos antes de venir a la residencia con los que solía pasar tiempo? ¿Crees que eran o son importantes esas amistades para él/ella? ¿Le visitan? ¿Alguna vez te ha dicho que echa de menos a sus amistades?
- 9-. ¿Tiene amigos/as en la residencia?

ACTIVIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

10-. ¿Solía hacer antes de vivir en la residencia actividades con más gente como ir al centro de jubilados, jugar a las cartas, cursos, veía películas o telenovelas, escuchaba música, quedaba con las amigos/as, paseaba...?

11-. ¿Hace actividades en la residencia? ¿Crees que hacer actividades en la residencia le gusta o le ayuda? Si no hace actividades, ¿crees que le gustaría?

12-. ¿Alguna vez te ha dicho que le gusta o que no le gusta hacer actividades en la residencia?

SOLEDAD

13-. ¿Crees que es feliz en la residencia? ¿Si tuvieras que decir un aspecto negativo y otro positivo de la residencia, que dirías?

14-. Si fueras tú quien vive en la residencia, ¿crees que sentirías soledad?

15-. ¿Alguna vez te ha dicho tu mujer/marido/familiar que siente soledad, que se siente solo/a? ¿Muchas? ¿Pocas? Si no te lo ha dicho, ¿tú crees que se siente solo/a?

16-. ¿Por qué crees que se puede sentir solo/a?

17-. ¿Qué crees que haría que se sintiera menos solo/a?

ANEXO 2. GUIÓN DE ENTREVISTAS A PROFESIONALES O EXPERTOS/AS

ENTREVISTA A PROFESIONAL/EXPERTA

INSTITUCIONALIZACIÓN Y CAMBIO

1-. Por lo general, desde tu punto de vista como profesional/experta ¿cómo dirías que suelen ser las primeras semanas del ingreso para la persona residente y familiares?

2-. ¿Consideras que esa situación inicial, con el paso del tiempo cambia? ¿Por qué?

RELACIONES FAMILIARES

3-. ¿Es frecuente escuchar a las personas residentes verbalizar que no quieren estar en el centro?

4-. Por lo general, ¿suelen recibir muchas visitas de familiares? ¿De quienes? ¿Esas visitas cuánto tiempo suelen durar?

5-. ¿Es habitual escuchar que son sus familiares los responsables de que estén ahí? ¿Cómo observas que eso les hace sentir?

6-. ¿Crees que las visitas familiares tienen efectos en las personas residentes las visitas de sus familiares? ¿Positivos o negativos? ¿Por qué?

7-. ¿Alguna vez te han dicho o has escuchado que las visitas familiares les hacen sentir mejor, menos solos/as, o cuestiones similares

RELACIONES SOCIALES

8-. ¿Suelen tener visitas de amistades externas a la residencia? ¿Suelen verbalizar que son importantes para ellas las redes y vínculos sociales?

9-. Por lo general, ¿se establecen vínculos entre las personas residentes?

ACTIVIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

10-. ¿Las actividades que se realizan en la residencia son obligatorias o voluntarias?

11-. De manera general, ¿hay participación en las diferentes actividades que se realizan en la residencia?

12-. ¿En cuestiones emocionales en que crees que les beneficia realizar dichas actividades?

13-. ¿Alguna vez has escuchado que les gusta o no les gusta hacer las actividades propuestas por la residencia?

SOLEDADE

14-. ¿Crees que son felices en la residencia? ¿Si tuvieras que decir un aspecto negativo y otro positivo de la residencia, que dirías?

15-. Si fueras tú quien vive en la residencia, ¿crees que sentirías soledad?

16-. ¿Alguna vez te han dicho o has escuchado que sienten soledad, que se sienten solos/as? ¿Muchas? ¿Pocas? Si no te lo ha dicho, ¿tú crees u observas que se sienten solos/as?

17-. ¿Por qué crees u observas que se pueden sentir solos/as?

TIEMPO DE INSTITUCIONALIZACIÓN Y CAMBIO

18-. ¿Crees que el tiempo de institucionalización, es decir, de estancia en la residencia influye en el sentimiento de soledad?

19-. ¿Crees que el sentimiento de soledad es mayor al principio o que aumenta con el paso del tiempo?

SOLEDADE

20-. ¿Qué crees que haría que se sintieran menos solos/as?

ANEXO 3. MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO FAMILIARES.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ como mujer/marido/hijo/hija o familiar cercano de una persona mayor residente en un centro de personas mayores desde hace _____ años, certifico que he sido informado/a con la claridad y la veracidad debida respecto a la investigación académica, correspondiente al trabajo de fin de grado, a la que la estudiante de Trabajo Social de la Universidad del País Vasco **ANDREA ÁLVAREZ FERNÁNDEZ**, me ha invitado a participar, y actúo consecuentemente, libre y voluntariamente como colaborador/a.

A través de este documento, cedo mi consentimiento para que la información proporcionada pueda ser utilizada y expuesta en dicho trabajo para su realización siempre y cuando sea **confidencial, anónima y se utilice con fines académicos y de investigación.**

Firma entrevistadora:

Firma persona entrevistada:

**ANEXO 4. MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PROFESIONALES.**



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ como profesional que desarrolla funciones de _____ en un centro de personas mayores desde hace _____ años, certifico que he sido informado/a con la claridad y la veracidad debida respecto a la investigación académica, correspondiente al trabajo de fin de grado, a la que la estudiante de Trabajo Social de la Universidad del País Vasco **ANDREA ÁLVAREZ FERNÁNDEZ**, me ha invitado a participar, y actúo consecuentemente, libre y voluntariamente como colaborador/a.

A través de este documento, cedo mi consentimiento para que la información proporcionada pueda ser utilizada y expuesta en dicho trabajo para su realización siempre y cuando sea **confidencial, anónima y se utilice con fines académicos y de investigación.**

Firma entrevistadora:

Firma persona entrevistada:

ANEXO 5. AGRADECIMIENTOS ENTREVISTAS

AGRADECIMIENTOS

Si estás leyendo este documento es porque has aceptado poder participar, ayudar y colaborar con la investigación que se explica a continuación, por lo que primeramente darte las gracias por ello porque gracias a tu participación este trabajo se está llevando a cabo.

Con las siguientes preguntas, se intenta investigar si existe un sentimiento y sensación de soledad en las personas mayores que viven y hacen su día a día en las residencias. Parece bastante evidente de que sí es así, pero es necesario afirmarlo y pensar en cuales pueden ser las posibles causas y como poder ayudar a mejorar esta situación.

Tus respuestas ayudarán a profundizar en el tema y de cara a poder reflexionar sobre cómo reducir, si existe, esa sensación de soledad, ya que por motivos éticos las personas mayores que viven en los centros residenciales no pueden poner voz a sus sentimientos en esta entrevista por ser un colectivo protegido, por lo que con esta entrevista tú estás ayudando a que tengan la oportunidad de ser escuchadas y mejoren su situación.

Finalmente, decirte que si hay alguna pregunta con la que no te sientes cómodo/a a la hora de contestar, no hace falta que respondas, tiene que ser algo voluntario y que sepas que en ningún momento tienes que dar ningún nombre ni dato personal, porque todas las respuestas serán utilizadas únicamente para este trabajo y de manera anónima.

ANEXO 6. ENTREVISTAS FAMILIARES TRANSCRITAS

ENTREVISTA A FAMILIAR 1

INSTITUCIONALIZACIÓN Y CAMBIO

1-. ¿Antes de que tu mujer/marido/familiar ingresara en la residencia, donde vivía? ¿Cómo era su vida antes, era una persona feliz, triste, activa, tranquila, social, hacía mucho ejercicio, hacía poco ejercicio, acudía al centro de jubilados...?

Bueno, en principio vivía el solo en su casa del pueblo, una casa con escasos medios y dificultades de accesibilidad y así al poco empezó a sentirse más incapacitado y más limitado, y comenzó a vivir con un familiar, con su hermana ósea con mi madre.

Entonces aguantó un pequeño período en casa, pero bueno tuvo bastantes complicaciones físicas y limitaciones más importantes, entonces, nos planteamos que mi madre no podía asumir el cuidado y nos planteamos y tuvimos que tomar la decisión de trasladarlo a una residencia.

2-. ¿Cómo es su vida ahora? ¿Ha cambiado mucho?

Ha cambiado muchísimo, desde el punto de vista de que antes él en el pueblo y tal se sentía una persona pues mucho más libre, nunca ha tenido normas, ni tampoco le ha gustado cumplir normas. Entonces al ir a la residencia, siempre se ha sentido mucho más limitado, y claro él está fuera de su medio totalmente porque su casa estuviese mejor o peor pero era su casa y él en su casa se sentía bien. Lo que a veces pienso que no es consciente de las limitaciones que tenía y las limitaciones que tenía al estar en su casa.

3-. ¿Cuánto tiempo lleva en la residencia? (Menos de medio año, un año, más de un año, más de dos...)

Pues lleva algo más de 3 años, casi 4.

4-. ¿Cuál fue el principal motivo para venir a la residencia? ¿Fue para ti duro al principio? ¿Fue para él/ella duro al principio? ¿Cómo estáis ahora, mejor o igual?

El motivo principal, como he comentado, eran las limitaciones físicas. Fueron

significativas las limitaciones físicas que tuvo y cada vez más importantes, sobre todo en la deambulaci3n, luego tambi3n anteriormente 3l iba al centro de d3a, asique 3l tampoco era aut3nomo para prepararse comidas y otro tipo de cosas, y las limitaciones que ten3a a nivel f3sico sobre todo de movilidad vamos ya tuvo que dejar el centro de d3a y claro para 3l supuso mucho.

El ingreso en la residencia fue muy duro para 3l, porque el estar en el centro de d3a y volver a su casa todos los d3as 3l ten3a esa sensaci3n de estar en libertad y permanecer en el medio al que pertenece y en el que ha hecho toda su vida, y sentirse m3s independiente pero al llegar el momento de no poder estar ya en su casa y tener que ir a la casa de la hermana y sentirse m3s dependiente le limito mucho y luego ya el paso final de ir a la residencia, ya fue... nunca lo ha llevado bien y no creo que lo acepte nunca en su vida.

5-. 3Alguna vez te ha dicho que no quiere estar en la residencia? 3C3mo le hace sentir vivir en la residencia, como te hace sentir a ti que 3l/ella viva aqu3?

S3, s3 3l lo dice continuamente, 3l no asume que tenga que estar en una residencia, pero la realidad es que la dependencia que tiene es casi total. Con el problema de la sonda, la sonda vesical, los problemas de deambulaci3n, de movilidad, la diabetes que surgi3 despu3s... Necesita mucho cuidado, que si no fuese en una residencia no ser3a posible.

Y aun as3 3l lo lleva muy mal porque no lo ve, no lo ve y piensa que con una peque1a ayuda podr3a estar en su casa, pero no es as3. Porque ni su casa est3 habilitada, ni el familiar que anteriormente le cuidaba esta ya capacitado, y puede asumir tantos cuidados. Y 3l no entiende que no pueda estar en su casa o en casa de su familiar.

RELACIONES FAMILIARES

6-. 3Con cu3nta frecuencia o cu3ntas veces a la semana vienes a visitarle? 3Recibe alguna visita de alg3n familiar m3s?

Pues m3nimamente vamos una vez a la semana, y otros familiares m3s veces por semana.

7-. 3Alguna vez te ha dicho que se siente mejor cuando le visitas o que agradece mucho tu visita? Si no te lo ha dicho, 3t3 crees que se siente mejor cuando le visitas? 3Por qu3

lo crees?

Sí, las visitas las agradece mucho.

RELACIONES SOCIALES

8-. ¿Tenía amigos antes de venir a la residencia con los que solía pasar tiempo? ¿Crees que eran o son importantes esas amistades para él/ella? ¿Le visitan? ¿Alguna vez te ha dicho que echa de menos a sus amistades?

Eh... bueno en realidad ha sido bastante solitario, ha tenido hobbies y le gustaba mucho la caza, ir al monte, pero no ha sido una persona muy social, no le gustaba mucho estar con gente fuera de la familia, no iba mucho al bar no estaba mucho tiempo con los amigos. Alguna vez charlaba con los vecinos del pueblo con los que se llevaba algo más, pero no era muy sociable.

Asique no tiene muchas visitas pero alguna vez si ha recibido. Que sepa yo 3 veces ya han ido a verle.

9-. ¿Tiene amigos/as en la residencia?

Bueno sí, alguna ha hecho y esta algo más cercano pero él en la residencia lo que nota es que él está bastante bien conservado aún y la gran mayoría de sus compañeros están más incapacitados a nivel psíquico. Entonces él muchas veces dice que no se puede hablar con ellos, con la mayoría, entonces hace queja de que están todos muy mal y no se pueden hablar con ellos, con un par de personas sí que tienen algo más de conversación y algo más de contacto.

ACTIVIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

10-. ¿Solía hacer antes de vivir en la residencia actividades con más gente como ir al centro de jubilados, jugar a las cartas, cursos, veía películas o telenovelas, escuchaba música, quedaba con las amigos/as, paseaba...?

Como ya hemos hablado no era una persona muy sociable, le gustaba ir a cazar e ir al monte y se relacionaba algo más con ese círculo porque la mayoría de las veces iba con un familiar. No ha sido nunca una persona de ir al bar y así.

11-. ¿Hace actividades en la residencia? ¿Crees que hacer actividades en la residencia le gusta o le ayuda? Si no hace actividades, ¿crees que le gustaría?

Siempre le ha gustado un poco ir por libre, nunca le han gustado mucho las normas. En la residencia sí que se proponen ciertas actividades pero se las salta un poquito e intenta evitarlas, no las cumple y lo que hace es que bueno a mí en cierto modo me parece bien, lo que hace es leer un poco el periódico y ve sus programas favoritos en la tele, sobretodo la pelota. Asíque las actividades que realiza y que le centran es ver la pelota y leer el periódico.

12-. ¿Alguna vez te ha dicho que le gusta o que no le gusta hacer actividades en la residencia?

En general, no le gustan y no participa. Yo creo que se escaquea y como son mayormente voluntarias pues no las realiza.

SOLEDAZ

13-. ¿Crees que es feliz en la residencia? ¿Si tuvieras que decir un aspecto negativo y otro positivo de la residencia, que dirías?

No, yo creo que no es feliz. Pero yo creo que mantiene una posición muy ambivalente, porque él no quiere estar en la residencia pero a veces cuando vamos a subir al pueblo y le decimos si quiere subir y quedarse algún día y dice que no, lo rechaza y no quiere subir al pueblo, yo creo que se ve más indefenso y tiene miedo, y yo creo que se siente más protegido en la residencia en el fondo, y también va reconociendo sus limitaciones, ve que cada vez le cuesta más, que cada vez tenemos más dificultades para montarlo en el coche, para subir las escaleras de la casa, ya que las casas de los pueblos por lo general no están preparadas, ve que es un problema el subir a casa y le supone un gran esfuerzo y hay veces que prefiere quedarse en la residencia.

Como aspecto positivo diría que bueno en la residencia están muy cuidados a nivel físico y sus necesidades están cubiertas al 100% pues alimentación, vestido, higiene.... Controles de la medicación... y luego pues también él en su casa estaba solo y aunque en la residencia haya gente que este peor que él a nivel psíquico, el personal también le da vidilla, hablan con él y entonces a ese nivel él se siente agradecido porque le tienen

muy en cuenta y está muy acompañado a ese nivel.

Pero él siempre va a valorar mucho los suyos y que sea su familia, entonces en ese sentido lo negativo que ve en la residencia es que no es su casa, que no es lo suyo y que no son los suyos, echa mucho mucho de menos su familia y a los suyos.

14-. Si fueras tú quien vive en la residencia, ¿crees que sentirías soledad?

Pues sí, yo creo que también sentiría soledad, no se por mucho que en una residencia tanto el personal como tu familia, intenten darte yo creo que sí que es verdad que te condiciona mucho, y que siempre vas a estar añorando tu casa, a tu familia, tus amigos y tus seres queridos...

15-. ¿Alguna vez te ha dicho tu mujer/marido/familiar que siente soledad, que se siente solo/a? ¿Muchas? ¿Pocas? Si no te lo ha dicho, ¿tú crees que se siente solo/a?

16-. ¿Por qué crees que se puede sentir solo/a?

(Unidas)

Sí, sí que lo ha dicho. Aunque yo creo que más que soledad, porque él ha estado acostumbrado, muy acostumbrado a estar solo porque ha vivido siempre solo en su casa. Más que soledad, es ese sentimiento de que no tendría que estar aquí, yo tenía que estar en mi casa, lo que no aceptar es el lugar, porque el sentimiento de soledad él yo creo que está acostumbrado a estar solo, pero lo que pasa que quiere estar, en ese sentido siempre ha sido un poco egoísta, quiere estar en su casa y luego gente que le ayude pero luego a la larga le gusta estar solo, pero claro eso en su sitio y en su casa.

17-. ¿Qué crees que haría que se sintiera menos solo/a?

Es difícil...no se quizás que fuésemos alguna vez más a verle entre semana. Es que yo creo que lo que echa de menos es su casa y a sus seres queridos. Y no sé, quizás que las actividades de la residencia, no sé... el fomentar actividades con algunos compañeros de la residencia que bueno están algo mejor psíquicamente, realizar actividades más personalizadas y otro tipo de actividades que no fueran tan infantiles.

ENTREVISTA A FAMILIAR 2

INSTITUCIONALIZACIÓN Y CAMBIO

1-. ¿Antes de que tu mujer/marido/familiar ingresara en la residencia, donde vivía? ¿Cómo era su vida antes, era una persona feliz, triste, activa, tranquila, social, hacía mucho ejercicio, hacía poco ejercicio, acudía al centro de jubilados...?

Mi madre antes de ingresar en la residencia y lo es ahora también, es dependiente, vivía conmigo su hija en mi casa e iba a un centro de día. Su día a día era levantarse y venía una cuidadora por las mañanas a cubrir las horas que yo trabajaba, y de 9 a 17 hrs estaba en el centro de día.

Cuando yo trabajaba de mañana venía una chica a cuidarle y por las tardes me encargaba yo de recogerle del autobús del centro de día, ya que yo me pedí la reducción de jornada para poder atenderla. Si trabajaba de tarde me encargaba yo de llevarla al autobús por la mañana y la chica de recogerle a la tarde, paseaba si le apetecía o jugaban a las cartas, merendaban y pasaban la tarde.

2-. ¿Cómo es su vida ahora? ¿Ha cambiado mucho?

Ha cambiado totalmente, está atendida pero ya no es la misma vida que llevaba antes. Ahora es la vida de la residencia y las rutinas de la residencia.

3-. ¿Cuánto tiempo lleva en la residencia? (Menos de medio año, un año, más de un año, más de dos....)

Dos años.

4-. ¿Cuál fue el principal motivo para venir a la residencia? ¿Fue para ti duro al principio? ¿Fue para él/ella duro al principio? ¿Cómo estáis ahora, mejor o igual?

Sufría una demencia senil.

Al principio mal, aunque se le explicó en todo momento y no se le mintió. No quería estar ahí y fue muy dura la adaptación. Es muy importante no mentir, ya que es una cosa muy básica que no se sientan engañados aunque ellos a priori les cueste digerirlo

como por ejemplo fue el caso de mi madre que tiene una demencia de tipo senil pero hay que decirle en todo momento que no se le va a dejar sola, que va a estar acompañada..., yo creo que es fundamental esta idea porque si no se le cuenta ella aunque no se dé cuenta o creamos nosotras que no se da cuenta, sí que se da cuenta y es un trabajo previo para evitar que en un futuro se sienta sola y abandonada.

4.1. Entonces como cuentas, ¿el principio en la residencia fue un poco duro, no?

Eh... bueno, yo creo que en nuestro caso fue más duro para los familiares que para ella, o por lo menos yo quiero pensar que es así, que es más duro para la persona que le deja que en este caso fui yo, que para ella. Para mí fue muy duro, fue durísimo, porque no es sentimiento de culpabilidad porque en ningún momento me he sentido culpable porque yo creo que lo hice porque creo que era lo mejor para ella, porque llega un momento en el que ya tú por mucho que quieras, no tienes los recursos para poder cuidarla en tu casa. Entonces crees que necesita unos cuidados que aunque yo crea que los puedo cumplir porque no trabajo de noche porque me las he quitado para poder dormir con ella, pues no descansas no duermes porque estas pendiente, por si se levanta por si necesita algo y al final pues no puedes descansar y se acumula...

El primer día, ella estaba como estaba, y el primer día fue duro, se enfado bastante y me dio hasta una torta. Y me quede con ella. Y ella lo que peor lleva en la residencia es meterse pronto a la cama, porque siempre ha sido una persona muy nocturna y meterse pronto a la cama lo lleva fatal. Si antes se metía a las 12 de la noche, imagínate cuando le dicen que se tiene que meter a las 8 sí o sí, pues al final lo lleva mal...

Todo lo demás con el tiempo se ha ido haciendo y está contenta. Aunque al principio le tuve que dejar un espacio de adaptación, ya que yo al principio iba muchas horas todos los días y no le estaba dejando tiempo, ni espacio de manera inconsciente para que se adaptara y se fuera haciendo.

Y claro estaba todo el día metida ahí con ella y ella me exigía el volver a casa, al principio me decía todo el rato a casa, vámonos a casa, a casa...

5-. ¿Alguna vez te ha dicho que no quiere estar en la residencia? ¿Cómo le hace sentir vivir en la residencia, como te hace sentir a ti que él/ella viva aquí?

Si sobre todo al principio ella quería estar en casa, y no paraba de decir a casa, vámonos a casa...

Ella quería estar en casa y además es un patrón general para todo el mundo, la mayoría quiere irse a casa.

RELACIONES FAMILIARES

6-. ¿Con cuánta frecuencia o cuántas veces a la semana vienes a visitarle? ¿Recibe alguna visita de algún familiar más?

Todos los días voy a visitarle.

Sí, más familiares. De hecho a la hora de buscar la residencia lo único que queríamos era que estuviera en Vitoria para poder ir a visitarla lo máximo posible. Para mí que estuviera en Vitoria era lo fundamental y básico. Yo lo que quería era estar cerca, estaba a 20 minutos de mi casa, me voy andando todos los días a verla. Incluso hay veces que yo estaba de fiesta esos días y procuro sacarla a la calle todos los días, todos, para pasear y mantener las rutinas que tenía antes de ingresar, por ejemplo le llevo a la peluquería que iba antes de ingresar en la residencia, a la peluquería de siempre.

Un día la llevé a mi casa, pero decidí que era mejor no volverla a llevar porque al final si volvía a llevarla ya no podía volverla a llevar a la resi, entonces eso fue al principio. Y me dijo mi hermano que era más mi gusto que lo que ella iba a disfrutar en casa.

Al final lo que necesitan es tener una rutina, tener cariño y compañía que eviten que se sientan solas, es decir, que no se sientan como un mueble que lo dejo ahí y se acabó la historia. Para mí es básico y una de las cosas importantes en este tipo de enfermedades es que no se olviden de ti, que en ningún momento digan jo no sé quién es. A mí me reconoce al entrar, le preguntan enseguida y dice que ha venido su hija.

7-. ¿Alguna vez te ha dicho que se siente mejor cuando le visitas o que agradece mucho tu visita? Si no te lo ha dicho, ¿tú crees que se siente mejor cuando le visitas? ¿Por qué lo crees?

No me lo puede decir o no me lo ha llegado a decir yo creo que, como consecuencia de

la enfermedad, pero se le alegra la cara al verme, y me reconoce al primer momento vaya no se ha olvidado de mí, en cuanto me ve sonrío.

RELACIONES SOCIALES

8-. ¿Tenía amigos antes de venir a la residencia con los que solía pasar tiempo? ¿Crees que eran o son importantes esas amistades para él/ella? ¿Le visitan? ¿Alguna vez te ha dicho que echa de menos a sus amistades?

Si la verdad que tenía bastantes amigas y vecinas, que luego le han ido a ver a la residencia. También han ido a verle cuidadoras y amigas mías. Y hemos ido a tomarnos un chocolate con ella, un helado, todos los días cafetería y luego quiere pasear y vamos al centro mucho.

9-. ¿Tiene amigos/as en la residencia?

Por su deterioro cognitivo no, no creo que haya podido establecer relaciones de amistad como tal. Pero si es verdad que con las auxiliares sí ha creado vínculos, ya que es una mujer cariñosa pero no puede relacionarse verbalmente pero sí a través de abrazos, gestos, caricias...

ACTIVIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

10-. ¿Solía hacer antes de vivir en la residencia actividades con más gente como ir al centro de jubilados, jugar a las cartas, cursos, veía películas o telenovelas, escuchaba música, quedaba con las amigos/as, paseaba...?

11-. ¿Hace actividades en la residencia? ¿Crees que hacer actividades en la residencia le gusta o le ayuda? Si no hace actividades, ¿cree que le gustaría?

Sí antes hacía gimnasia aunque como esta en silla de ruedas hace un poco lo que puede sobretodo tronco y articulaciones superiores. Pinta, juega al bingo y también canta.

Va a misa todos los días y pasea con las visitas.

No veía mucho la tele, esta puesta pero no la ve.

Eran voluntarias, pero participa a su manera en las que puede y quiere.

12-. ¿Alguna vez te ha dicho que le gusta o que no le gusta hacer actividades en la residencia?

Sí, si le gusta. Sobre todo, lo que quiere es pasear.

SOLEDAZ

13-. ¿Crees que es feliz en la residencia? ¿Si tuvieras que decir un aspecto negativo y otro positivo de la residencia, que dirías?

A pesar de que el principio fue muy duro, yo creo que al final sí que es feliz. Más que duro no sé, no sabría cómo expresarlo porque ella tampoco lo ha expresado nunca. Cuando estamos de paseo y llegamos a un sitio está como pendiente de la hora para volver cuanto antes. Porque ya sabía que esa era su casa y sus horarios. Se ha adaptado fácil aunque el principio fuera costoso y luego está contenta. Fue más rápido de lo que yo pensaba y como al final también me ve todos los días pues no tiene esa sensación de que la hubiésemos abandonado ahí o eso creo yo, porque llega la hora de la tarde y ella ya sabe que yo voy a llegar y si no es a la mañana es a la tarde, ósea en ningún momento, y en cierto modo ella también está muy muy tranquila.

Aspecto positivo, yo también como trabajadora diría que ella está muy tranquila, yo creo que incluso está más tranquila de lo que pudiera haber estado en otro tipo de residencias públicas. Es que en la residencia privada tiene una habitación para ella sola, con mucha luz, no hay ruidos ya que no están permitidos los ruidos, ni los gritos... y yo creo que eso le da mucha tranquilidad.

Y aspecto negativo, yo creo que son los recursos de la residencia privada en comparación con la pública. Al final no tienes derecho fijo de tener un médico todos los días las 24 hrs, y lo mismo con la enfermera.

Pero la verdad que no están nunca sentados más de 2-3 horas porque hay mucho movimiento, muchos cambios, actividades....

14-. Si fueras tú quien vive en la residencia, ¿crees que sentirías soledad?

Pues depende, depende... hombre a ver es duro, porque ya llegar a ser mayor me

parece que es la cosa más difícil que hay en la vida, porque que no te puedas mover, que tú tengas dolor, que te veas que igual no puedes andar...que estas invalida...que no puedas decir yo en este momento quiero estar ahí e ir, que te sientes me parece a mí como mal, como en una cárcel pero sin ser cárcel...

En parte sí, en parte sí creo que sentiría soledad. Yo entiendo que las personas se sientan solas, porque sola te puedes encontrar aún estando mucha gente o en una vivienda. Pues depende de la situación familiar que tú tengas, de cómo seas tú, de cómo estés limitada tú también físicamente o mentalmente. Porque para mí lo más difícil es que tú estés bien cognitivamente y mal físicamente, es decir, que tú estés mal pero que tengas la cabeza bien. Eso yo creo que es lo peor. Y yo creo que es más sola y te vas sentir siempre más sola, que si tú estas con la cabeza mala y el cuerpo bien o a medias.

15-. ¿Alguna vez te ha dicho tu mujer/marido/familiar que siente soledad, que se siente solo/a? ¿Muchas? ¿Pocas? Si no te lo ha dicho, ¿tú crees que se siente solo/a?

Nunca me lo ha dicho, pero yo creo que en momentos quizás sí. Sobre todo, al principio porque la enfermedad fue muy rápida y ese paso de encontrarse bien y de repente encontrarse mal, yo creo que eso ha sido lo peor y lo que más nos costó manejar, esa situación... porque fue muy angustioso. Tanto por ella, como por los demás porque nos pilló de repente, y aunque tú tengas herramientas entre comillas porque yo por ejemplo trabajo diariamente no es lo mismo, no es lo mismo atender a un familiar que trabajar. Cambia totalmente, la percepción de todo.

16-. ¿Por qué crees que se puede sentir solo/a?

17-. ¿Qué crees que haría que se sintiera menos solo/a?

(Unidas)

Que te encuentres que, aunque estés ahí, el hecho de estar ahí y que tengas visitas, que estés acompañada, por tu familia, amigos/as... yo creo que es importantísimo. El que te hablen, el que estén contigo, que te den cariño, que el trato sea bueno y agradable y con respeto. Yo creo que el respeto es fundamental, y que te tengan en cuenta lo que tú quieres. Tus gustos y preferencias, el que tú te encuentras bien y quieres ponerte esta

ropa y no aquella, y que puedas decidir. O si quieres estar en tu habitación pues estar en tu habitación, o si quiero estar leyendo pues estar leyendo o si quiero estar viendo la tele pues estar viéndola, y lo mismo con la comida y los gustos. Que no te quiten tus gustos ni tu autonomía, yo creo que es fundamental.

ENTREVISTA A FAMILIAR 3

INSTITUCIONALIZACIÓN Y CAMBIO

1-. ¿Antes de que tu mujer/marido/familiar ingresara en la residencia, donde vivía? ¿Cómo era su vida antes, era una persona feliz, triste, activa, tranquila, social, hacía mucho ejercicio, hacía poco ejercicio, acudía al centro de jubilados...?

Era una persona feliz, activa, social tenía muchos amigos/as y si hacia ejercicio normalmente. No solía ir al centro de jubilados.

2-. ¿Cómo es su vida ahora? ¿Ha cambiado mucho?

Ahora está en la residencia y su vida si ha cambiado mucho. En general, por su enfermedad ha cambiado mucho ella.

3-. ¿Cuánto tiempo lleva en la residencia? (Menos de medio año, un año, más de un año, más de dos...)

Lleva 5 años en la residencia.

4-. ¿Cuál fue el principal motivo para venir a la residencia? ¿Fue para ti duro al principio? ¿Fue para él/ella duro al principio? ¿Cómo estáis ahora, mejor o igual?

El principal motivo fue que la diagnosticaron Alzheimer, para mí fue muy duro, para ella no tanto o no lo pudo expresar tanto. Ahora se está superando y estoy mejor, y ella está tranquila y está bien.

5-. ¿Alguna vez te ha dicho que no quiere estar en la residencia? ¿Cómo le hace sentir

vivir en la residencia, como te hace sentir a ti que él/ella viva aquí?

Ella ya no puede hablar, yo me siento tranquilo porque está muy bien cuidada y yo me siento bien con eso.

RELACIONES FAMILIARES

6-. ¿Con cuánta frecuencia o cuántas veces a la semana vienes a visitarle? ¿Recibe alguna visita de algún familiar más?

Yo estoy con ella todos los días, suelen ir también otros familiares a verla y a estar con ella, pero no van todos los días.

7-. ¿Alguna vez te ha dicho que se siente mejor cuando le visitas o que agradece mucho tu visita? Si no te lo ha dicho, ¿tú crees que se siente mejor cuando le visitas? ¿Por qué lo crees?

No me lo ha dicho como tal, pero yo noto que se siente mejor, solo con mirarle la cara te lo dice todo sin palabras....

RELACIONES SOCIALES

8-. ¿Tenía amigos antes de venir a la residencia con los que solía pasar tiempo? ¿Crees que eran o son importantes esas amistades para él/ella? ¿Le visitan? ¿Alguna vez te ha dicho que echa de menos a sus amistades?

Sí que tenía muchas amistades, alguna vez la han visitado en la residencia, pero ella no se acuerda de ellos.

9-. ¿Tiene amigos/as en la residencia?

En la residencia todos somos amigos, aunque ella por la enfermedad no pueda relacionarse cognitivamente bien.

ACTIVIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

10-. ¿Solía hacer antes de vivir en la residencia actividades con más gente como ir al centro de jubilados, jugar a las cartas, cursos, veía películas o telenovelas, escuchaba música, quedaba con las amigos/as, paseaba...?

Sí le gustaba mucho hacer actividades, una vez que enfermó seguía haciendo todo lo que le ponías. Hace además gimnasia.

11-. ¿Hace actividades en la residencia? ¿Crees que hacer actividades en la residencia le gusta o le ayuda? Si no hace actividades, ¿crees que le gustaría?

Sí en la residencia hay muchas actividades, y las hace todas las que puede y quiere.

12-. ¿Alguna vez te ha dicho que le gusta o que no le gusta hacer actividades en la residencia?

Como he mencionado antes no habla, pero sí que le gusta hacer todas las actividades o eso creo yo porque esta de mejor humor.

SOLEDAZ

13-. ¿Crees que es feliz en la residencia? ¿Si tuvieras que decir un aspecto negativo y otro positivo de la residencia, que dirías?

Como no hay otra solución tiene que estar, pero sí pienso que está feliz, porque el trato es muy bueno, cariñoso y digno.

14-. Si fueras tú quien vive en la residencia, ¿crees que sentirías soledad?

No sé, si tuviera una enfermedad tan avanzada no lo sé.

15-. ¿Alguna vez te ha dicho tu mujer/marido/familiar que siente soledad, que se siente solo/a? ¿Muchas? ¿Pocas? Si no te lo ha dicho, ¿tú crees que se siente solo/a?

No lo sé, sola no creo que se sienta porque hay muchas profesionales a su alrededor que se preocupan por ella y le hablan, aunque ella no les pueda hablar son muy buenas profesionales. Además, la familia también estamos con ella.

16-. ¿Por qué crees que se puede sentir solo/a?

Yo como su marido pienso que está muy maja, tranquila y en buena compañía. No creo que se sienta sola.

17-. ¿Qué crees que haría que se sintiera menos solo/a?

En la residencia en la que esta, tiene todas las atenciones para no sentirse sola, ni ella ni yo su marido. Ya que siempre han sido muy atentos con nosotros dos y estoy muy agradecido por ello.

ENTREVISTA A FAMILIAR 4

INSTITUCIONALIZACIÓN Y CAMBIO

1-. ¿Antes de que tu mujer/marido/familiar ingresara en la residencia, donde vivía? ¿Cómo era su vida antes, era una persona feliz, triste, activa, tranquila, social, hacía mucho ejercicio, hacía poco ejercicio, acudía al centro de jubilados...?

Vivía en su domicilio y era muy activa, le encantaba andar y pasear... hasta que perdió la vista.

2-. ¿Cómo es su vida ahora? ¿Ha cambiado mucho?

Es muy diferente, ha cambiado muchísimo, ya no solo el lugar en el que vive ha cambiado sino su situación, se han añadido más problemas de salud y hace vida cama-sillón.

3-. ¿Cuánto tiempo lleva en la residencia? (Menos de medio año, un año, más de un año, más de dos...)

Lleva 2 años y medio en la residencia.

4-. ¿Cuál fue el principal motivo para venir a la residencia? ¿Fue para ti duro al principio? ¿Fue para él/ella duro al principio? ¿Cómo estáis ahora, mejor o igual?

Estaba a temporadas con sus hijas, cada mes solía turnar, pero al vivir en diferentes ciudades los viajes le cansaban mucho por la edad y ya no quería ir de acá para allá.

5-. ¿Alguna vez te ha dicho que no quiere estar en la residencia? ¿Cómo le hace sentir

vivir en la residencia, como te hace sentir a ti que él/ella viva aquí?

La verdad que yo nunca le he escuchado decir nada, no he escuchado quejas, creo que lo tenía bastante asumido.

RELACIONES FAMILIARES

6-. ¿Con cuánta frecuencia o cuántas veces a la semana vienes a visitarle? ¿Recibe alguna visita de algún familiar más?

Una vez por semana. También va una de sus hijas 2-3 veces por semana y algún cuñado, aunque por la edad viven pocos.

7-. ¿Alguna vez te ha dicho que se siente mejor cuando le visitas o que agradece mucho tu visita? Si no te lo ha dicho, ¿tú crees que se siente mejor cuando le visitas? ¿Por qué lo crees?

Sí, lo verbalizaba con frecuencia. Se ponía muy contenta sobre todo cuando iban sus nietos a verle.

RELACIONES SOCIALES

8-. ¿Tenía amigos antes de venir a la residencia con los que solía pasar tiempo? ¿Crees que eran o son importantes esas amistades para él/ella? ¿Le visitan? ¿Alguna vez te ha dicho que echa de menos a sus amistades?

Sí tenía, pero una vez en la residencia le visitaban poco, los que quedaban con vida eran muy mayores y no se podían desplazar por lo que el contacto era por teléfono.

9-. ¿Tiene amigos/as en la residencia?

Sí, sí tiene. Nunca ha tenido problemas para relacionarse y se adapta bien a todo.

ACTIVIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

10-. ¿Solía hacer antes de vivir en la residencia actividades con más gente como ir al centro de jubilados, jugar a las cartas, cursos, veía películas o telenovelas, escuchaba música, quedaba con las amigos/as, paseaba...?

Sí, como he dicho era una persona muy activa, salía de paseo, leía, iba a un centro sociocultural de mayores, hacía excursiones programadas y también cosía mucho.

11-. ¿Hace actividades en la residencia? ¿Crees que hacer actividades en la residencia le gusta o le ayuda? Si no hace actividades, ¿crees que le gustaría?

Sí realiza alguna actividad, pero muy limitada por su estado de salud.

12-. ¿Alguna vez te ha dicho que le gusta o que no le gusta hacer actividades en la residencia?

Le gustaban, a medida que ha pasado el tiempo por la enfermedad ha tenido que dejar de hacer alguna actividad porque no podía.

SOLEDAZ

13-. ¿Crees que es feliz en la residencia? ¿Si tuvieras que decir un aspecto negativo y otro positivo de la residencia, que dirías?

No sabría responder si es feliz.

Positivo que siempre está acompañada y atendida, las 24 horas del día.

Y negativo que por lo general es muy impersonal.

14-. Si fueras tú quien vive en la residencia, ¿crees que sentirías soledad?

No lo creo, pero no lo sé.

15-. ¿Alguna vez te ha dicho tu mujer/marido/familiar que siente soledad, que se siente solo/a? ¿Muchas? ¿Pocas? Si no te lo ha dicho, ¿tú crees que se siente solo/a?

No. Sus quejas eran debidas a su estado de salud que le costaba mucho sobrellevarlo.

16-. ¿Por qué crees que se puede sentir solo/a?

17-. ¿Qué crees que haría que se sintiera menos solo/a?

ENTREVISTA A FAMILIAR 5

INSTITUCIONALIZACIÓN Y CAMBIO

1-. ¿Antes de que tu mujer/marido/familiar ingresara en la residencia, donde vivía? ¿Cómo era su vida antes, era una persona feliz, triste, activa, tranquila, social, hacía mucho ejercicio, hacía poco ejercicio, acudía al centro de jubilados...?

Vivía en su casa junto con su hijo de menor edad y la pareja sentimental de éste. No se mantenía activa, ni realizaba actividad alguna fuera de su vivienda, además no recibía los cuidados necesarios por parte de su hijo.

2-. ¿Cómo es su vida ahora? ¿Ha cambiado mucho?

Su vida desde que ha ingresado en la residencia ha cambiado notablemente, ha ampliado su círculo de amistades, realiza actividades físicas y recibe los cuidados que necesita.

3-. ¿Cuánto tiempo lleva en la residencia? (Menos de medio año, un año, más de un año, más de dos...)

Lleva en la residencia, concretamente en la residencia “Las laceras” situada en Balmaseda, un período de tiempo superior a seis años.

4-. ¿Cuál fue el principal motivo para venir a la residencia? ¿Fue para ti duro al principio? ¿Fue para él/ella duro al principio? ¿Cómo estáis ahora, mejor o igual?

Requería de unos cuidados específicos que sus dos hijos de mayor edad no podían proporcionarle debido a la falta de tiempo por sus trabajos y familias. Su hijo de menor edad que vivía con ella se comprometió a dárselos, pero al cabo de un breve período de tiempo pusimos observar que no solo no la cuidaba, sino que además provocó en ella

una situación económica desastrosa. Al principio nos resultó realmente duro puesto que era la primera vez que un familiar iba a residir en una residencia y observábamos en ella una gran incertidumbre.

Otro inconveniente por el que nos resultaba difícil esta situación era que la residencia asignada por el Gobierno Vasco se encontraba a una distancia considerable de nuestro lugar de residencia por lo que no íbamos a poder ir a verla tanto como lo deseado.

Con el paso del tiempo y se la observaba y nos comunicaba que se sentía cada vez más cómoda e integrada con el resto de personas, tanto educadores/as, enfermeros/as y resto de residentes. De hecho, nos surgió la duda de trasladarla a una más cercana al de unos años, pero nos dijo que en esa ya se sentía como en casa y que estaba muy cómoda por lo que optamos porque siguiera en la misma a pesar de la distancia.

5-. ¿Alguna vez te ha dicho que no quiere estar en la residencia? ¿Cómo le hace sentir vivir en la residencia, como te hace sentir a ti que él/ella viva aquí?

Al principio se encontraba en incertidumbre, no sabía si le iba a gustar vivir ahí o no. Con el paso del tiempo nos ha comunicado que está contenta que hacen muchas actividades y que ha hecho amistades. Los motivos que manifiesta por lo que no está contenta del todo son cuando tiene que compartir habitación con una compañera con la que no tiene afinidad o cuando no puede realizar todas las actividades que ella quiere o seguir la alimentación que más le gusta debido a la atención de los/as cuidadores/as. Es decir, ha perdido parte de su libertad de decisión.

RELACIONES FAMILIARES

6-. ¿Con cuánta frecuencia o cuántas veces a la semana vienes a visitarle? ¿Recibe alguna visita de algún familiar más?

Debido a la distancia podemos ir a visitarla una vez a la semana (domingos) y en épocas puntuales de menos tiempo una cada dos o tres semanas. Cuando vamos a visitarla vamos juntos un total de 5 o 6 familiares.

7-. ¿Alguna vez te ha dicho que se siente mejor cuando le visitas o que agradece mucho tu visita? Si no te lo ha dicho, ¿tú crees que se siente mejor cuando le visitas? ¿Por qué lo crees?

No nos lo dicho textualmente pero siempre muestra mucha alegría y gran cantidad de muestras de afecto a nosotros como caricias, besos, abrazos y miradas de cariño durante toda la visita. Además, “presume” con el resto de residentes mostrándoles la cantidad de familiares que han venido a verla.

RELACIONES SOCIALES

8-. ¿Tenía amigos antes de venir a la residencia con los que solía pasar tiempo? ¿Crees que eran o son importantes esas amistades para él/ella? ¿Le visitan? ¿Alguna vez te ha dicho que echa de menos a sus amistades?

No tenía grandes amistades antes de entrar a la residencia, con las personas con las que tenía mayor vínculo y relación ha sido siempre del entorno familiar. Aun así, hay familiares que no acuden a visitarla, muestra y conocemos sus deseos de que algún día vayan a visitarla.

9-. ¿Tiene amigos/as en la residencia?

Sí tiene amigos/as en la residencia con los/as que realiza las actividades diarias. Además, nos suele contar que tiene una muy buena relación debido al paso del tiempo con ellos/as con determinados/as enfermeros/as del centro con quienes comparte numerosas muestras de afecto.

ACTIVIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

10-. ¿Solía hacer antes de vivir en la residencia actividades con más gente como ir al centro de jubilados, jugar a las cartas, cursos, veía películas o telenovelas, escuchaba música, quedaba con las amigos/as, paseaba...?

No realizaba apenas actividades fuera del hogar, antes de jubilarse su día a día se basaba en trabajar en su negocio y volver a su casa. Una vez jubilada se reducía a estar en casa salvo fechas concretas como comuniones, cumpleaños, bodas, etc.

11-. ¿Hace actividades en la residencia? ¿Crees que hacer actividades en la residencia le gusta o le ayuda? Si no hace actividades, ¿crees que le gustaría?

Sí realiza actividades como pueden ser; gimnasia, juegos de mesa, pequeñas salidas por

el pueblo, mercadillos, etc. Todas ellas le gustan mucho especialmente las que consisten en salidas de la residencia en días de buen tiempo.

12-. ¿Alguna vez te ha dicho que le gusta o que no le gusta hacer actividades en la residencia?

Le gustan todas las actividades en general, las que le suponen de menor agrado es gimnasia los días que tiene que madrugar para hacerla.

SOLEDAZ

13-. ¿Crees que es feliz en la residencia? ¿Si tuvieras que decir un aspecto negativo y otro positivo de la residencia, que dirías?

Considero que es feliz en la residencia, está en continuo contacto y relación con personas de su edad con los que comparte gustos parecidos, realiza actividades y recibe los cuidados que necesita (desde que está en la residencia ha mejorado su salud). En cuanto a aspectos negativos puedo señalar el no poder recibir tantas visitas familiares como ella desearía.

14-. Si fueras tú quien vive en la residencia, ¿crees que sentirías soledad?

Depende de las relaciones que tuviera con mis familiares y amistades, y del tipo de relaciones que establecería con las personas que me rodeasen en la residencia. Podría sentirme o muy rodeada de gente que me quiere o realmente sola dependiendo de estas situaciones.

15-. ¿Alguna vez te ha dicho tu mujer/marido/familiar que siente soledad, que se siente solo/a? ¿Muchas? ¿Pocas? Si no te lo ha dicho, ¿tú crees que se siente solo/a?

Nunca nos lo ha transmitido, en alguna ocasión nos ha dicho que es como estar siempre de vacaciones con amigos en un hotel. Aun así, yo creo que cuando pasa un periodo de tiempo que ella considera grande sin ir a verla si puede sentirse sola.

16-. ¿Por qué crees que se puede sentir solo/a?

Considero que si lo hace es en momentos puntuales y viene relacionado a no poder mantener la relación con sus familiares que a ella le gustaría tener en todo momento.

17-. ¿Qué crees que haría que se sintiera menos solo/a?

Poder visitarla con mayor frecuencia y celebrar junto a ella días señalados como cumpleaños para que siga sintiéndose parte de nuestro día a día. Esta última idea la hemos iniciado desde hace un breve periodo de tiempo.

ENTREVISTA A FAMILIAR 6

INSTITUCIONALIZACIÓN Y CAMBIO

1-. ¿Antes de que tu mujer/marido/familiar ingresara en la residencia, donde vivía? ¿Cómo era su vida antes, era una persona feliz, triste, activa, tranquila, social, hacía mucho ejercicio, hacía poco ejercicio, acudía al centro de jubilados...?

Mi madre vivía con nosotros en casa, con mi padre y conmigo. Tenía una vida muy activa y feliz, iba a nadar y andar todos los días a Olarizu, también iba por las tardes a jugar a la carta, era muy sociable.

2-. ¿Cómo es su vida ahora? ¿Ha cambiado mucho?

Ha cambiado mucho. Ya estaba harta de estar en casa, porque se veía que no podía hacer nada, y era muy demandante y como llevaba 10 años en silla de ruedas eléctrica, decidió ir a una residencia a vivir, porque mi padre no podía con todo y yo estaba trabajando.

3-. ¿Cuánto tiempo lleva en la residencia? (Menos de medio año, un año, más de un año, más de dos...)

6 meses.

4-. ¿Cuál fue el principal motivo para venir a la residencia? ¿Fue para ti duro al principio? ¿Fue para él/ella duro al principio? ¿Cómo estáis ahora, mejor o igual?

De repente, empezó a caerse con mucha frecuencia y nos dijeron que tenía una

enfermedad degenerativa de la médula y nos cambiamos a una casa adaptada. Pero mi padre ya no podía con todo, yo trabajando y ella decidió irse a una residencia.

5-. ¿Alguna vez te ha dicho que no quiere estar en la residencia? ¿Cómo le hace sentir vivir en la residencia, como te hace sentir a ti que él/ella viva aquí?

Todos los días que vamos dice que se quiere marchar, que le tienen esperando para ir al baño y que no le hacen caso.

RELACIONES FAMILIARES

6-. ¿Con cuánta frecuencia o cuántas veces a la semana vienes a visitarle? ¿Recibe alguna visita de algún familiar más?

Mi padre va todos días, y yo voy 2-3 días a la semana por el trabajo. Sus hermanos van con frecuencia y sus sobrinas también.

7-. ¿Alguna vez te ha dicho que se siente mejor cuando le visitas o que agradece mucho tu visita? Si no te lo ha dicho, ¿tú crees que se siente mejor cuando le visitas? ¿Por qué lo crees?

Sí, cuando vamos se pone muy contenta y enseguida dice que quiere salir a tomar un café o dar un paseo y charlar, ya que está muy bien cognitivamente.

RELACIONES SOCIALES

8-. ¿Tenía amigos antes de venir a la residencia con los que solía pasar tiempo? ¿Crees que eran o son importantes esas amistades para él/ella? ¿Le visitan? ¿Alguna vez te ha dicho que echa de menos a sus amistades?

Los amigos no le visitan, no están bien y los desplazamientos les cuestan. Suele tener algún contacto telefónico.

9-. ¿Tiene amigos/as en la residencia?

No. Come con los de la mesa y habla con ellos pero no son sus amigos.

ACTIVIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

10-. ¿Solía hacer antes de vivir en la residencia actividades con más gente como ir al centro de jubilados, jugar a las cartas, cursos, veía películas o telenovelas, escuchaba música, quedaba con las amigas/as, paseaba...?

Le gustaba mucho ver las novelas, iba todos los domingos a misa y salía todos los días a pasear, nadar y jugar a las cartas. Al final ya no iba al club.

11-. ¿Hace actividades en la residencia? ¿Crees que hacer actividades en la residencia le gusta o le ayuda? Si no hace actividades, ¿crees que le gustaría?

Si hace actividades, se apunta a todas las excursiones porque está deseando salir de la residencia, le obligo a mi padre a comprar un coche nuevo adaptado para poder ir a las actividades y realizar excursiones. También, le gustan las relacionadas con la música.

12-. ¿Alguna vez te ha dicho que le gusta o que no le gusta hacer actividades en la residencia?

No, va contenta porque se distrae, participa en lo que quiere.

SOLEDAZ

13-. ¿Crees que es feliz en la residencia? ¿Si tuvieras que decir un aspecto negativo y otro positivo de la residencia, que dirías?

No es feliz porque ella echa de menos su casa, y a su familia, aunque le visitan con frecuencia y también su barrio.

Aspecto positivo que está atendida las 24 horas del día y que es una tranquilidad para mi padre y para mí, porque el dejarla sola nos generaba mucha intranquilidad por si se caía...

Aspecto negativo, el aislamiento, la soledad que siente y que es muy impersonal.

14-. Si fueras tú quien vive en la residencia, ¿crees que sentirías soledad?

Creo que sí, porque me gusta estar en contacto con la gente, pero con la gente que quiero y allí no puedes elegir eso.

15-. ¿Alguna vez te ha dicho tu mujer/marido/familiar que siente soledad, que se siente solo/a? ¿Muchas? ¿Pocas? Si no te lo ha dicho, ¿tú crees que se siente solo/a?

Si con frecuencia, manifiesta que no quiere estar allí y que no le hacen caso.

16-. ¿Por qué crees que se puede sentir solo/a?

Porque no está en su entorno, y se siente aislada y lejos de su casa, no tiene sus cosas y su familia con ella.

17-. ¿Qué crees que haría que se sintiera menos solo/a?

Conectar con la gente que tiene allí y hacer amistades, pero sobretodo que nuestras visitas sigan siendo diarias.

ANEXO 7. ENTREVISTAS PROFESIONALES TRANSCRITAS

ENTREVISTA A PROFESIONAL/EXPERTA 1

INSTITUCIONALIZACIÓN Y CAMBIO

1-. Por lo general, desde tu punto de vista como profesional/experta ¿cómo dirías que suelen ser las primeras semanas del ingreso para la persona residente y familiares?

Bueno pues al final, el ingreso en una residencia supone un cambio importante y sí que necesita un poco un período de adaptación, según marcan en libros referentes a este tema hablan de que es necesario un período de 3 meses yo no creo que sea tal.

En nuestro caso es mucho menor ese período, va bastante rápido, ayuda mucho el espacio y ambiente físico, la organización del centro, la concepción de como concebimos este trabajo...., pero bueno aún así los primeros días cuestan, al principio todo es nuevo, el sitio es nuevo,... el personal del que se encuentran rodeados es nuevo también, y sobre todo ese conocimiento de la persona para el trato independizado se va consiguiendo con el tiempo entonces bueno las primeras semanas es un poco de adaptación, ir situándose, teniendo confianza para saber cómo quieren que sea su día a día, y cómo quieren que se les cuide.

2-. ¿Consideras que esa situación inicial, con el paso del tiempo cambia? ¿Por qué?

Sí, sí por supuesto que cambia y mucho más pronto, de lo que se cree. Hay gente que se adapta muy rápido a la situación y no es algo traumático, por lo general, no suele ser una experiencia traumática para las personas residentes.

RELACIONES FAMILIARES

3-. ¿Es frecuente escuchar a las personas residentes verbalizar que no quieren estar en el centro?

Eh... en la mayoría de los casos viene de otras residencias y han probado otras alternativas, se ha intentado ya la alternativa de estar en casa y en la gran mayoría de los casos cuando llegan aquí es porque todo eso no ha sido posible, o porque el deterioro ha ido más y a pesar de tener ayuda en casa no pueden gestionarlo porque

haría falta una atención de 24 horas y no pueden gestionarlo y que la cosa funcione en el tiempo y otras veces sí que se dan muchos casos en lo que ha sido algo de repente que la persona vivía sola, que ha habido una caída, un ictus o un deterioro importante que le ha llevado al hospital, pues luego por no tener el tipo de recursos adecuados en casa, si que acuden al centro por una situación temporal y en algunos casos la persona refiere que estaría mejor en su casa, pero cuando vienen aquí es porque esa situación no es posible mantenerla en casa, incluso hay casos en los que nosotros aún siendo residencia, hay casos en los que nos vemos con dificultades en casos de demencia..

4-. Por lo general, ¿suelen recibir muchas visitas de familiares? ¿De quienes? ¿Esas visitas cuánto tiempo suelen durar?

Pues cada caso es un mundo, no hay una regla, es muy importante la relación previa que han tenido con su familia previa al ingreso, esa es la clave, si esa relación ha sido buena, si ha habido una frecuencia antes del ingreso aquí se suele cumplir y continuar con eso.

Hay otros casos en los que la relación previa no era buena o no existía ese contacto, igual aquí no se producen milagros, aquí tampoco se llegan a mejorar las cosas, entonces es un poco la realidad en la que estaban antes.

Entonces hay casos, con varios hijos/as y estos se organizan para hacer visitas a diario, que es lo más frecuente. Pero siempre hay casos particulares en los que la relación de base y previa no era buena y aquí sigue igual.

5-. ¿Es habitual escuchar que son sus familiares los responsables de que estén ahí? ¿Cómo observas que eso les hace sentir?

Bueno pues en algunos casos, en los casos que hablábamos al principio, en los cuales la persona está empeñada lo que quiere estar en su casa, en esos casos sí que se suele escuchar que culpabilicen a la familia. Pero creo que sin ser conscientes un poco de la imposibilidad de vivir solos en su casa aun con cuidados en el domicilio.

Creo que la familia una vez que toma esta decisión no lo hace ni por desentenderse, ni por comodidad, sino porque la situación con la persona no se puede atender correctamente en casa y la mayoría de las veces se ha intentado, y entra dentro de lo

normal echar de menos la casa, lo que pasa que ellos en algunos casos con cierta demencia también no son capaces de ver la dificultad y los contras de estar en el domicilio en esta situación.

6-. ¿Crees que las visitas familiares tienen efectos en las personas residentes las visitas de sus familiares? ¿Positivos o negativos? ¿Por qué?

Por supuesto que tienen efecto, aquí una vez que ingresan en el centro se intenta buscar esa continuidad de la relación familiar y se facilita tanto en horarios y actividades y es parte de la vida de la persona, el contacto familiar entonces poca diferencia hay en estar institucionalizado que no estarlo, si la persona viviera en su casa igualmente ese contacto familiar es necesario.

Por otra parte, creo que tiene efectos positivos porque somos seres sociales y realmente les hace sentirse yo creo que como en casa, el contacto familiar es un vínculo que no desaparece tras el ingreso, con lo cual todo se va normalizando ayuda pues eso, a sentirse queridos, sentir que alguien se preocupa por ti...

7-. ¿Alguna vez te han dicho o has escuchado que las visitas familiares les hacen sentir mejor, menos solos/as, o cuestiones similares?

Eh sí, de hecho, lo echan mucho en falta, o como si un día no viene el hijo o la hija, para ellos es un algo vital la familia y el sentimiento de soledad desaparece.

Es algo vital y no solo en el centro sino en su casa sería igual, yo creo que es un componente clave para afrontar el sentimiento de soledad, el sentirse arropados, queridos...

RELACIONES SOCIALES

8-. ¿Suelen tener visitas de amistades externas a la residencia? ¿Suelen verbalizar que son importantes para ellas las redes y vínculos sociales?

Aquí pasa un poco lo mismo que comentábamos antes, depende de si esas redes han existido anteriormente, si han tenido mucho vínculo con amigos, con vecinos esas personas suelen acabar viniendo a la residencia y esas personas guardan un poco el patrón de frecuencia que tenían anterior al ingreso.

En la gran mayoría de los casos, no existían esas relaciones sociales tan profundas para mantenerse en el tiempo. Aún, así como decimos cada uno es un mundo diferente y hay personas que no tienen hijos y el apoyo principal está fuera del núcleo familiar. Entonces cuando ha existido eso continúa, y toma el rol de la familia, porque es un apoyo vital el mantener el círculo social.

9-. Por lo general, ¿se establecen vínculos entre las personas residentes?

Si se establecen muchos vínculos también muchos rechazos entre ellos, es un reflejo de la vida misma, hay gente con la que conectan, con la que no se llevan bien... ellos tienden a juntarse un poco y compartir momentos y espacios con quien mejor se llevan.

Se establecen también en otras ocasiones relaciones y vínculos de ayuda muy bonitas, el que mejor está intenta cuidar al que está peor, están pendientes de ellos, les ayudan en lo que pueden o en compañía, la relación social aquí dentro entre los residentes también es clave.

ACTIVIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

10-. ¿Las actividades que se realizan en la residencia son obligatorias o voluntarias?

Aquí todo absolutamente todo es voluntario, se respeta la autodeterminación de la persona y la persona decide todo en su día a día, evidentemente se proponen unas actividades y la persona decide si quiere participar o no. Se expone un poco el beneficio que se consigue con cada actividad, pero nunca se obliga a participar.

11-. De manera general, ¿hay participación en las diferentes actividades que se realizan en la residencia?

Sí, hay bastante participación y hay un porcentaje alto. Es más importante el saber motivar que el obligar.

12-. ¿En cuestiones emocionales en que crees que les beneficia realizar dichas actividades?

Pues en primer lugar, la gran mayoría de actividades lo que permite es fortalecer las relaciones interpersonales, entonces eso ya es positivo.

Y bueno pues depende de la actividad se buscan unos objetivos, unas veces son físicos ya que el ejercicio está demostrado que es bueno para la persona y repercute positivamente en varias dimensiones de la persona, en su estado de ánimo...

Y también otro de nuestros objetivos es la estimulación cognitiva, que también tiene beneficios a nivel emocional ya que contra mejor se mantenga uno eso también influye en la parte emocional.

13-. ¿Alguna vez has escuchado que les gusta o no les gusta hacer las actividades propuestas por la residencia?

Una vez más, cada caso es individual entonces evidentemente hay gente que decide no participar y eso se respeta o hay personas que no participan activamente, pero sí de forma pasiva, es decir, no toman parte en la actividad, pero sí les gusta estar observando que es lo que hacen por lo que considero que eso también es otra manera de participar.

Luego hay diferentes actividades, se intenta tener en cuenta los gustos de ellos, ya que son previamente estudiados, lo que conlleva a que habrá algunas actividades que les gusten más y otras menos. Se trata un poco de que ellos puedan elegir que es lo que quieren y les apetece y que no.

SOLEDAZ

14-. ¿Crees que son felices en la residencia? ¿Si tuvieras que decir un aspecto negativo y otro positivo de la residencia, que dirías?

Sí, yo considero que sí son felices, incluso muchas veces nos sorprende recibir comentarios de personas que agradecen el hecho de estar en un centro por el tema de la soledad, no se sienten solos como cuando están en su casa, es muy frecuente porque hay personas que sí que vivían en el domicilio y el problema fundamental que tenían era un poco el de la soledad ya que los hijos pues están trabajando, y no pueden dedicar todo el tiempo que quisieran a sus padres por lo que pasan mucho rato solos, porque tampoco es muy frecuente que tengan un círculo social demasiado amplio a esta edad.. la gran mayoría de los casos el círculo social tiende a ser la familia y no mucho más, por lo que en casa ese sentimiento de soledad existe y una vez aquí ha podido verse

reducido o desaparecer y es algo positivo del centro que se ven más acompañados.

Si fuera un aspecto en general de las residencias generales, cosa que nosotros intentamos combatir, pues diría que no puedas decidir tu mismo tu día a día, eso sería lo que peor viviría, ni cuando te levantas, si prefieres comer ahora o un poco más tarde, si no me apetece garbanzos y me apetece una tortilla francesa, o si decido participar o no pero que sea libre el participar, si mis hijos no pueden venir a verme cuando quieran o puedan, eso sería negativo...

Por otra parte, lo que peor viviría como residente es no elegir con quien vivo, porque sí que es verdad que hay con gente con la que te llevas bien pero hay también con gente que no te llevas tan bien entonces para mí quizás sea eso lo más difícil.

Positivo, pues que tienes una atención continuada las 24 horas y que la familia puede aportar incluso mucho más que cuando estaba en casa porque la carga de trabajo y emocional no es tan grande y... el cuidador para poder cuidar tiene que sentirse bien y no verse sobrecargado, entonces aquí cuando vienen no vienen con tanta presión, sino que vienen a dedicar el tiempo de calidad a su padre o a su madre...

15-. Si fueras tú quien vive en la residencia, ¿crees que sentirías soledad?

Yo creo que la clave para no sentir soledad sería que mi círculo familiar y social estuviera ahí. Yo creo que eso es la gran clave., porque por mucho que el personal sea amable, cariñoso... no pueden suplir el núcleo social de la persona, es insustituible.

Entonces sentiría una gran soledad si mi círculo no estuviera ahí.

16-. ¿Alguna vez te han dicho o has escuchado que sienten soledad, que se sienten solos/as? ¿Muchas? ¿Pocas? Si no te lo ha dicho, ¿tú crees u observas que se sienten solos/as?

17-. ¿Por qué crees u observas que se pueden sentir solos/as?

(Unidas)

Aquí vuelvo a lo mismo, si la familia apoya no creo que haya sensación de soledad. La clave es la familia, porque aquí dentro de la residencia yo creo que con el tiempo se

acaban haciendo y acaban buscando afinidad con algún compañero, con personas del equipo yo creo que la soledad pueden sentirla más cuando el hijo no viene a verme, cuando han pasado no sé cuantos días y no ha llamado, no ha venido y no veo preocupación en el... yo creo que esa es la mayor soledad.

TIEMPO DE INSTITUCIONALIZACIÓN Y CAMBIO

18-. ¿Crees que el tiempo de institucionalización, es decir, de estancia en la residencia influye en el sentimiento de soledad?

19-. ¿Crees que el sentimiento de soledad es mayor al principio o que aumenta con el paso del tiempo?

(Unidas)

Yo creo que el tiempo es favorable para adaptarse al centro, entonces una vez adaptados y detectados que personas son las que a mí me agradan y con las que estoy a gusto, y me hacen sentir bien y voy buscando también los espacios que me provocan mayor bienestar y combaten el sentimiento de soledad.

Entonces, cuanto más tiempo lleven yo creo que el sentimiento de soledad se reduce porque todo tiende a normalizarse más, entonces normalizar la vida como antes del ingreso con lo cual no llega a perder nunca el contacto con la familia, al igual que antes del ingreso entonces no creo que haya diferencia en el sentimiento de soledad respecto antes del ingreso y después e incluso si tuviera que haber una diferencia yo creo que sería beneficiosa porque aquí dentro siguen contando con el apoyo familiar que ya tenían y aquí se establecen nuevos vínculos con otras personas residentes, con personas del equipo y con sus familiares .

SOLEDA

20-. ¿Qué crees que haría que se sintieran menos solos/as?

Creo que sería un tema a tratar dentro del equipo de profesionales, y haría falta un mayor apoyo primeramente por nuestra parte y dedicarle un mayor apoyo a esa persona, dedicarle un mayor tiempo a esa persona y estar pendientes en cada turno. Por otra, parte animarle a participar en las actividades y pensar estrategias que

disminuyeran ese sentimiento.

ENTREVISTA A PROFESIONAL/EXPERTA 2

INSTITUCIONALIZACIÓN Y CAMBIO

1-. Por lo general, desde tu punto de vista como profesional/experta ¿cómo dirías que suelen ser las primeras semanas del ingreso para la persona residente y familiares?

Depende de cómo haya sido el proceso, porque hay veces que ha sido un proceso más progresivo vienen a ver la residencia antes, se les informa de que van a venir entonces aquí la adaptación siempre es más fácil.

En cambio, cuando tienen que venir por algún proceso agudo como alguna fractura o alguna hospitalización, que tienen que venir de golpe es un poco más difícil la adaptación porque no se lo esperan, pero cuando es progresiva siempre va a ser más fácil el proceso de adaptación.

Yo creo que siempre es importante, explicarle a la persona primero, que conozca el centro, a los profesionales y todo eso...

2-. ¿Consideras que esa situación inicial, con el paso del tiempo cambia? ¿Por qué?

Sí, sí claro, al mes o así ya suelen estar más adaptados. Ya suelen estar en grupitos, con la gente que más o menos son afines aquí en el centro y luego ya se van adaptando a las rutinas de la residencia, a las rutinas de las actividades...

Al principio es normal vienen nuevos a un sitio, son rutinas que no conoces, gente que no conocen para hacerles las AVDs, tienen que invadir su intimidad, entonces al principio siempre es más complicado, pero con el tiempo ya pues al mes o así suelen estar adaptados si no hay ningún proceso concreto y específico que lo dificulte, que no es lo normal.

RELACIONES FAMILIARES

3-. ¿Es frecuente escuchar a las personas residentes verbalizar que no quieren estar en

el centro?

Tanto como frecuente diría que no, pero yo sí que he visto casos en los que no quieren estar en el centro, suelen ser casos cuando vienen de situaciones familiares, igual estaban viviendo con un hijo o una hija y ya este/a no podía hacerse cargo de ellos porque ha aumentado su dependencia entonces vienen un poco obligados a la residencia.

En esos casos, sí que hay veces que existe un sentimiento de abandono por parte de los hijos/as, no porque mi hijo me ha traído aquí... yo no quería venir... me ha engañado...

Pero no es la mayoría, son pocos casos. La gente suele entender que los hijos tienen que tener su independencia y que no pueden estar cargando siempre con su cuidado sobre todo cuando ya son muy dependientes.

4-. Por lo general, ¿suelen recibir muchas visitas de familiares? ¿De quienes? ¿Esas visitas cuánto tiempo suelen durar?

Hay de todo, hay familiares que suelen estar aquí todo el día, un rato por la mañana y otro por la tarde... vienen todos los hijos, los nietos... y hay usuarios que en años no conoces a los familiares. Hay de todo.

Generalmente, suelen ser hijos o nietos los que vienen, a veces nueras...

La duración de las visitas depende, hay usuarios que sus familiares que quedan en las actividades y las hacen con ellos y todo, pero hay otros que hacen la visita del médico que también es entendible porque tienen su vida y por lo menos pasan, acompañan a su madre y la saludan.

Hay familiares que incluso se implican cuando hay que intervenir como paso en el caso de una usuaria que tenía problemas para realizar las AVDs pues la hija se implicó y venía a levantar y asear a su madre... porque con las auxiliares no se quería levantar, entonces hay familiares que se implican mucho y otros que bien sea por su situación o lo que sea que no tanto.

5-. ¿Es habitual escuchar que son sus familiares los responsables de que estén ahí? ¿Cómo observas que eso les hace sentir?

Es lo que te digo, hay veces que sí que tienen esa sensación de abandono, pero no es lo habitual ni es la mayoría. Hay casos de que, sí que tienen esa sensación de que su hijo o hijo se ha casado y les ha dejado ahí, hay casos hay que tener en cuenta que las personas mayores a veces tienen estas ideas y tienen a ir asociadas al envejecimiento y pues influyen en estos pensamientos negativos, pero no es la norma.

6-. ¿Crees que las visitas familiares tienen efectos en las personas residentes las visitas de sus familiares? ¿Positivos o negativos? ¿Por qué?

Sí, positivos siempre. Ellos, solo hay que ver cuando aparece el familiar por la puerta como se les cambia la cara. Siempre están deseando que vengan sus familiares. Yo creo que es lo que más les gusta.

En su vida diaria lo que más les gusta es cuando viene su familia a visitarles.

7-. ¿Alguna vez te han dicho o has escuchado que las visitas familiares les hacen sentir mejor, menos solos/as, o cuestiones similares?

Claro, sí lo verbalizan frecuentemente.

RELACIONES SOCIALES

8-. ¿Suelen tener visitas de amistades externas a la residencia? ¿Suelen verbalizar que son importantes para ellas las redes y vínculos sociales?

En algunos casos, yo sí he visto pero no suele ser muy frecuente. Sí suelen verbalizar que son importantes, pero al ser mayores, las personas con las que ellos se relacionaban al final son también de esa misma generación, y entonces el problema de relacionarse también con esas amistades que tenían es que igual ellos no se pueden desplazar, están igual en otras residencias, y se va perdiendo el vínculo... Pero me parece importante.

9-. Por lo general, ¿se establecen vínculos entre las personas residentes?

Sí normalmente, sí se establecen. Se hacen como grupillos con personas afines, hay gente que no que prefiere hacer vida en su habitación y no se relaciona mucho, algún caso hay por ahí, pero normalmente por norma general sí se suelen relacionar.

ACTIVIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

10-. ¿Las actividades que se realizan en la residencia son obligatorias o voluntarias?

Hay actividades obligatorias como la realización de las AVDs como son la ducha, el aseo, el comer y así...

Y luego las actividades de tiempo libre y ocio o rehabilitación eso sí son voluntarias y no se le puede obligar a nadie.

11-. De manera general, ¿hay participación en las diferentes actividades que se realizan en la residencia?

Sí suele haber bastante participación. Ahora mismo tengo bastante participación, aunque haya gente que no suela venir.

En un sitio pequeñito como este es complicado para hacer grupos porque en otros sitios más grandes hacen grupos y puedes trabajar algo con demencia avanzada, o tal pero cuando estás en un sitio pequeñito es complicado meter a las demencias avanzadas porque no pueden alcanzar el nivel de los otros, y al final se vienen en una actividad como la estimulación cognitiva pues al final se alteran porque se hablan de cosas que ellos no entienden, y se ponen nerviosos entonces no se pueden hacer la misma actividad para todos.

12-. ¿En cuestiones emocionales en que crees que les beneficia realizar dichas actividades?

Hombre beneficiarles, está claro que les beneficia. Mantener el tiempo ocupado yo creo que es fundamental, el sentirse valioso, útil, sentir que hacen cosas es fundamental sino que hace todo el día aquí... Levantarse y desayunar todos los días lo mismo, el mismo horario todos los días, las mismas personas todos los días... si no hiciesen actividades o no viniésemos perderían todo lo que contrarresta eso por lo menos así dicen el lunes y el miércoles viene la terapeuta, el jueves y viernes viene la fisio... y ellos ya tienen un estímulo, algo que hacer. Porque si no todos los días serían iguales, imagínate.

13-. ¿Alguna vez has escuchado que les gusta o no les gusta hacer las actividades

propuestas por la residencia?

Hombre hay de todo. Hay gente que no les gusta las actividades y también hay que respetarlo. Si yo le ofrezco a alguien hacer gerontogimnasia y no quiere hacerla porque me dice que lleva trabajando toda su vida y que no quiere hacerla, pues hay que respetar o a veces que te dicen que no que no quieren ir y es respetable. Pero por lo general hay mucha participación.

SOLEDAZ

14-. ¿Crees que son felices en la residencia? ¿Si tuvieras que decir un aspecto negativo y otro positivo de la residencia, que dirías?

En la mayoría yo creo que sí, yo creo que están a gusto. El año pasado cuando me puse a hacer las entrevistas para los PAIS y pasé las encuestas de satisfacción y en su mayoría lo tienen aceptado y están bastante a gusto. Y también, es que en este centro es diferente, no es una residencia normal tipo hospital y eso influyen también.

Como aspecto positivo diría en concreto de esta residencia y posible aplicable a otras el tipo de atención y espacio centrado en la persona y su calidad de vida. Ya que creo que influye mucho.

Y negativo que al final es una institución entonces al final, aunque quieras personalizar los cuidados es una institución, tienes que mirar por el bien común y al final hay cosas que no se pueden adaptar. Al final la hora de la comida siempre va a ser la hora de la comida, aunque un día determinado se pueda adaptar, al final es la misma comida para todos, cosas de institución que son normales, pero no es lo mismo que en casa, obviamente.

15-. Si fueras tú quien vive en la residencia, ¿crees que sentirías soledad?

Pues no lo creo, es que a mí me gusta mucho estar sola entonces sería como alguna usuaria que tenemos por ahí que esta todo el día en la habitación.

16-. ¿Alguna vez te han dicho o has escuchado que sienten soledad, que se sienten solos/as? ¿Muchas? ¿Pocas? Si no te lo ha dicho, ¿tú crees u observas que se sienten solos/as?

Sí a veces sí. Sobre todo, no por la residencia en sí, ellos tienen más esa sensación con los familiares, la soledad, pero no en relación a la residencia al final aquí no están solos nunca.

17-. ¿Por qué crees u observas que se pueden sentir solos/as?

Por la familia, solos en relación con la familia. Solos en relación no me visitan... Otros tienen a su familia aquí todo el día, pero las personas que no vienen sus familiares sí sienten ese abandono y esa sensación de soledad.

TIEMPO DE INSTITUCIONALIZACIÓN Y CAMBIO

18-. ¿Crees que el tiempo de institucionalización, es decir, de estancia en la residencia influye en el sentimiento de soledad?

19-. ¿Crees que el sentimiento de soledad es mayor al principio o que aumenta con el paso del tiempo?

(UNIDAS)

Depende de cada caso, pero por norma general es peor al principio porque de repente es un cambio en su vida, se tienen que adaptar a vivir aquí, y es como esa sensación de que les han abandonado y que les han metido en una institución obligados y tal. Y eso es en general, y que luego cuando empiezan aquí a hacer relaciones y todo eso, eso se reduce.

Pero hay otros casos en los que es al revés porque la familia no viene. Entonces si eso se prolonga en el tiempo o si tienen mala relación familiar, que también hay casos que tienen un hijo con el que no se hablan o no viene a verle, eso con el paso del tiempo va haciendo más mella, más mella en la persona.

SOLEDADE

20-. ¿Qué crees que haría que se sintieran menos solos/as?

A parte de lo que podemos hacer desde la institución que es proporcionarles actividades, también el apoyo por parte de las cuidadoras, sentarse con ellos,

preocuparse por ellos, hablar con ellos, no solo ocuparse de los cuidados físicos...

Yo creo que lo que más más, como ya hemos hablado, es el tema de los familiares, yo creo que a ellos lo que más les importa son sus familiares al final, que por mucho que nosotras hagamos desde aquí ellos lo que más valoran es la visita de los familiares.

ENTREVISTA A PROFESIONAL/EXPERTA 3

INSTITUCIONALIZACIÓN Y CAMBIO

1-. Por lo general, desde tu punto de vista como profesional/experta ¿cómo dirías que suelen ser las primeras semanas del ingreso para la persona residente y familiares?

Bueno... pues cuando vienen están desubicadas, diría que el período de adaptación más o menos suele durar desde los primeros quince días o primer mes, y en algunos casos más hasta un máximo de 6 meses.

Lo pasan mal hasta que se habitúan a la nueva rutina, a la casa, al sistema, como a las normas digamos de las normas de convivencia, pero bueno, por lo general, se suelen adaptar bastante bien y rápido.

2-. ¿Consideras que esa situación inicial, con el paso del tiempo cambia? ¿Por qué?

Si va cambiando y cambia mucho. Al principio vienen como más retraídos la gente, da igual que sea hombre que mujer que con el tiempo pues le ofreces esa confianza de que van a estar bien cuidados y tal... Por ejemplo, xxxx al llegar no se tenía en pie solo quería morirse, y ahora con los cuidados esta fenomenal y quiere vivir 10 años más para ver a sus nietos crecer.

RELACIONES FAMILIARES

3-. ¿Es frecuente escuchar a las personas residentes verbalizar que no quieren estar en el centro?

Sí, al principio sí. Hombre claro si vienen de sus casas el cambio es abismal, están en su casa ya que en su casa tienen todo, conocen el entorno y cuando vienen aquí se sienten como desplazados.

El principal por decirlo así de alguna manera, la negatividad que tienen de estar aquí es “hay mis hijos que no me quieren tener en casa porque tal cual”, entonces eso es lo que más les cuesta.

4-. Por lo general, ¿suelen recibir muchas visitas de familiares? ¿De quienes? ¿Esas visitas cuánto tiempo suelen durar?

Sí suelen tener muchas visitas, sobre todo generalmente suelen ser hijos/as y en algún caso también nietas/os.

La duración es depende de la familia, hay algunas que justo vienen a citas médicas, pero por lo general que suelen ser a las tardes no duran menos de una hora. Ya que suelen salir de paseo y a tomar café, a hacer compra... Después de la merienda 5:30-6 menos cuarto hasta las 7, 7 pasadas ya suelen estar.

5-. ¿Es habitual escuchar que son sus familiares los responsables de que estén ahí? ¿Cómo observas que eso les hace sentir?

En la mayoría de los casos sí, sobre todo al principio. Se enfadan muchísimo.

6-. ¿Crees que las visitas familiares tienen efectos en las personas residentes las visitas de sus familiares? ¿Positivos o negativos? ¿Por qué?

Sí, sí positivos. A ver... a veces tienen el sentimiento de que les dejan en la residencia como para olvidarse o liberarse, pero cuando ven que no es así y que la familia viene, se preocupa y tal... pues eso les tranquiliza más, de estar aquí, es muy positivo para ellos, que vean que vienen a verles, a salir con ellos de paseo.

7-. ¿Alguna vez te han dicho o has escuchado que las visitas familiares les hacen sentir mejor, menos solos/as, o cuestiones similares?

Sí, hay gente que cuando viene la animadora y dice “venga vamos a salir de paseo” le dicen no, no que estoy esperando porque viene mi hijo/a y salgo con ellos.

Ellos saben y se acuerdan aquellas personas que pueden de que van a venir y esto les produce sentimientos positivos. Y muchas veces lo verbalizan.

RELACIONES SOCIALES

8-. ¿Suelen tener visitas de amistades externas a la residencia? ¿Suelen verbalizar que son importantes para ellas las redes y vínculos sociales?

Sí alguna vez sí, pero son menos frecuentes. Sobre todo, suelen ser vecinas. Menos habitual que la familia, quizás 1 vez al mes, en algún caso concreto 1 vez a la semana, pero no es lo normal.

En el caso de (...) su amigo viene 1 vez por semana, generalmente los lunes no sé si habrás coincidido tú con el...

9-. Por lo general, ¿se establecen vínculos entre las personas residentes?

Sí, sí por supuesto. Hay algunos que se llevan mejor y otros peor, pero sí... Al final están pendientes unos de otros, si esta alguien ingresado enseguida preguntan por él/ella... Y sí se preocupan, al final ellos son una familia y comparten mucho tiempo y espacio juntos.

Y son los que conviven entonces se preocupan unos de otros. Sí es verdad.

ACTIVIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

10-. ¿Las actividades que se realizan en la residencia son obligatorias o voluntarias?

Son voluntarias, quien quiere las hace y quien no, no.

11-. De manera general, ¿hay participación en las diferentes actividades que se realizan en la residencia?

Sí, bastante, suele haber bastante participación.

12-. ¿En cuestiones emocionales en que crees que les beneficia realizar dichas actividades?

Jo pues al final, yo creo que desconectan de la monotonía de las rutinas y tiempo

muerto de la residencia. Y entonces les viene súper bien cuando vienen la animadora y les dice “hoy tal o cual”, como ella tiene estructurado cada día de la semana con actividades y tienen cada día una cosa.

Cuando juegan al bingo, ahí están todas ya preparadas para jugar, cuando se va a cocinar enseguida preguntan qué es, y luego son muy críticas “ah pues no nos ha salido bien, ah pues no está muy bueno... hay que cambiar este ingrediente o este otro...”

13-. ¿Alguna vez has escuchado que les gusta o no les gusta hacer las actividades propuestas por la residencia?

Sí bueno generalmente lo suelen decir. También hay alguna que no le gusta hacer nada, y otras que igual por problemas de audición se pierden, pero otras que saben lo que van a hacer hoy quiero o hoy no quiero, eso también porque hay días que no quieren.

SOLEDAD

14-. ¿Crees que son felices en la residencia? ¿Si tuvieras que decir un aspecto negativo y otro positivo de la residencia, que dirías?

Sí, yo creo que sí son felices.

Aspecto positivo yo creo que para ellos es que si su familia no les puede cuidar aquí están atendidos y el que está bien cognitivamente lo valora porque lo ve y negativo, claro están fuera de su casa y eso sí que lo tienen ahí un poco grabado a fuego... El que por muy bien que se esté, no es su casa.

15-. Si fueras tú quien vive en la residencia, ¿crees que sentirías soledad?

Pff... pues es que no sé cómo lo plantearía, es que depende pensaría no me queda otra, y no estaría sola porque estaría acompañada 24 horas para cualquier cosa.

Momentos en soledad al final tenemos todos, estemos donde estemos, vivas sola en tu casa o aquí. Porque por ejemplo yo vivo en mi casa con mis hijos, pero hay momentos en los que estoy sola porque no están, porque están estudiando y tal... y estoy sola y yo creo que aquí esos momentos también los tienen y sería mayor en sus casas.

Sobretudo yo creo que, al acostarse, dándoles vueltas a las cosas, el resto del día que

estamos con cosas y tal, yo creo que no, porque al final pasas a su lado le saludas, charlas, le ayudas o te ayuda, no sé yo creo que no...

16-. ¿Alguna vez te han dicho o has escuchado que sienten soledad, que se sienten solos/as? ¿Muchas? ¿Pocas? Si no te lo ha dicho, ¿tú crees u observas que se sienten solos/as?

No, no manifiestan que se encuentren solos. Hombre siempre hay alguno que dice jo pues mis hijos/as no han venido, no van a venir o no se....

Esta muy unido con las relaciones y visitas familiares. De si vienen o no y ese contacto, que de no tenerlo si se sienten solos.

17-. ¿Por qué crees u observas que se pueden sentir solos/as?

Esta muy unido con las relaciones y visitas familiares. De si vienen o no y ese contacto, que de no tenerlo si se sienten solos.

TIEMPO DE INSTITUCIONALIZACIÓN Y CAMBIO

18-. ¿Crees que el tiempo de institucionalización, es decir, de estancia en la residencia influye en el sentimiento de soledad?

19-. ¿Crees que el sentimiento de soledad es mayor al principio o que aumenta con el paso del tiempo?

(UNIDAS)

Sí, al principio. Yo creo que es mayor al principio, yo creo que al principio esa sensación de me dejan aquí yo creo que es lo que les cuesta. Luego una vez que están adaptados yo creo que no, todo fluye...

SOLEDA

20-. ¿Qué crees que haría que se sintieran menos solos/as?

Una charla les viene súper bien, solo el momento de estar con ellos, escuchándoles a que te cuenten sus cosas eso, yo creo que luego se van mucho mejor a donde vayan. Por ejemplo, hoy (...) me ha dicho me voy al médico y estaba preocupada porque no

iba a estar en la hora de la comida y le digo tranquila que se te guarda la comida, pues ya se ha ido con otra tranquilidad. Ya le quitas la preocupación y esa angustia que tiene, en este caso de no llegar a comer.

ENTREVISTA A PROFESIONAL/EXPERTA 4

INSTITUCIONALIZACIÓN Y CAMBIO

1-. Por lo general, desde tu punto de vista como profesional/experta ¿cómo dirías que suelen ser las primeras semanas del ingreso para la persona residente y familiares?

Considero que son semanas de expectación y desconcierto por lo que supone adaptarse a un nuevo entorno y de duelo por tener que abandonar la casa propia y los hábitos de toda una vida.

2-. ¿Consideras que esa situación inicial, con el paso del tiempo cambia? ¿Por qué?

Las personas mayores tienen capacidad para adaptarse y asumir normas nuevas, conocer otra gente...

RELACIONES FAMILIARES

3-. ¿Es frecuente escuchar a las personas residentes verbalizar que no quieren estar en el centro?

Sí. Puede ser algo común. En general, todos prefieren su casa y asumen la residencia como algo impuesto o necesario.

4-. Por lo general, ¿suelen recibir muchas visitas de familiares? ¿De quienes? ¿Esas visitas cuánto tiempo suelen durar?

Las visitas familiares son frecuentes, mayormente dependiendo del tipo de familiar que sea son casi diarias. Algunas excepciones, por las tardes. Conyugue, hijos, hermanos sobrinos...

5-. ¿Es habitual escuchar que son sus familiares los responsables de que estén ahí?
¿Cómo observas que eso les hace sentir?

No siempre. A veces reconocen la necesidad de una atención especializada por su discapacidad o circunstancias especiales.

6-. ¿Crees que las visitas familiares tienen efectos en las personas residentes las visitas de sus familiares? ¿Positivos o negativos? ¿Por qué?

Las personas residentes agradecen y viven muy positivamente las visitas de familia y amigos. Son un punto de referencia y recuerdo de su vida anterior.

7-. ¿Alguna vez te han dicho o has escuchado que las visitas familiares les hacen sentir mejor, menos solos/as, o cuestiones similares?

Con frecuencia esperan la visita prevista o reclaman a la familia que sea más frecuente. Agradecen mucho la de los nietos/as.

RELACIONES SOCIALES

8-. ¿Suelen tener visitas de amistades externas a la residencia? ¿Suelen verbalizar que son importantes para ellas las redes y vínculos sociales?

En ocasiones y sobre todo al principio, amigos o vecinos acuden a visitarles, pero es difícil mantener ese vínculo.

9-. Por lo general, ¿se establecen vínculos entre las personas residentes?

Suelen ser relaciones de cordialidad.

En ocasiones se producen enamoramientos y hasta hemos asistido a alguna boda de residentes.

ACTIVIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

10-. ¿Las actividades que se realizan en la residencia son obligatorias o voluntarias?

Voluntarias

11-. De manera general, ¿hay participación en las diferentes actividades que se realizan en la residencia?

En general sí. Misas, actuaciones musicales y fiestas tienen gran aceptación.

12-. ¿En cuestiones emocionales en que crees que les beneficia realizar dichas actividades?

Rompen la monotonía de los días, comparten tiempo y espacio con otras personas residentes y sus familias.

13-. ¿Alguna vez has escuchado que les gusta o no les gusta hacer las actividades propuestas por la residencia?

En ocasiones hay personas que se niegan a asistir. Otras acceden a ir con un pequeño estímulo.

SOLEDAD

14-. ¿Crees que son felices en la residencia? ¿Si tuvieras que decir un aspecto negativo y otro positivo de la residencia, que dirías?

Creo que la felicidad es algo muy amplio, íntimo y personal.

La residencia suele ser una situación impuesta, pero a su vez impulsa a compartir.

15-. Si fueras tú quien vive en la residencia, ¿crees que sentirías soledad?

Creo que sí pero intentaría compensarla.

16-. ¿Alguna vez te han dicho o has escuchado que sienten soledad, que se sienten solos/as? ¿Muchas? ¿Pocas? Si no te lo ha dicho, ¿tú crees u observas que se sienten solos/as?

Creo que la soledad va unida también en gran medida a la percepción de tus limitaciones, y a tu camino de vida. Si las personas han perdido mucha capacidad y relaciones, la soledad está más presente.

17-. ¿Por qué crees u observas que se pueden sentir solos/as?

A veces porque no se les tiene en cuenta sobre el desarrollo de su vida, enfermedad o decisiones.

TIEMPO DE INSTITUCIONALIZACIÓN Y CAMBIO

18-. ¿Crees que el tiempo de institucionalización, es decir, de estancia en la residencia influye en el sentimiento de soledad?

No necesariamente. Solo si ese tiempo significa una pérdida total de relaciones externas por enfermedad u otras cuestiones.

19-. ¿Crees que el sentimiento de soledad es mayor al principio o que aumenta con el paso del tiempo?

Dependerá de la persona. Al principio si tiene sensación de abandono la soledad será mayor. Si se adapta y siente cariño y compañía puede ser compensada.

SOLEDADE

20-. ¿Qué crees que haría que se sintieran menos solos/as?

Hacerles partícipes y con poder de decisión y opinión sobre las decisiones que afectan a su vida, a la convivencia, a las tareas, etc.

ENTREVISTA A PROFESIONAL/EXPERTA 5

INSTITUCIONALIZACIÓN Y CAMBIO

1-. Por lo general, desde tu punto de vista como profesional/experta ¿cómo dirías que suelen ser las primeras semanas del ingreso para la persona residente y familiares?

Las primeras semanas suelen estar llenas de nerviosismo y expectativas. Se necesita un tiempo para situarse, conocer tanto el entorno, como las demás personas residentes y profesionales. Poco a poco, van adaptándose en las horas del centro, conociendo las

normas que hay, el funcionamiento, sus derechos y obligaciones...

Es un proceso duro, sobre todo si vienen de sus casas donde el funcionamiento lo marcaban ellos/as.

2-. ¿Consideras que esa situación inicial, con el paso del tiempo cambia? ¿Por qué?

Sí, según pasa el tiempo el centro en la mayoría de los casos acaba convirtiéndose en su hogar.

RELACIONES FAMILIARES

3-. ¿Es frecuente escuchar a las personas residentes verbalizar que no quieren estar en el centro?

No es algo frecuente, pero sí hay personas que no quieren estar en la residencia, incluso no llegando a adaptarse nunca, aunque cabe decir que son una minoría.

4-. Por lo general, ¿suelen recibir muchas visitas de familiares? ¿De quienes? ¿Esas visitas cuánto tiempo suelen durar?

Por lo general sí reciben muchas visitas. Sobre todo, del cónyuge e hijos e hijas. Las visitas del resto de familiares no son tan frecuentes, pero normalmente los hijos se organizan para que todos los días tengan visitas.

La duración de la mayoría de las visitas, por lo general suele durar entre media hora a hora y media como mucho. Aunque en momentos puntuales puedan durar algo más no suele ser habitual.

5-. ¿Es habitual escuchar que son sus familiares los responsables de que estén ahí? ¿Cómo observas que eso les hace sentir?

No es habitual pero sí se les oye. Eso les hace sentirse abandonados. Ellos han cuidado de sus padres y esperan que sus hijas e hijos cuiden de ellos/as y cuando se ven en la residencia les hace tener ese sentimiento de abandono porque no es lo que ellos/as habrían hecho.

6-. ¿Crees que las visitas familiares tienen efectos en las personas residentes las visitas

de sus familiares? ¿Positivos o negativos? ¿Por qué?

Sí, por supuesto que sí. Tienen efecto y normalmente positivo. Personas que durante el día puedan estar nerviosas, tristes o incluso enfadas, cambian de actitud en cuanto vienen a verlas.

7-. ¿Alguna vez te han dicho o has escuchado que las visitas familiares les hacen sentir mejor, menos solos/as, o cuestiones similares?

Sí, incluso he tenido que solicitar a algunas familias que vengan más a menudo, viendo el efecto que tienen en la persona residente.

RELACIONES SOCIALES

8-. ¿Suelen tener visitas de amistades externas a la residencia? ¿Suelen verbalizar que son importantes para ellas las redes y vínculos sociales?

En menor medida, pero sí que a algunos residentes les visitan amigos, vecinos etc. Esas visitas son más puntuales y cortas pero muy bien recibidas.

9-. Por lo general, ¿se establecen vínculos entre las personas residentes?

Sí. Tanto entre ellas como entre sus familiares. Algunos pasan a ser uno/a más de la familia. Ya que al final comparten muchas veces mucho tiempo en la residencia, e incluso pueden compartir hasta habitación.

ACTIVIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

10-. ¿Las actividades que se realizan en la residencia son obligatorias o voluntarias?

Todas las actividades son voluntarias. Las personas participan según sus gustos y preferencias.

11-. De manera general, ¿hay participación en las diferentes actividades que se realizan en la residencia?

Por lo general sí. Hay una participación muy alta, llegando incluso a tener problemas de espacio.

12-. ¿En cuestiones emocionales en que crees que les beneficia realizar dichas actividades?

Mientras las realizan no están pensando en sus problemas, familiares, enfermedades etc. y les activa tanto físicamente como psíquicamente.

13-. ¿Alguna vez has escuchado que les gusta o no les gusta hacer las actividades propuestas por la residencia?

Sí, tenemos costumbre de preguntarles a menudo para valorar la percepción que tienen de las actividades, si les gustan, si se les hacen largas etc.

SOLEDAZ

14-. ¿Crees que son felices en la residencia? ¿Si tuvieras que decir un aspecto negativo y otro positivo de la residencia, que dirías?

Hay de todo. Hay personas que están muy contentas, ya que su calidad de vida ha mejorado mucho desde que están allí y otras que no, y que lo que les gustaría realmente es estar en su hogar.

Como aspecto negativo diría que para muchas personas es muy duro aceptar que van a acabar su vida en una residencia.

Como aspecto positivo, diría que se sienten cuidados, atendidos y en compañía.

15-. Si fueras tú quien vive en la residencia, ¿crees que sentirías soledad?

Puede que sí, es probable. Pero igual también lo sentiría en mi casa.

16-. ¿Alguna vez te han dicho o has escuchado que sienten soledad, que se sienten solos/as? ¿Muchas? ¿Pocas? Si no te lo ha dicho, ¿tú crees u observas que se sienten solos/as?

Alguna vez sí, pero no muy a menudo.

17-. ¿Por qué crees u observas que se pueden sentir solos/as?

Porque echan de menos a su familia y a su hogar.

TIEMPO DE INSTITUCIONALIZACIÓN Y CAMBIO

18-. ¿Crees que el tiempo de institucionalización, es decir, de estancia en la residencia influye en el sentimiento de soledad?

No creo que influya. Creo que se pueden sentir muy solos la primera semana y seguir sintiéndose solos pasados 4 meses. Considero que es algo que está unido a la propia persona y no al tiempo de institucionalización.

19-. ¿Crees que el sentimiento de soledad es mayor al principio o que aumenta con el paso del tiempo?

Puede ser que al principio su sentimiento de soledad sea mayor hasta que encuentran su sitio, personas afines, actividades acordes a sus gustos etc.

SOLEDADE

20-. ¿Qué crees que haría que se sintieran menos solos/as?

Que los y las residentes intentaran abrirse un poco y que los familiares vinieran a hacer más visitas.

ENTREVISTA A PROFESIONAL/EXPERTA 6

INSTITUCIONALIZACIÓN Y CAMBIO

1-. Por lo general, desde tu punto de vista como profesional/experta ¿cómo dirías que suelen ser las primeras semanas del ingreso para la persona residente y familiares?

Los primeros días son muy duros, pero con el paso del tiempo se adaptan a la nueva situación. Pasan de estar en su entorno cercano a uno diferente, nuevo, que no les resulta familiar y que además tienen que compartir con otras personas.

2-. ¿Consideras que esa situación inicial, con el paso del tiempo cambia? ¿Por qué?

Sí, se valora la asistencia profesional. Para familiares y residentes les da seguridad la atención que se les ofrece como la presencia de enfermeros/as, médicos/as, auxiliares...

RELACIONES FAMILIARES

3-. ¿Es frecuente escuchar a las personas residentes verbalizar que no quieren estar en el centro?

En la mayoría de las ocasiones si es verdad que a las personas residentes les gustaría estar en su propio domicilio, pero refieren que en su estado no pueden vivir allí de forma autónoma entonces para muchos de ellos es la opción que les queda y como un autoconsuelo.

4-. Por lo general, ¿suelen recibir muchas visitas de familiares? ¿De quienes? ¿Esas visitas cuánto tiempo suelen durar?

Hay de todo, familiares que vienen a diario varias horas al día. Otros que vienen semanalmente y otros que son muy esporádica las visitas.

5-. ¿Es habitual escuchar que son sus familiares los responsables de que estén ahí? ¿Cómo observas que eso les hace sentir?

No es habitual. En general, es su propio estado físico (de enfermedad/dependencia) al que hacen responsable de su estancia, no tanto a la familia.

6-. ¿Crees que las visitas familiares tienen efectos en las personas residentes las visitas de sus familiares? ¿Positivos o negativos? ¿Por qué?

En general tienen efectos muy positivos, son seres queridos con los que les gusta estar y compartir después de la visita están contentos y recordando todo el rato la visita y lo que han hablado u hecho. En alguna ocasión, si la relación es conflictiva se observan efectos negativos como enfado o tristeza, pero es una minoría.

7-. ¿Alguna vez te han dicho o has escuchado que las visitas familiares les hacen sentir mejor, menos solos/as, o cuestiones similares?

Sí, en muchas ocasiones verbalizan la importancia de estar con ellos/as. También entienden que vienen cuando pueden, pero les gustaría estar y pasar más tiempo con ellos.

RELACIONES SOCIALES

8-. ¿Suelen tener visitas de amistades externas a la residencia? ¿Suelen verbalizar que son importantes para ellas las redes y vínculos sociales?

Sí, les hace una ilusión tremenda cuando vecinos o amigos les visitan. Al entrar en los centros residenciales pierden muchos vínculos sociales y es una forma de recuperar el contacto con su vida anterior.

9-. Por lo general, ¿se establecen vínculos entre las personas residentes?

Sí, depende del deterioro cognitivo, sobre todo, pero por lo general, se suelen crear vínculos entre compañeros, que en alguna ocasión se transforma en una muy buena amistad. Otras veces les cuesta ya que no siempre encuentran afinidad para establecer esas relaciones o su estado no se lo permite.

ACTIVIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

10-. ¿Las actividades que se realizan en la residencia son obligatorias o voluntarias?

Voluntarias.

11-. De manera general, ¿hay participación en las diferentes actividades que se realizan en la residencia?

Sí y de hecho se quedan cortas. Hay personas que se quedan sin actividades por falta de plazas. Por lo general, las personas con buen estado cognitivo intentan realizar muchas actividades para tener el tiempo ocupado y activo.

12-. ¿En cuestiones emocionales en que crees que les beneficia realizar dichas actividades?

Sin duda tener actividad les hace mejorar su autoestima y mantener activas las capacidades que tienen (habilidad, memoria...) y mejorar también la interrelación entre

las personas usuarias.

13-. ¿Alguna vez has escuchado que les gusta o no les gusta hacer las actividades propuestas por la residencia?

Sí en el día a día comentan su punto de vista sobre las actividades que realizan. En general la valoración suele ser positiva.

SOLEDAZ

14-. ¿Crees que son felices en la residencia? ¿Si tuvieras que decir un aspecto negativo y otro positivo de la residencia, que dirías?

Están bajo mi punto de vista, resignados a vivir en la residencia e intentan estar lo mejor posible, no se sí diría felices.

Un aspecto negativo es el aislamiento de la vida social y un aspecto positivo diría que es la atención específica a los problemas de salud.

15-. Si fueras tú quien vive en la residencia, ¿crees que sentirías soledad?

Es muy posible, al menos una temporada hasta adaptarme al entorno y conocer a otras personas.

16-. ¿Alguna vez te han dicho o has escuchado que sienten soledad, que se sienten solos/as? ¿Muchas? ¿Pocas? Si no te lo ha dicho, ¿tú crees u observas que se sienten solos/as?

A veces lo expresan verbalmente, otras lo observas en su tristeza, comportamiento. Suelo escuchar como hablan con melancolía de situación personales y recuerdos externos a la residencia.

17-. ¿Por qué crees u observas que se pueden sentir solos/as?

Porque las personas que más quieren (familia, amigos...) no están con ellos, están por así decir fuera, en el exterior y ellos están dentro como aislados esperando esos contactos, además les cuesta hacer nuevas relaciones personales con los demás residentes.

TIEMPO DE INSTITUCIONALIZACIÓN Y CAMBIO

18-. ¿Crees que el tiempo de institucionalización, es decir, de estancia en la residencia influye en el sentimiento de soledad?

Sí, aunque en su domicilio es posible que también lo tengan creo que aumenta por el desarraigo del entorno conocido (casa, gente, barrio etc.)

19-. ¿Crees que el sentimiento de soledad es mayor al principio o que aumenta con el paso del tiempo?

A algunas personas su sentimiento de soledad les acompaña siempre, pero en general con el paso del tiempo disminuye.

SOLEDADE

20-. ¿Qué crees que haría que se sintieran menos solos/as?

-Relaciones con el exterior y contacto con la sociedad.

-Aumento de visitas familiares y de su entorno cercano.

-Más tiempo de dedicación del personal que les atiende.

-Tiempo de inactividad más corto, aumento de la ocupación del tiempo libre.

ENTREVISTA A PROFESIONAL/EXPERTA 7

INSTITUCIONALIZACIÓN Y CAMBIO

1-. Por lo general, desde tu punto de vista como profesional/experta ¿cómo dirías que suelen ser las primeras semanas del ingreso para la persona residente y familiares?

Es duro. Durante las primeras semanas los residentes se van acostumbrando a los horarios, rutinas, trabajadoras... se suelen sentir solos, tristes, demandan más atención,

a veces rechazan a los compañeros, aunque no lo hagan a propósito, piden estar en su habitación...

Las familias acuden con mayor frecuencia, preguntan a las personas trabajadoras de la residencia por sus familiares constantemente.

2-. ¿Consideras que esa situación inicial, con el paso del tiempo cambia? ¿Por qué?

Cuando las personas mayores se habitúan están menos alerta, baja su nivel de rechazo, aceptan pasar más tiempo en el salón, preguntan menos por las visitas. Las familias suelen preguntar también menos a los profesionales, baja el nivel de exigencia a recibir tratamientos especializados, suelen bajar la frecuencia de las visitas y el número de visitantes.

RELACIONES FAMILIARES

3-. ¿Es frecuente escuchar a las personas residentes verbalizar que no quieren estar en el centro?

A veces sí. En ocasiones esto se debe a que llegan engañados como si fuera una estancia temporal y no definitiva. Otras veces, ellos participan en la toma de la decisión pero les cuesta adaptarse.

Por último, en casos de demencia o desorientación temporal-espacial no saben donde están, para que, que tienen familia, obligaciones...

4-. Por lo general, ¿suelen recibir muchas visitas de familiares? ¿De quienes? ¿Esas visitas cuánto tiempo suelen durar?

Las visitas son variables. Algunos (pocos) las reciben a diario, pero no suele ser lo habitual. La mayoría suelen recibir las visitas los fines de semana y algún día entre semana.

La duración suele ser aproximadamente 1 hora.

5-. ¿Es habitual escuchar que son sus familiares los responsables de que estén ahí? ¿Cómo observas que eso les hace sentir?

No creo que sea una queja habitual. No en forma culpabilizadora. En todo caso que trabajaban mucho, los hijos, nietos...

Lo que sí que creo es que muchos se sienten traicionados, pero son sus seres más queridos y allegados con la consiguiente ambivalencia.

6-. ¿Crees que las visitas familiares tienen efectos en las personas residentes las visitas de sus familiares? ¿Positivos o negativos? ¿Por qué?

Los residentes suelen alegrarse de recibir visitas, las esperan como mucha ilusión.

Sin embargo, cuando se marchan en ocasiones se vuelven a sentir solos, con añoranza.

7-. ¿Alguna vez te han dicho o has escuchado que las visitas familiares les hacen sentir mejor, menos solos/as, o cuestiones similares?

No me lo han dicho diariamente. Pero si es una sensación que tienes. Si me han dicho o he escuchado lo contrario, que reciben pocas visitas.

RELACIONES SOCIALES

8-. ¿Suelen tener visitas de amistades externas a la residencia? ¿Suelen verbalizar que son importantes para ellas las redes y vínculos sociales?

Pocas visitas son realizadas por amistades, no suele ser algo habitual. Casi todas son de familiares quienes van a visitarles.

9-. Por lo general, ¿se establecen vínculos entre las personas residentes?

La verdad que bastante poco. Pasan mucho tiempo juntos, físicamente podríamos decir, pero hablan muy poco entre sí. Muchas veces apenas conocen los nombres de sus compañeros.

ACTIVIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

10-. ¿Las actividades que se realizan en la residencia son obligatorias o voluntarias?

Voluntarias principalmente. No se les obliga a participar, pero se les anima a ir, de forma que a veces resulta difícil no ir. Es parte de las rutinas de la residencia.

11-. De manera general, ¿hay participación en las diferentes actividades que se realizan en la residencia?

Sí. Las actividades de ocio con música, baile, comida... suelen ser muy bien recibidas. Los juegos tipo bingo, cartas y dominó también.

12-. ¿En cuestiones emocionales en que crees que les beneficia realizar dichas actividades?

Las ocupaciones tienen múltiples beneficios en distintas áreas. De ahí la importancia de realizar una adecuada programación de las actividades ocupacionales en las residencias. Las personas terapeutas ocupacionales analizan los componentes de la actividad para lograr un equilibrio ocupacional que revierta en una mayor satisfacción personal y una vida más acorde a las preferencias individuales con innegables beneficios emocionales.

13-. ¿Alguna vez has escuchado que les gusta o no les gusta hacer las actividades propuestas por la residencia?

Sí, en ocasiones lo he escuchado. Principalmente en programas generales sin un estudio adecuado y en los casos en los que se debe acudir a actividades obligatoriamente.

Si las actividades se personalizan y se realizan con flexibilidad la participación se produce con mayor gusto y satisfacción. Por ello, los terapeutas ocupacionales procuramos usar actividades satisfactorias

También es cierto que a veces les cuesta cambiar de la inactividad del salón a los requerimientos de las actividades por pereza, comodidad... Sin embargo, al salir se muestran más contentos, satisfechos, habladores...

SOLEDAZ

14-. ¿Crees que son felices en la residencia? ¿Si tuvieras que decir un aspecto negativo y otro positivo de la residencia, que dirías?

En general no creo que sean felices. Creo que están bien cuidados, bien atendidos, con las necesidades cubiertas de higiene, medicación y alimentación, están acompañados.

Como negativo las rotaciones y los cambios de personal que dificultan los vínculos estables.

15-. Si fueras tú quien vive en la residencia, ¿crees que sentirías soledad?

Pienso que sí. Están rodeados de gente, pero entre ellos no se suelen fomentar las relaciones interpersonales y los profesionales tienen poco tiempo para estar y realizar actividades con las personas (a veces tampoco tienen ganas).

16-. ¿Alguna vez te han dicho o has escuchado que sienten soledad, que se sienten solos/as? ¿Muchas? ¿Pocas? Si no te lo ha dicho, ¿tú crees u observas que se sienten solos/as?

Sí me lo han dicho en alguna ocasión. No con frecuencia, pero mi sensación sí es esa. Que se sienten solos, que necesitan más atención y cariño, pero que tienden a no expresarlo ni pedirlo.

17-. ¿Por qué crees u observas que se pueden sentir solos/as?

Mi percepción es la siguiente; viven dejando pasar el tiempo sin hacer casi nada y cuando reciben la atención diaria se muestran muy agradecidos. Las visitas les hacen mucha ilusión y después, alguno queda en lo que interpreto como melancólico.

TIEMPO DE INSTITUCIONALIZACIÓN Y CAMBIO

18-. ¿Crees que el tiempo de institucionalización, es decir, de estancia en la residencia influye en el sentimiento de soledad?

Me resulta difícil responder. Algunos en sus casas están solos y en la residencia están rodeados de gente, pero no todos establecen vínculos. Pienso que, probablemente, se sienten solos, aunque estén acompañados. Aunque, por otro lado, saben que están acompañados y que si necesitan algo saben a quién acudir. Esto también les da seguridad, principalmente durante las noches.

19-. ¿Crees que el sentimiento de soledad es mayor al principio o que aumenta con el paso del tiempo?

Tampoco estoy segura de esta respuesta, pero creo que con el tiempo se van acostumbrando al entorno y a la frecuencia de las visitas, los ritmos del día a día... y se van sintiendo mejor.

SOLEDAZ

20-. ¿Qué crees que haría que se sintieran menos solos/as?

Más visitas de las familiares y tener material para hacer cosas juntos, ya que como terapeuta ocupacional la actividad como medio de relación me parece muy acertado en este caso.

Actividades participativas, no solo con los profesionales especialistas, si no, como terapeuta ocupacional me gustaría que se programaran programas ocupacionales con los que promover el equilibrio ocupacional en las residencias. Estos programas los llevaría a cabo el terapeuta ocupacional como especialista en la ciencia de la ocupación, pero serían implementados teniendo en cuenta todos los actores y demás profesionales del centro residencial.

Una mayor actividad revertiría en más relaciones sociales, mayor percepción de pertenencia a un grupo, menos tiempo para sentirse solo al tiempo que contribuiría a entender los procesos de deterioro inherentes al colectivo. Sin olvidar como todo esto repercutiría en su percepción de valía personal y satisfacción con la vida. Por último, la actividad influiría en la disminución de conductas disruptivas.

ENTREVISTA A PROFESIONAL/EXPERTA 8

INSTITUCIONALIZACIÓN Y CAMBIO

1-. Por lo general, desde tu punto de vista como profesional/experta ¿cómo dirías que suelen ser las primeras semanas del ingreso para la persona residente y familiares?

2-. ¿Consideras que esa situación inicial, con el paso del tiempo cambia? ¿Por qué?

Sí. Al conocer al personal y ubicarse en la residencia la situación sí mejora.

RELACIONES FAMILIARES

3-. ¿Es frecuente escuchar a las personas residentes verbalizar que no quieren estar en el centro?

No es muy frecuente.

4-. Por lo general, ¿suelen recibir muchas visitas de familiares? ¿De quienes? ¿Esas visitas cuánto tiempo suelen durar?

Sí, principalmente son los hijos/as los que acuden a visitarles, el resto de familiares y redes sociales no suelen acudir habitualmente, si no muy puntual.

Las visitas suelen durar generalmente unas 2 horas.

5-. ¿Es habitual escuchar que son sus familiares los responsables de que estén ahí? ¿Cómo observas que eso les hace sentir?

Muy esporádicamente. Les hace sentir un poco defraudados.

6-. ¿Crees que las visitas familiares tienen efectos en las personas residentes las visitas de sus familiares? ¿Positivos o negativos? ¿Por qué?

Sí creo que los efectos de las visitas familiares son positivos.

Les hacen sentir que no se olvidan de ellos o esa es la sensación que yo tengo.

7-. ¿Alguna vez te han dicho o has escuchado que las visitas familiares les hacen sentir mejor, menos solos/as, o cuestiones similares?

Expresan y exteriorizan mucha alegría.

RELACIONES SOCIALES

8-. ¿Suelen tener visitas de amistades externas a la residencia? ¿Suelen verbalizar que

son importantes para ellas las redes y vínculos sociales?

En pocos casos, no suele ser muy habitual. Como he comentado anteriormente suelen ser visitas muy puntuales.

Alguna vez sí lo verbalizan.

9-. Por lo general, ¿se establecen vínculos entre las personas residentes?

No suelen establecerse muchos vínculos. En mi caso, como trabajo en psicogeriatría no se establecen muchos vínculos.

ACTIVIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

10-. ¿Las actividades que se realizan en la residencia son obligatorias o voluntarias?

Voluntarias todas.

11-. De manera general, ¿hay participación en las diferentes actividades que se realizan en la residencia?

Sí, sobretodo en musicoterapia.

12-. ¿En cuestiones emocionales en que crees que les beneficia realizar dichas actividades?

Evocan etapas anteriores y eso les hace recordar y revivir momentos felices.

13-. ¿Alguna vez has escuchado que les gusta o no les gusta hacer las actividades propuestas por la residencia?

Sí, a favor y en contra.

SOLEDAZ

14-. ¿Crees que son felices en la residencia? ¿Si tuvieras que decir un aspecto negativo y otro positivo de la residencia, que dirías?

En general, sí yo creo que sí son felices.

Como aspecto negativo, diría que en general esperaban que sus familiares les cuidaran en su casa.

Positivo diría que están atendidos en todo momento y acompañados.

15-. Si fueras tú quien vive en la residencia, ¿crees que sentirías soledad?

Lo sentiría al igual que si estoy en mi casa viviendo sola, en momentos puntuales.

16-. ¿Alguna vez te han dicho o has escuchado que sienten soledad, que se sienten solos/as? ¿Muchas? ¿Pocas? Si no te lo ha dicho, ¿tú crees u observas que se sienten solos/as?

No.

17-. ¿Por qué crees u observas que se pueden sentir solos/as?

TIEMPO DE INSTITUCIONALIZACIÓN Y CAMBIO

18-. ¿Crees que el tiempo de institucionalización, es decir, de estancia en la residencia influye en el sentimiento de soledad?

No. En asistidos pueden interrelacionarse con otras personas usuarias. Actualmente en psicogeriatría es muy complicado.

19-. ¿Crees que el sentimiento de soledad es mayor al principio o que aumenta con el paso del tiempo?

Al principio es un sentimiento de inseguridad, luego se van integrando.

SOLEDA

20-. ¿Qué crees que haría que se sintieran menos solos/as?

ENTREVISTA A PROFESIONAL/EXPERTA 9

INSTITUCIONALIZACIÓN Y CAMBIO

1-. Por lo general, desde tu punto de vista como profesional/experta ¿cómo dirías que suelen ser las primeras semanas del ingreso para la persona residente y familiares?

De incertidumbre y confusión. Hay emociones encontradas. Dolor para la persona residente por las pérdidas que ocurren: cambio de domicilio, no conoce a las personas que le van a atender ni a los compañeros/as con los que va a compartir su última etapa de la vida. Deja su domicilio y entorno. Para la familia, por no poder atenderla en casa, por no saber cómo va a ser atendida...

2-. ¿Consideras que esa situación inicial, con el paso del tiempo cambia? ¿Por qué?

Suele cambiar, a veces con resignación, otras veces se adaptan muy bien, si cuentan con profesionales competentes, cercanos... y con otros compañeros/as y familiares con los que comparten cosas, hacen amistad, están más estimulados/as.

RELACIONES FAMILIARES

3-. ¿Es frecuente escuchar a las personas residentes verbalizar que no quieren estar en el centro?

No es frecuente. Todas las personas y por supuesto, las personas mayores, queremos estar y permanecer en nuestros domicilios, pero cuando no es posible, incluso, se sienten mejor en el centro.

4-. Por lo general, ¿suelen recibir muchas visitas de familiares? ¿De quienes? ¿Esas visitas cuánto tiempo suelen durar?

Normalmente suelen recibir muchas visitas, de familiares principalmente, a veces también de amigos y allegados...

La residencia es su nuevo hogar, las familias participan en el centro y pueden estar el tiempo que deseen.

5-. ¿Es habitual escuchar que son sus familiares los responsables de que estén ahí?

¿Cómo observas que eso les hace sentir?

No suelen decirlo. Las personas mayores que viven en el centro en el que trabajo, presentan deterioro cognitivo muy avanzado, no son capaces, pero he trabajado en otros centros en los que, sí pueden manifestarlo, pero no es muy habitual que lo hagan.

6-. ¿Crees que las visitas familiares tienen efectos en las personas residentes las visitas de sus familiares? ¿Positivos o negativos? ¿Por qué?

Las visitas familiares siempre tienen efectos en las personas residentes, normalmente efectos positivos. Se alegran mucho cuando vienen a verles.

También ocurre que en ocasiones la visita familiar les deje tristes o preocupados si hay algún problema familiar.

7-. ¿Alguna vez te han dicho o has escuchado que las visitas familiares les hacen sentir mejor, menos solos/as, o cuestiones similares?

Sí, de hecho, hace muchos años trabajaba en una residencia de personas mayores con capacidad para entender y comunicarse, sin tanto daño y deterioro cognitivo y era sorprendente ver como sí no recibían visitas en mucho tiempo, su estado anímico empeoraba notablemente.

RELACIONES SOCIALES

8-. ¿Suelen tener visitas de amistades externas a la residencia? ¿Suelen verbalizar que son importantes para ellas las redes y vínculos sociales?

Normalmente, suelen ser familiares, pero también de vez en cuando vienen amistades. Es importante mantener la red social que tenía antes del ingreso en la residencia, ya que muchas veces suele ser como un aislamiento de esas redes.

9-. Por lo general, ¿se establecen vínculos entre las personas residentes?

Sí, dependiendo mucho del estado cognitivo, y también entre los familiares.

ACTIVIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

10-. ¿Las actividades que se realizan en la residencia son obligatorias o voluntarias?

Voluntarias.

11-. De manera general, ¿hay participación en las diferentes actividades que se realizan en la residencia?

Sí. Al ser personas con deterioro cognitivo se hacen actividades grupales, pero también individuales. Fundamentalmente, se realizan actividades de musicoterapia y psicoestimulación, aunque también tiempo libre y salidas.

12-. ¿En cuestiones emocionales en que crees que les beneficia realizar dichas actividades?

Les ayuda a conectarse con el entorno, a reconocer su identidad, a establecer vínculos y destrezas.

Les genera bienestar y aumento de autoestima.

13-. ¿Alguna vez has escuchado que les gusta o no les gusta hacer las actividades propuestas por la residencia?

En alguna ocasión. Si alguien manifiesta que no le gusta o no quiere hacer la actividad, no la hace. Se intenta averiguar por qué para acercarla más a sus gustos y preferencias.

SOLEDAD

14-. ¿Crees que son felices en la residencia? ¿Si tuvieras que decir un aspecto negativo y otro positivo de la residencia, que dirías?

Creo que hay de todo.

Como aspecto negativo diría que el riesgo a la despersonalización.

Como aspecto positivo que recibe cuidados profesionalizados y que ahora las residencias tienden a ser lo más parecido a un hogar.

15-. Si fueras tú quien vive en la residencia, ¿crees que sentirías soledad?

No. En las residencias, las personas están más estimuladas que sí estuvieran en casa, no hay horarios de visitas, las familias pueden visitarles, sacarles fuera, colaborar en sus

cuidados si así lo desean.

16-. ¿Alguna vez te han dicho o has escuchado que sienten soledad, que se sienten solos/as? ¿Muchas? ¿Pocas? Si no te lo ha dicho, ¿tú crees u observas que se sienten solos/as?

En algunos casos, porque no tienen familia o no pueden visitarla tan a menudo como les gustaría, pero no es lo habitual.

Las profesionales del centro interactúan con ellos y hablan con ellos para evitarlo.

17-. ¿Por qué crees u observas que se pueden sentir solos/as?

TIEMPO DE INSTITUCIONALIZACIÓN Y CAMBIO

18-. ¿Crees que el tiempo de institucionalización, es decir, de estancia en la residencia influye en el sentimiento de soledad?

Considero que en algunos casos, ese sentimiento de soledad puede ser más acuciante en sus casas porque, tal vez, no pueden salir de casa y no reciban tantas visitas como pueden recibir en el centro.

19-. ¿Crees que el sentimiento de soledad es mayor al principio o que aumenta con el paso del tiempo?

Creo que más que un sentimiento de soledad, es el tener que dejar su casa, su baño, su espacio, sus recuerdos, su entorno, sus cosas y saber que no van a volver, que es la última etapa de la vida.

SOLEDADE

20-. ¿Qué crees que haría que se sintieran menos solos/as?

El establecer una relación con ellas de confianza, de apoyo, de cercanía, que tengan la sensación de que están en buenas manos y que vamos a hacer todo lo posible porque lleven a cabo la mejor vida posible.