

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
Trabajo Fin de Grado

ESTUDIO DEL APOYO SOCIO- FAMILIAR DE UNA POBLACIÓN GERIÁTRICA INSTITUCIONALIZADA

Alumno/a: Susana Parra Gimeno
Director/a: Miguel Miranda Aranda
Zaragoza, octubre de 2013



Universidad
Zaragoza



Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo
Universidad Zaragoza

“Quien consigue conservar la capacidad de percibir la belleza, no envejecerá
nunca”

Franz Kafka

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	6
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	10
1.1 Objetivos	10
1.2 Población	11
1.3 Ámbito temporal y geográfico.....	11
CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA Y TÉCNICAS	12
2.1 Revisión bibliográfica	14
2.2 Cuestionarios.....	14
2.3 Entrevista	17
2.4 Historia de vida.....	18
CAPÍTULO 3. MARCO TEÓRICO	22
3.1 Concepto de apoyo social.....	22
3.2 Envejecimiento	25
3.3 Ingreso de la persona mayor en Institución Residencial	32
3.4 Apoyo familiar.....	39
3.5 Relaciones entre amigos y pares	44
3.6 Sentimiento de soledad	46
3.7 Trabajo Social en Residencia geriátrica.....	47
CAPÍTULO 4. RESIDENCIA “NUESTRA SEÑORA DE LOS ÁNGELES”	54
CAPÍTULO 5. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	56
CONCLUSIONES.....	86
BIBLIOGRAFÍA.....	88
ANEXOS	94
Guión de las historias de vida	94
Guión de la entrevista a la Trabajadora Social	95
Guión de los cuestionarios	96

AGRADECIMIENTOS

Es en el momento de finalizar el trabajo de investigación cuando me doy cuenta de la verdadera importancia de los agradecimientos. Me gustaría a continuación dedicar unas palabras de gratitud a aquellas personas que han hecho posible que esta investigación se lleve a cabo.

En primer lugar al director del Trabajo Fin de Grado, D. Miguel Miranda Aranda, por su cooperación y entusiasmo personal, porque desde su puesto en el decanato de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo siempre ha tenido un momento de atención y reflexión pausada.

De la misma manera quiero expresar mi agradecimiento a la Residencia Nuestra Señora de los Ángeles por abrirme las puertas de su Casa Familiar y facilitarme el contacto con las personas mayores, sin esa hospitalidad no habría sido posible un estudio tan cercano y riguroso.

Deseo también expresar mi gratitud a Soraya Rodríguez Valenciano, Trabajadora Social del Centro, porque su vocación y calidad humana han sido una fuente de apoyo muy importante para la realización de este trabajo.

Por supuesto no quiero dejar de agradecer a las personas mayores del Centro que han colaborado voluntariamente, por su buena disposición y cariño.

Por último, a mi hermana Ana Belén, mi faro de guía, por infundirme la constancia y el ánimo por el trabajo bien hecho.

INTRODUCCIÓN

La razón principal que ha impulsado la realización de este trabajo de investigación ha sido el interés por profundizar en el estudio de las residencias de la tercera edad y conocer desde dentro de la institución los apoyos sociales y familiares con los que cuentan las personas que allí residen.

A partir de la realización del prácticum de intervención y el acercamiento a algunos centros residenciales surgieron algunas cuestiones que fueron consolidando la base de esta investigación.

De este modo, cabe preguntarse el modo en que afecta a las personas mayores el internamiento en una institución geriátrica.

La función principal de las residencias geriátricas es prestar al mayor una atención integral, sustituyendo al hogar familiar, ya sea de forma temporal o permanente.

Nuestro interés se centra fundamentalmente en la visión que los residentes tienen sobre sus propias relaciones sociales y familiares, sobre los apoyos que reciben tanto de dentro de la propia institución como del mundo exterior. Dicha percepción será cumplimentada con la visión que tiene el personal del centro y los familiares de los residentes sobre estas relaciones.

En este sentido resultará importante conocer cómo se sienten las personas mayores, adentrarse en sus verdaderos sentimientos y averiguar hasta qué punto están satisfechas con las redes de apoyo de las que hablamos.

Se estudiará también la intervención profesional que lleva a cabo el Trabajo Social en el ámbito residencial geriátrico. El conocimiento que se tiene de las redes sociales de los ancianos así como la coordinación que se da con las familias de las personas mayores.

Así, para el desarrollo de este trabajo se va a realizar en primer lugar una búsqueda sistematizada de información sobre el ámbito de la investigación.

La bibliografía existente acerca del tema de investigación no es muy extensa si bien es cierto, existen trabajos similares llevados a cabo en otras comunidades autónomas incluso en otros países que pueden servir de base para esta investigación.

Posteriormente, se va a diseñar un trabajo de campo a partir de metodología cualitativa y cuantitativa que incluya la participación de residentes, familiares y profesionales del ámbito del Trabajo Social.

Por último, se dan unas conclusiones estrechamente relacionadas con los objetivos planteados inicialmente.

El propósito final del trabajo es aportar nuevos conocimientos en la medida de lo posible sobre la realidad de los apoyos sociales y familiares que reciben las personas mayores en instituciones geriátricas, en relación con el sentimiento de soledad o abandono.

CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Objetivos

Como se ha mencionado antes en los últimos años se está viviendo un fuerte proceso de envejecimiento de la población. Este hecho conlleva que aumente en la sociedad el interés por conocer cómo viven las personas mayores en nuestra sociedad y tratar de mejorar su calidad de vida.

De esta forma, el trabajo se plantea los tres objetivos siguientes:

- A. Profundizar en el conocimiento de los apoyos sociales y familiares con los que cuentan las personas mayores que se encuentran en residencias geriátricas.
- B. Comprobar el grado de satisfacción que las personas mayores tienen de esos mismos apoyos, en relación con el sentimiento de soledad y el tiempo que llevan residiendo allí.
- C. Distinguir el papel que desarrolla el profesional del Trabajo Social en las residencias de mayores, conocer de igual modo la percepción que ellos tienen de los apoyos de los que hablamos.

Para concretar el objeto de estudio de este trabajo de investigación y desarrollarlo, se establecen los siguientes objetivos específicos:

- A.1.- Conocer las características de las relaciones que mantienen las personas mayores con sus familiares.
- A. 2. - Conocer las características de las relaciones sociales que mantienen las personas mayores, tanto dentro de la propia residencia como con el exterior.
- B.1.- Entender las dificultades e insatisfacciones que encuentran las personas mayores en sus relaciones con los demás.

- B. 2. - Relacionar las dificultades y el sentimiento de soledad, con el tiempo de estancia en la residencia.
- C. 1 - Valorar el punto de vista del trabajador social que ejerce la profesión en residencia geriátrica respecto a los apoyos que tienen los residentes.
- C.2. - Conocer la labor que realiza el profesional para mejorar la situación en cuanto a los apoyos citados anteriormente.

1.2 Población

Personas mayores con edades comprendidas entre los 54 y los 96 años institucionalizadas en la Residencia Nuestra Señora de los Ángeles de Zaragoza.

1.3 Ámbito temporal y geográfico

El trabajo de campo se llevó a cabo desde abril hasta octubre de 2013.

CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA Y TÉCNICAS

En este capítulo se va a exponer la metodología y técnicas empleadas en dicha investigación.

Como expone Ander-Egg (1980; 43) la investigación es un procedimiento reflexivo, sistemático controlado y crítico que tiene por finalidad descubrir o interpretar los hechos o fenómenos, relaciones o leyes de un determinado ámbito de la realidad.

Atendiendo a la definición que aporta Sierra Bravo (1988; 27) sobre la investigación social, éste explica que se trata de una actividad orientada a descubrir algo desconocido. Recalca a su vez que su origen se encuentra en la curiosidad de la persona, en su deseo de conocer cómo y por qué son las cosas y cuáles son sus razones o motivos.

Las diferencias entre investigación cuantitativa e investigación cualitativa, según el autor Piergiorgio Corbetta (2007; 66), se pueden definir atendiendo a las diferentes fases de la investigación empírica.

De este modo, en el diseño de la investigación, la diferencia entre investigación cuantitativa y cualitativa se localiza en el diseño estructurado y predefinido, con hipótesis deducidas lógicamente de la teoría en el primer caso, frente al plan de trabajo abierto e interactivo de la investigación cualitativa, cuyas modalidades de desarrollo surgen a lo largo de la propia investigación.

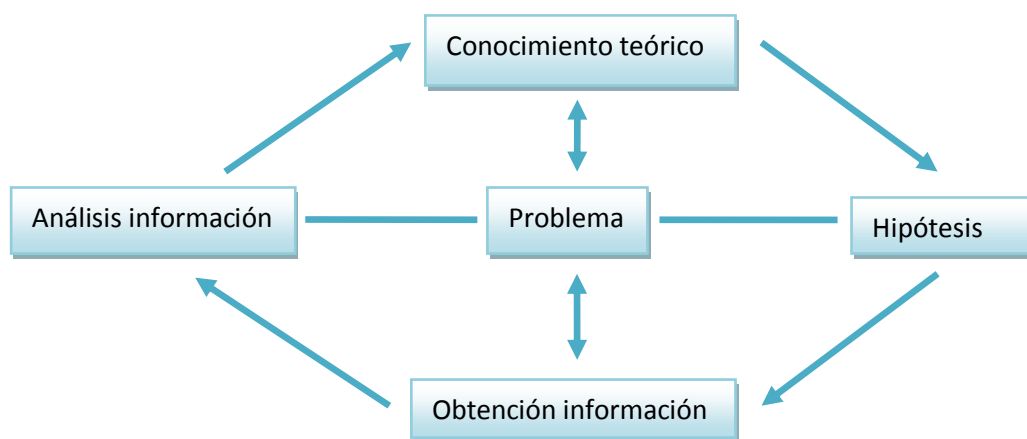
En cuanto al análisis de los datos la investigación cuantitativa utiliza la estadística y procedimientos matemáticos mientras que la investigación cualitativa trata de comprender a los sujetos, interpreta entrevistas y actuaciones.

El objetivo de la investigación cuantitativa es producir generalizaciones mientras que la cualitativa se centra en la especificidad de los datos generados.

Según Ruiz Olabuénaga (2003: 51) la investigación cualitativa se compone de las siguientes fases: en primer lugar la definición del problema en el que se trata de delimitar el objeto de estudio; en segundo lugar el diseño del trabajo en el que se programa el trabajo con una fijación de espacios y tiempos así como la población objeto de estudio; en tercer lugar se lleva a cabo la recogida de datos, más tarde iría la fase de análisis de la información obtenida; en quinto lugar se encuentra la fase de presentación de informe y validación de la investigación.

Estos pasos se pueden ver sintetizados en la figura siguiente la cual muestra de una manera muy visual las fases más destacadas de una investigación social.

Figura.1: Fases de la investigación social.



Fuente: Elaboración propia a partir de Del Rincón Igea et al. (1995)

Se considera apropiado utilizar el método mixto para esta investigación social ya que ayuda a generar una visión más amplia del problema de estudio, a producir datos más variados mediante la multiplicidad de técnicas, permite

una mejor exploración de los datos obtenidos, mayor posibilidad de acertar con el instrumento generador de datos...

Para la tarea de recopilación de información, existen numerosos procedimientos, variables conforme a las circunstancias concretas de la índole de la investigación. Las técnicas seleccionadas para llevar a cabo el trabajo de campo de la presente investigación son la entrevista, los cuestionarios y la historia de vida.

Resulta importante insistir, como se verá más adelante, en el aspecto de la variabilidad de los fenómenos sociales en el espacio y en el tiempo. Sierra Bravo (1988; 29) menciona al respecto que el establecimiento de generalizaciones ha de ser mucho más prudente y limitado que en otras ciencias.

2.1 Revisión bibliográfica

Se ha llevado a cabo una búsqueda sistematizada de información en relación con el tema de investigación, objetivos y población objeto de estudio a través de distintas páginas web, bases de datos y recursos así como bibliografía que se puede encontrar en la Biblioteca de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo.

2.2 Cuestionarios

Según Cea D'Ancora (2012; 238) el cuestionario es el instrumento básico de recogida de información de la investigación mediante encuesta.

A su vez Del Rincón Igea et al. (1995; 207) lo define como el instrumento consistente en una serie de preguntas o ítems acerca de un determinado problema o cuestión sobre el que se desea investigar y cuyas respuestas han de contestarse por escrito.

Como actuaciones previas a la realización de cuestionarios se propone:

- Especificar objetivos de la encuesta, la información que se pretende recoger y cada pregunta debe adecuarse a los objetivos del estudio.
- Identificar los conceptos centrales de la investigación y traducirlos en indicadores válidos.
- Elegir el método de encuesta y concretar la población a sondear.
- Concretar el análisis que se prevé realizar, en consonancia en los objetivos de la investigación.

A la hora de planificar el cuestionario que va a llevarse a cabo es interesante, como apunta Del Rincón Igea (1995; 208) tener en cuenta por un lado el propósito de dicho cuestionario, es decir, la finalidad básica del mismo así como los temas que se quieren tratar; en segundo lugar es necesario considerar la población a la que va dirigido y por último los recursos de los que se dispone.

Sierra Bravo (1988; 311) señala una serie de reglas que es conveniente tener en cuenta en el momento de redactar las preguntas del cuestionario:

- 1.- Las preguntas han de ser relativamente pocas.
- 2.- Las preguntas han de estar hechas de tal forma que requieran siempre una respuesta numérica o simplemente una afirmación o negación, o bien la elección de una categoría propuesta.
- 3.- Las preguntas han de ser sencillas y redactadas de tal forma que puedan comprenderse con facilidad por las personas a las que van destinadas.
- 4.- Las preguntas han de estar hechas de forma que no levanten prejuicios.
- 5.- Las preguntas no han de ser indiscretas sin necesidad.
- 6.- En lo posible, las preguntas que se hagan han de ser corroborativas.
- 7.- Las preguntas habrán de estar hechas en forma que contesten directa o indirectamente al punto de información deseado.

En este trabajo se han llevado a cabo 21 cuestionarios (muestra) a personas mayores de la Residencia Nuestra Señora de los Ángeles de Zaragoza por razones de accesibilidad. Aunque son 52 los ancianos institucionalizados en este centro (universo), se han reducido el número de cuestionarios dado que no todas las personas poseen capacidades cognitivas óptimas.

Según el autor Sierra Bravo (1988; 179) la muestra es una parte reducida de una determinada población o universo. Cualitativamente la muestra ha de tener las mismas características que la población que representa.

Dado los límites de tiempo de un Trabajo Fin de Grado no se ha considerado necesario ampliar la muestra a estudiar, entendiendo que se trata más de tener una experiencia investigadora que pretender que los resultados obtenidos a través de una muestra reducida como es ésta sean generalizables a toda la población aragonesa en edad geriátrica.

Con esto se quiere decir que los resultados obtenidos únicamente serán válidos para el universo estudiado.

Se trata de cuestionarios creados a propósito en función de los objetivos de dicha investigación. Las preguntas elegidas para la realización del cuestionario se dividen en 4 grupos; por un lado datos clave del informante como es el sexo, la edad y el tiempo que lleva en la Residencia; el segundo que hace referencia a las relaciones tanto con familia, amigos y compañeros de Residencia; un tercer grupo de cuestiones acerca de la preferencia entre interacciones con la familia o con amigos así como la puntuación que da a ambos; y el último grupo que abarca la suficiencia o insuficiencia de las relaciones y el sentimiento de soledad.

Se considera apropiado dicho cuestionario dado que se trata de un instrumento sencillo de comprender y las respuestas ofrecen una información de gran validez para la investigación.

2.3 Entrevista

Para Perelló (2009; 173) la entrevista está basada en una interacción entre entrevistador y entrevistado. Se articula en una conversación instrumentalizada en la que el entrevistador pretende alcanzar unos objetivos cuyos ejes vienen recogidos en el guion.

Del Rincón Igea et al. (1995; 307) define la entrevista como el instrumento que permite recoger información sobre acontecimientos y aspectos subjetivos de las personas como creencias, actitudes, opiniones, valores o conocimiento, que de otra manera no estarían al alcance del investigador.

Afirma Ruiz Olabuénaga (1989; 126): toda entrevista toma la forma de relato de un suceso, narrado por la misma persona que lo ha experimentado, y desde su punto de vista. La entrevista en sí es el contexto en el cual se elabora este relato, y crea una situación social para que pueda tener lugar.

Tal y como dice Ruiz Olabuénaga (2003: 165) la entrevista en profundidad implica siempre un proceso de comunicación, en el transcurso del cual, ambos actores, entrevistador y entrevistado, pueden influirse mutuamente, tanto consciente como inconscientemente. En la entrevista el investigador busca encontrar lo que es importante y significativo de los informantes, perspectivas e interpretaciones, el modo en el que ellos ven, clasifican y experimentan su propio mundo.

Este mismo autor diferencia entre las entrevistas estructuradas (formato estímulo respuesta) y las no estructuradas (adopta el formato de estímulo respuesta sin esperar la respuesta objetivamente verdadera, sino subjetivamente sincera).

En esta investigación la entrevista que se ha llevado a cabo ha sido estructurada, a la Trabajadora Social de la Residencia.

Para Sierra Bravo (1988; 356) en la ejecución de la entrevista se pueden distinguir los siguientes aspectos:

- Ambiente de la entrevista: lugar agradable y acogedor que facilite la comunicación. Posición cómoda de los participantes. Conocimiento del objeto de la entrevista por parte de la persona entrevistada. Insistir en el carácter confidencial y anonimato de la información.

- Formulación de las preguntas: importante centrar la atención en el entrevistado y no en las preguntas. Es necesario que el entrevistado vea que interesa y se da importancia a lo que él dice.

- Anotación de las respuestas: la anotación directa mientras se desarrolla la entrevista es lo más recomendable para recoger con fidelidad y veracidad la información que proporciona la persona entrevistada.

- Terminación de la entrevista: se debe terminar con un clima de cordialidad.

Del Rincón Igea et al. (1995; 328) ofrecen una serie de orientaciones para organizar la entrevista en tres fases: en la fase inicial recomiendan formular preguntas eminentemente descriptivas; en la fase intermedia centrar la atención en interpretaciones, opiniones y sentimientos en torno a los acontecimientos anteriormente descritos y por último en la fase avanzada puede ser adecuado realizar preguntas sobre conocimientos y habilidades.

2.4 Historia de vida

Como dice Perelló (2009; 191) la historia de vida es un tipo de entrevista cualitativa que hay que ubicar en el marco del que históricamente se ha llamado método biográfico. Los objetivos de éste son:

- Captar la totalidad de una experiencia biográfica: su yo interior y su contexto social, sus necesidades y sus relaciones con otras personas.

- Captar la ambigüedad y cambio: cambios significativos a lo largo de su vida así como conflictos experimentados.
- Captar la visión subjetiva con la que uno se ve a sí mismo y al mundo
- Descubrir las claves de interpretación de ciertos fenómenos sociales

Según Ruiz Olabuénaga (2003: 279) la historia de vida se trata de un relato puramente subjetivo. El investigador que intenta fabricar una historia de vida no pretende un relato objetivamente verdadero de los hechos, sino un relato subjetivo que refleje fielmente cómo el sujeto los ha vivido personalmente.

Para Del Rincón Igea et al. (1995; 350) la historia de vida consiste en la narración de la experiencia de vida de una persona. Se trata de relatos autobiográficos, obtenidos por el investigador mediante entrevistas sucesivas en las que se recogen tanto los acontecimientos como las valoraciones que dicha persona hace de su propia existencia.

Como expresa el mismo autor, el deseo de narrar la propia vida no es espontáneo, sino que se insta al sujeto a que evoque un relato biográfico.

Adriana G. Piscitelli (1998; 68) afirma que las historias de vida han cobrado una gran importancia en la actualidad dado que se le da un lugar privilegiado a la experiencia vivida, se cree necesario conocer las experiencias de los sujetos para comprender sus propios puntos de vista.

Del Rincón et al. (1995; 353) describen los grandes temas que deberían formar parte del contenido básico de una historia de vida:

- Las dimensiones básicas de su vida tales como la dimensión biológica, cultural, social...
- Los puntos de inflexión o eventos cruciales en que el sujeto altera sus roles habituales, o se enfrenta a nuevas situaciones o cambia de contexto social.

- Los procesos de adaptación y desarrollo a los cambios que tienen lugar a lo largo de su vida.

A su vez, Ruiz Olabuénaga e Ispizua (1989; 224) resumen las fases para la construcción de una historia de vida:

1.- La selección del sujeto: la mayoría de autores señalan como criterios de selección de un sujeto que destaque por su "marginalidad", por su excelencia o por su representatividad de un grupo. Es primordial que el investigador se cuestione una serie de preguntas acerca del entrevistado, para ello Del Rincón et al (1995; 351) dan una muestra de ellas:

- ¿Es un buen informante?
- ¿Tiene una historia de interés para contar?
- ¿Ha vivido la experiencia y ha participado en los acontecimientos que se desean explorar?

- ¿Es brillante, sincera, autocrítica, amena, dispuesta a llegar al final?

2.- La duración del estudio: número de encuentros necesarios.

3.- Crear el marco de la relación: acuerdo entre investigador e informante donde conste lugar, hora, duración...

4.- Ética: garantizar respeto, anonimato, responsabilidad de uso de la información...

5.- La recogida de la información.

Para la elaboración de esta investigación se han realizado dos historias de vida a personas mayores de la Residencia Nuestra Señora de los Ángeles. Por un lado se ha realizado la historia de vida de una persona que lleva más de 9 años residiendo en este centro y la otra historia de vida corresponde a otra persona que únicamente lleva unos meses viviendo en la Residencia, con esto se pretende dar una visión doble de la adaptación y los apoyos que reciben los ancianos en la Residencia según el tiempo que llevan viviendo en ella.

CAPÍTULO 3. MARCO TEÓRICO

En este capítulo se pretende conocer toda aquella información existente previa al proceso de investigación para llegar a comprender la realidad de las personas y situaciones que se van a estudiar.

3.1 Concepto de apoyo social

Las redes de apoyo social van a jugar un relevante papel, máxime entendiéndolas en un sentido amplio, como ese conjunto de personas que te brindan ayuda, pero sobre todo, apoyo psicológico. Es saber que hay personas que se preocupan por uno, que a uno se le quiere, que somos estimados y valorados y que pertenecemos a una red que implica comunicación y relación mutua.

L. Barker en The Social Work Dictionary (1999; 454) define el apoyo social como las actividades y relaciones formales e informales que se proporcionan para las necesidades de los seres humanos en su esfuerzo por vivir en la sociedad. Estas necesidades incluyen educación, seguridad, atención a la salud y especialmente una red de personas y grupos que ofrecen ánimo, acceso, empatía, modelos de rol e identidad social.

Según Bermejo (2009: 66) el apoyo social es poder satisfacer nuestras necesidades sociales básicas a través de la interacción con otros. Es sentirse apoyado por aquellas personas que a cada uno le son significativas.

Es por ello que favorecer el desarrollo emocional de las personas va a constituir una meta central para que puedan mejorar su calidad de vida. Los siguientes objetivos nos orientan a lograrlo:

Prestar atención a sus emociones, identificarlas, valorarlas. Ayudarles a que ellos mismos también las consideren: que las distingan en sí mismos y en

los demás. Que puedan, si lo desean, comprender, aceptar por qué surgen (si es por pensamientos, recuerdos, situaciones, actividades específicas, etc.). Respetarlas.

Favorecer que experimenten y expresen emociones positivas: facilitando relaciones y actividades significativas, valiosas.

Ayudar a las personas a reconocer y a emplear sus mecanismos de regulación emocional (tales como la distracción, selección o modificación de situaciones, participación, relajación, etc.),

Según Bermejo (2009, 68) es necesario favorecer que las personas aumenten su capacidad de control de las emociones: saber que ellos pueden decidir qué hacer para sentirse bien (relaciones, actividades u ocupaciones le resultan mejor a cada uno). Las oportunidades de elección y participación en las Residencias son imprescindibles para lograr este desarrollo emocional.

Sabemos que la comunicación es esencial para las personas, por ello, la incapacidad para hacerlo adecuadamente provoca a las personas importantes consecuencias emocionales negativas.

Barrón (1996; 49) explica los que para ella son los efectos positivos y negativos del apoyo social. En primer lugar como efectos positivos considera que las personas con redes de apoyo más pequeñas y menos recíprocas tienden a aumentar el riesgo de padecer una enfermedad mental (depresión, neurosis o esquizofrenia). Del mismo modo considera que existe evidencia de asociación entre apoyo social reducido y mortalidad. Por otro lado, como efectos negativos, opina que puede darse una relación de superioridad-inferioridad que entra en conflicto con los valores de independencia y autoconfianza que deberían de tener las personas adultas.

Siguiendo el documento sobre el apoyo social emitido por el Insitituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, existen cuatro tipos de apoyo social:

- Apoyo emocional: comprende la empatía, el cuidado, el amor, la confianza y es uno de los tipos de apoyo más importantes. En general, cuando las personas consideran de otra persona que ofrece apoyo, se tiende a conceptualizar en torno al apoyo emocional. El resto de tipos de apoyo social suelen ser menos utilizados en la explicación y estudio de este concepto pero en ciertas situaciones suelen tener una gran importancia.
- Apoyo instrumental: se ofrece "apoyo instrumental" cuando se emiten conductas instrumentales que directamente ayudan a quien lo necesita; se ayuda a otro a hacer o acabar el trabajo, se cuida de alguien....
- Apoyo informativo: se refiere a la información que se ofrece a otras personas para que éstas puedan usarla para hacer frente a las situaciones problemáticas. Se diferencia del apoyo instrumental en que la información no es en sí misma la solución sino que permite a quien la recibe ayudarse a sí mismo.
- Apoyo evaluativo: al igual que el apoyo informativo, sólo implica la transmisión de información, y no el afecto que se transmite en el apoyo emocional. Sin embargo, la información que se transmite en el apoyo evaluativo es relevante para la autoevaluación, para la comparación social. Es decir, otras personas son fuentes de información que los individuos utilizan para evaluarse a sí mismos. Esta información puede ser implícita o explícitamente evaluativa.

3.2 Envejecimiento

Como dice Fresno (1998; 161) la vejez no es solamente un hecho biológico, sino también cultural y demográfico. Biológico, determinado por el progresivo deterioro de la persona. Sociocultural, porque la función de los ancianos cambia según culturas y épocas. Y es también un hecho demográfico como se explica a continuación.

El envejecimiento demográfico o envejecimiento de la población se refiere al proceso de transformación de la estructura por edad de una población, donde la población mayor de 65 años aumenta, tanto en términos absolutos como relativos, en detrimento de la población joven.

Este proceso de envejecimiento tal y como explican González y San Miguel (2001: 22), se debe principalmente a dos razones de peso, por un lado al descenso continuado de la fecundidad y por el otro a la prolongación de la esperanza de vida, resultado del descenso de la tasa de mortalidad a todas las edades. Estos procesos son, a su vez, consecuencia de factores diversos que abarcan desde los avances científicos y técnicos, nuevos fármacos y nuevas técnicas terapéuticas, hasta la universalización del sistema sanitario y la mejora general de la calidad de vida para la población.

Como ya se ha apuntado, el descenso de la natalidad es sin duda el factor más influyente en el proceso de envejecimiento. Dicho descenso en España tiene un carácter sostenido el cual únicamente se ve interrumpido por el famoso baby-boom acaecido en la década de los 60. Solo durante esta década y hasta 1974 aproximadamente continuará incrementando el número de nacimientos. A partir de ese momento, la fecundidad sufre un descenso acelerado.

Con respecto a los cambios producidos en las tasas de fecundidad española Robles González (2011: 42) explica que los valores analizados a finales del siglo XX oscilan alrededor de 1,2 y 1,3 hijos por mujer, una cifra

que se encuentra muy por debajo del nivel mínimo necesario para conseguir el reemplazo generacional que sería de 2,1 hijos por mujer.

Figura.2: Evolución de la población española de 1990-2031.

Años	Total miles	65 y + total miles	% 65 y +
1990	8.618	968	5,2
1910	19.996	1.106	5,5
1920	21.390	1.217	5,7
1930	23.678	1.441	6,1
1940	25.878	1.690	6,5
1950	27.977	2.023	7,2
1960	30.529	2.505	8,2
1970	34.041	3.291	9,7
1981	37.683	4.237	11,2
1991	38.872	5.352	13,8
2001	40.802	6.176	15,1
2011	41.184	6.277	15,2
2021	40.667	6.666	16,4
2031	39.788	7.787	19,6

Fuente: Elaboración propia a partir de INE anuario estadístico, varios años. Proyección de la población española, para el período de 1980-2010.

En segundo lugar, el envejecimiento de la población es resultado del crecimiento de la esperanza de vida. Robles González (2011:42) explica cómo la evolución de la esperanza de vida al nacer se caracteriza por un continuo incremento a lo largo de siglo pasado y que se mantiene hasta la actualidad. Si bien en 1900 la esperanza de vida al nacer se situaba en los 35 años, en 1970 ésta ya ascendía a los 72 años de edad. El ritmo de crecimiento de este indicador no ha sido siempre el mismo pero en ningún momento ha dejado de crecer. En la actualidad la esperanza de vida en España se sitúa en los 81 años para ambos sexos.

Según González y San Miguel (2001:40) la previsión es que en el futuro se va a producir un mayor envejecimiento de la población ya que por un lado, todavía no se ha producido un remonte de la fecundidad que augure

recuperación de la situación actual y por otro lado los avances médicos y tecnológicos harán que continúe aumentando la longevidad de la población.

Este pronóstico posee una parte de positividad y ánimo hacia la población que verá ampliada cada vez más su esperanza de vida pero también supone un reto ya que supone un aumento de demandas de salud y servicios sociales que obliga a llevar a cabo una redistribución de estos recursos y una mejora de gasto público en general.

Aunque, como dice Giró Miranda (2006: 25), sin duda el verdadero reto con respecto al aumento de esperanza de vida es lograr una auténtica calidad de vida de las personas mayores que les permita mantener la actividad y la independencia con el fin de vivir y disfrutar de esa prolongación de la vida.

En relación al concepto de envejecimiento se han desarrollado distintas teorías que se detallan a continuación.

Pia Barenys (1991:21) divide las teorías del envejecimiento en tres bloques: teorías que entienden el envejecimiento como un fenómeno biológico, las perspectivas psicosociológicas y la perspectiva ecológica.

Es la perspectiva psicosociológica la que está relacionada con el tema de investigación y por lo tanto la que se va a explicar con detenimiento.

La primera de estas teorías es la de la actividad la cual defiende que cuantas más actividades se realizan, más posibilidades se tienen de estar satisfechos con la vida.

Siguiendo a esta autora, se puede ver que explica que dicha teoría encuentra el factor preventivo de la senilidad en base a mantener a las personas activas ya sea mediante hobbies, viajes, participando en la vida de la vecindad...

Su representante es Havighurst quien llevó a cabo una investigación en Kansas con personas de entre 50 y 90 años; la conclusión con la que pudo

concluir es que las personas mayores más activas se encuentran mejor adaptadas en la sociedad y más satisfechas.

La teoría de la desvinculación fue desarrollada por Elaine Cumming y William Henry. Considera que cuando se llega a la vejez se pierden una serie de roles que se habían ido manteniendo a lo largo de la vida pero, al contrario que la teoría anteriormente mencionada, estima favorable dicha pérdida tanto para la propia persona como para las que le rodean.

Está ampliamente relacionada con la teoría de la modernidad ya que considera que la percepción social que se tiene de los mayores y la posición que ocupan en la sociedad decrece a medida que la sociedad avanza y se moderniza.

María Pia Barenys (1991:24) explica, en la línea de esta teoría, que el proceso de envejecimiento conlleva a la persona anciana a un cierto sentido de desmoralización al comprender que no es capaz de mantener las relaciones y roles sociales que hasta entonces había venido desarrollando. Es por ello por lo que decide apartarse y pasar a un segundo plano dentro de la sociedad.

Continúa diciendo que la sociedad a su vez debería favorecer este retiro al que voluntariamente se someten las personas mayores y tratar de evitarles cargas sociales y obligaciones.

La teoría de la modernización, representada por Cowgill y Holmes (1972), afirma que existe una relación inversa entre la posición social que ocupan las personas mayores en la sociedad y el nivel de industrialización de dicha sociedad. De este modo explica María Teresa Bazo (2011:80) en las primeras sociedades preindustriales las personas ancianas tenían un estatus elevado por el control que poseían de los recursos escasos y del conocimiento de la tradición.

Cowgill encuentra una serie de elementos de la modernización que causan el descenso del estatus social de las personas de la tercera edad, estas

son el desarrollo tecnológico en salud y economía, la urbanización así como la educación generalizada.

Blau y Homans representan la teoría del intercambio, dicha teoría defiende que las personas mantienen relaciones que les resultan beneficiosas y abandonan aquellas otras costosas.

Esta teoría considera que la razón por la cual existe una disminución en la interacción entre las personas mayores y los jóvenes es que las personas mayores tienen menos recursos para ofrecer en el intercambio social y de esta manera tienen menos para contribuir al encuentro.

La teoría de la competencia hace hincapié en el entorno de las personas mayores el cual puede hacer que sufran cambios en sus vidas y provoquen una ruptura con la sociedad y como consecuencia se perciban a sí mismas como dependientes y enfermas.

Según esta teoría las personas no modifican su temperamento, actividades, creencias...conforme pasa el tiempo sino que siguen manteniendo en cierta manera las que han llevado a cabo siempre.

La teoría de la subcultura de Rose, como dice María Teresa Bazo, explica el proceso de envejecimiento a través de la subcultura que crean las propias personas mayores. Esta subcultura se forma o bien porque este colectivo ha sido segregado del resto de la sociedad y por lo tanto aumenta la interacción entre ellos o bien porque comparten mayores intereses y creencias como puede ser la salud, la experiencia de vida...

La teoría de la economía política se ve representada por autores como Carroll Estes, Anne-Marie Guillemard y Peter Townsend. Lo que viene a decir esta teoría es que la estructura económica de una sociedad influye notoriamente en el estatus que ocupan las personas mayores en dicha sociedad.

Desde esta perspectiva se enfatiza la importancia y el papel crucial que cumple la jubilación y la situación del mercado de trabajo en la vida de las personas ancianas.

Mathilda Riley defiende la teoría de la estratificación por edad, la cual expone que un grupo de personas que pertenecen a la misma generación y envejecen juntas comparten unos estilos de vida y valores semejantes. Lo que viene a querer a decir la autora es que las personas según la edad que posean se situarán en un escalafón determinado de la jerarquía social y por lo tanto desempeñarán unos determinados roles y disfrutarán de distintos derechos y obligaciones.

La teoría del ciclo de vida está representada por Neugarten y como se había mencionado anteriormente se cuestiona que el proceso de envejecimiento comience desde el nacimiento de la persona y se vaya viendo influenciado por aspectos sociales, psicológicos y biológicos.

La perspectiva ecológica del envejecimiento también tiene una relación directa con la manera en que las personas mayores se perciben a sí mismas y los apoyos que reciben del entorno.

Pia Barenys (1991:28) explica que esta perspectiva hace referencia al entorno tal como es percibido por las personas, en particular por las de edad avanzada, y cómo esta percepción influye en el propio proceso de envejecimiento. Se tiene en cuenta tanto las oportunidades que existen en el entorno como el uso que las personas mayores hacen de los recursos disponibles. Un cambio en el entorno de la persona anciana puede modificar significativamente su situación personal en cuanto a estado de ánimo o de salud.

Laforest (1991: 79) define tres crisis asociadas al envejecimiento:

- **La crisis de identidad** donde se viven un conjunto de pérdidas que pueden deteriorar la propia autoestima.
- **La crisis de autonomía**, dada por el deterioro del organismo y de las posibilidades de desenvolverse en las actividades de la vida diaria (AVD).
- **La crisis de pertenencia**, experimentada por la pérdida de roles y de grupos a los que la vida profesional y las capacidades físicas y de otra índole que afectan en la vida social.

A nivel social, como comentan Matellanes, Díaz y Montero (2010; 80) existen multitud de mitos y estereotipos en relación a las personas mayores; muchas personas piensan que todas las personas mayores presentan trastornos de memoria, problemas de salud crónica, que están siempre cansados, que no tienen vida sexual, que se irritan con facilidad.

Para evitar esta serie de estereotipos formados, Ballesteros Jiménez (2007; 126) propone promover los contactos intergeneracionales para facilitar el conocimiento mutuo y personalizado así como educar en valores que promuevan el trato individualizado y el respeto hacia las personas de diferentes edades.

Siguiendo a la misma autora (2007; 134) entiende que uno de los indicios que ponen de manifiesto el paso del tiempo es el trato que recibimos de las demás personas. En muchas ocasiones los ancianos reciben un trato que no coincide con la edad que sienten interiormente.

Matellanes, Díaz y Montero (2010; 62) creen posible y casi necesario tener un envejecimiento satisfactorio, para ello consideran fundamental atender a los siguientes factores:

- Estado de salud: El uso adecuado de la medicación y unos hábitos saludables de vida.
- Actividad física: disminuye la depresión, la ansiedad, acorta el tiempo de reacción y mejora la memoria y otras funciones cognitivas.
- Educación y nivel de inteligencia: la educación promueve la realización de actividades intelectuales que contribuyen a mantener la función cognitiva.
- Personalidad y estado emocional: una personalidad flexible y la autoeficacia está directamente relacionada con el menor declive cognitivo.
- Entrenamiento cognitivo: el entrenamiento de la memoria puede mejorar la ejecución de personas de edad avanzada.

3.3 Ingreso de la persona mayor en Institución Residencial

El hecho de que una persona mayor ingrese en una institución Residencial puede darse por varias situaciones: la primera de ellas y probablemente la que más peso tiene es la disminución de la autonomía de la persona mayor y que por lo tanto, requiere una serie de cuidados suplementarios y especial dedicación. Una segunda razón de ingreso puede ser por circunstancia de que el anciano o anciana ha perdido a su cónyuge, vive independiente de sus hijos, quizás alejado, y se plantea por otras vías que en el caso precedente la oportunidad de que persista viviendo solo o sola cuando su capacidad de bastarse a sí mismo empieza a declinar. (Barenys, 1991: 113). La tercera razón se puede deber a la pérdida de ingresos económicos por parte de las personas mayores quienes prefieren invertir la cuantía de sus pensiones en recibir atención Residencial.

(Barenys, 1991: 73) Las Residencias de la Tercera Edad son el último eslabón de una serie de instituciones que se han ido sucediendo a lo largo del

tiempo cuya función dentro de la sociedad ha sido "dar cobijo", "custodiar", en definitiva poder hacerse cargo de las personas mayores que así lo precisaban.

Siguiendo la definición que IMSERSO da acerca de los Centros Residenciales para personas mayores estos son establecimientos destinados al alojamiento temporal o permanente, con servicios y programas de intervención adecuados a las necesidades de las personas objeto de atención, dirigida a la consecución de una mejor calidad de vida y a la promoción de su autonomía personal.

Tradicionalmente la familia ha tenido un gran peso en la sociedad, se ha ocupado de las personas mayores y enfermos cuidándoles y prestándoles las atenciones necesarias. Principalmente esta labor se encomendaba a las mujeres, sin embargo, conforme su inserción en el mercado laboral se ha ido extendiendo y normalizando también ha supuesto un auge de las Residencias de ancianos.

(Maria Pia Barenys, 1991: 9) El cuidado de los ancianos en casa acarrea problemas de todo tipo: económicos, de distribución de tiempo y de atenciones, permanencia forzada en el hogar, distanciamiento de las amistades, además de los derivados del estado anímico del enfermo. El desgaste psicológico a que puede dar pie no es fácilmente tolerable dentro de la cultura de la sociedad industrial avanzada.

Si bien es cierto que muchas familias prefieren seguir cuidando de sus mayores en casa, cada vez son más las que entienden que en un Centro trabajan profesionales que pueden atender adecuadamente a sus familiares.

Según Delgado (2001; 324), la decisión del ingreso supone, salvo en los casos de personas con un alto grado de dependencia y/o pérdida de autonomía, el final de una larga lucha por mantenerse en su domicilio y en su entorno comunitario. Al sentir que esta batalla ha sido perdida, el mayor deberá tomar conciencia y aceptar la pérdida de sus capacidades físicas,

psíquicas y/o sensoriales. La aceptación de estos cambios implica un alto nivel de ansiedad y cierto grado de depresión que se debe tener en cuenta en las intervenciones.

Al hilo de esto último Gracia Fuster (1997; 154) indica que el cuidado residencial es rara vez considerado como el medio preferido de ayuda o tratamiento por la persona anciana, y es habitualmente aceptado como el último recurso o como la evidencia del fracaso.

Sin embargo, como apuntan Matellanes, Díaz y Montero (2010; 95) es conveniente tener en cuenta una serie de factores que van a influir en la percepción positiva o negativa del anciano sobre su propia institucionalización:

- El grado de cambio ambiental debido al ingreso en la institución: se pasa de un macroambiente exterior a un microambiente interior.
- Naturaleza del propio ambiente institucional: aquellos lugares en que se fomenta la autonomía tienen a reducir los cambios en el funcionamiento de las personas mayores.
- Preparación previa y voluntariedad: alivia la tensión, disminuye la ansiedad y construye expectativas realistas.
- Estado de salud previo: este factor condiciona su nivel de adaptación.

Continuando con lo que expone Delgado (2001; 330), es muy importante que tras el ingreso de la persona mayor en la Residencia tenga lugar un período adaptación, en el que se realice el seguimiento de su integración en la vida del centro.

Como podemos ver en la Legislación de Servicios Sociales de Andalucía, en sus Artículos 12 y 13 define perfectamente el período de adaptación y observación:

"Que todos los beneficiarios, al ingresar por primera vez en un centro, habrán de someterse a un período de Adaptación. Dicho período tendrá en las Residencias de la tercera edad una duración de veinte días, que podrá ser ampliado hasta un máximo de otros veinte días. En cada centro se constituirá una Comisión Técnica de Valoración, que tendrá la finalidad de comprobar si los beneficiarios reúnen las condiciones indispensables para la convivencia normal en el mismo."

Una vez iniciada la vida en la Residencia, según Lázaro Ruiz y Gil López (2010: 4) la red informal de las personas mayores queda dividida en:

- Red exterior, compuesta por familiares y amigos que siguen manteniendo el contacto con el anciano ya sea a través de visitas a la Residencia, llamadas telefónicas o salidas del propio residente.
- Red de residentes compuesta por residentes del Centro con los que la persona mayor mantiene una relación directa y habitual.
- La tercera fuente de apoyo informal es el personal del Centro.

La intervención en gerontología debería estar regulada por los siguientes doce principios (IMSERSO, 1995: 75)

1. **Descategorización:** Diseñar sistemas de intervención en los que el individuo no sea etiquetado, categorizado o codificado. Sistemas que respeten su singularidad y que fomenten las habilidades implicadas en el mantenimiento de la autonomía y la toma de decisiones.
2. **Complejidad:** Los procesos, problemas y situaciones que se dan en las personas mayores son complejos, multidimensionales. Es esencial identificar y considerar la totalidad de las variables que están interactuando, su carácter global y abordar la intervención desde un esquema multidisciplinar.

3. **Reestructuración cognitiva de los profesionales:** Identificar y eliminar todas aquellas ideas irracionales que sobre la vejez tienen los propios mayores, y las de los propios profesionales que trabajan en este ámbito y que mediatizan su intervención. Creer que el trabajo con ancianos es poco efectivo, que lo normal es que estén enfermos y deteriorados, y muchas más de este estilo, se convierten en profecías autocumplidas que es necesario desechar.
4. **Diferencia:** De la igualdad de oportunidades a la igualdad de resultados; Tratar a cada sujeto según sus necesidades compensando las desigualdades.
5. **Apertura:** los programas de intervención han de posibilitar su interrelación con otros programas existentes.
6. **Programa:** Necesidad de programar tanto la gestión como la intervención y la difusión de la información.
7. **Evaluación:** La intervención debe ser evaluada: sus efectos, rentabilidad, competitividad, calidad, cambios originados y costes-desarrollo-beneficios.
8. **Ejecución:** El modelo de intervención elegido ha de ser flexible, permitir las elecciones sobre distintos programas de intervención según variables diferentes.
9. **Automodificación:** Los sistemas de intervención con personas mayores han de ser dinámicos, con capacidad automodificadora y no autoperpetuadora.
10. **Plasticidad:** Los sistemas de intervención no deben ser un catálogo de prestaciones rígidamente establecidas; la plasticidad, flexibilidad y

capacidad de adaptación a una realidad concreta son elementos primordiales.

11. **Competencia:** Optimizar el sistema de apoyo profesional es un elemento clave; optimizar destrezas, habilidades y recursos personales así como las redes y sistemas de apoyo natural.

12. **Interdisciplinariedad:** la intervención sobre el proceso, el problema, etc... se aborda desde y sobre las diferentes variables interconectadas, con la actuación sincrónica de todos los campos profesionales implicados.

La experiencia de la institucionalización puede tener influencias negativas para el anciano pues supone tanto una ruptura con el espacio físico propio, que la persona se ha apropiado, como una discontinuidad de la experiencia con sus redes sociales.

Estas circunstancias pueden acarrear a los ancianos bien la pérdida de relaciones socio-afectivas que hasta entonces habían disfrutado o bien la aparición de nuevas amistades fruto de esta nueva situación.

A continuación se van a citar las posibles consecuencias del ingreso de una persona mayor en una Residencia (Sepúlveda; 2010: 49):

- Pérdida de control ante situaciones desconocidas, lo que genera una vulnerabilidad en el anciano.
- Aceleración del deterioro tanto biológico como cognitivo, así como una reducción innecesaria de actividades gratificantes.
- Aumento del grado de dependencia debido a sentimientos de soledad (mostrándose apáticos debido a la separación del núcleo familiar).
- Aislamiento; ya que experimentan una menor capacidad para adaptarse al lugar donde viven y crece el desinterés por todo lo que les rodea.

- La pérdida más importante que va a experimentar el nuevo residente es la de la familiaridad. La familiaridad es una fuente de confort, seguridad y placer en nuestra vida.
- La pérdida de libertad que sienten las personas que viven en Residencias queda patente si pensamos en que las diferentes actividades que realizan a lo largo del día transcurren todas en el mismo lugar, bajo la misma autoridad y en continua compañía de un numeroso grupo de personas.

Gracia Fuster (1997; 154) indica que incluso el mejor cuidado institucional para la persona anciana puede inducir efectos negativos, puesto que no resulta posible evitar: a) la identificación con aquellas personas más enfermas y vulnerables en la institución, b) percibir la necesidad cada vez mayor de recibir cuidados, c) sentir la muerte cada vez más cerca, d) percibir el propio futuro como limitado e incontrolable, e) interacciones que con frecuencia resultarán en conflicto, y f) el alejamiento de miembros de la familia.

Según Riquelme (1997; 27), el ingreso en una Residencia geriátrica, lleva consigo la incorporación a un ambiente tan extraño como artificial, en el que el anciano antes que cualquier otra cosa es un desconocido. Al ser una institución, además conlleva unas normas; lo que supone una mayor pérdida de control personal.

Desde el propio Centro se pueden promover actividades a realizar por las personas mayores en las que puedan invertir su tiempo y desarrollar ciertas capacidades, como apunta Fresno (1998; 172) existe un amplio repertorio de actividades pero es necesario tener en cuenta que se adapten a las capacidades de la persona; que sean actividades heterogéneas; que se respeten los ritmos y carencias de todas las personas; que se le dé la misma

importancia a las personas activas como a las pasivas así como que se acepten todas las iniciativas.

Continúa explicando que las actividades se pueden dar en diferentes contextos: tanto en el propio centro, con otros centros de personas mayores, en el propio centro con la colaboración de grupos de población intergeneracionales y en la comunidad.

Para Fresno (1998; 164) los centros destinados a la tercera edad deberían cumplir tres objetivos distintos:

- **Carácter preventivo:** la detección de disfunciones y cuadros demenciales producidos por causas tratables y potencialmente reversibles. Para ello, es necesario la práctica de una evaluación multidisciplinaria a todo anciano con alteraciones congénitas y/o pérdida de memoria importante.

- **Carácter terapéutico:** a pesar del alto grado de cronicidad y deterioro físico, psíquico y sensorial de los procesos invalidantes, es posible retardar su evolución y potenciar las facultades residuales, así como evitar el deterioro que toda institucionalización conlleva incluso en ancianos sanos.

- **Carácter social:** el apoyo a las familias es importante, y el hecho de que durante unas horas al día (o durante el día completo) la persona mayor pueda ser atendida fuera del domicilio aumenta la calidad de relación entre ésta y el anciano, y la aceptación de la enfermedad se vuelve más favorable.

3.4 Apoyo familiar

Como explica Moragas (1991; 142) las relaciones familiares se pueden dividir en primer lugar en intrageneracionales, es decir, entre familiares de la misma generación y en intergeneracionales.

Dentro de las primeras se sitúan las relaciones conyugales que constituyen la esencia de la relación familiar; así como las fraternales,

generalmente en la última etapa de la vida relacionada con la madurez y la ancianidad se lleva a cabo un reencuentro entre hermanos.

Las relaciones intergeneracionales están sustentadas por el vínculo padres e hijos el cual, como expresa Moragas (1991; 144) en la ancianidad es previsible que aumente debido a las mayores necesidades de los padres, produciéndose el mecanismo de compensación vital. A través de dicho mecanismo padres e hijos tratan de encubrir voluntaria o involuntariamente debilidades o sentimientos inadecuados que han tenido lugar hasta el momento, reemplazándolos por otros más gratificantes.

Las hijas generalmente asumen con mayor frecuencia el papel de cuidadoras de los padres enfermos mientras que los hijos tienden a responsabilizarse en la toma de decisiones y apoyo financiero.

El segundo tipo de relación intergeneracional es la que se crea entre abuelos y nietos. El hecho de que aumente la esperanza de vida hace también que los nietos puedan disfrutar más tiempo de esta relación fraternal.

Tras la institucionalización del anciano, la familia deja de tener tanta relevancia, dado que un equipo de profesionales asume las funciones de cuidadores.

Es interesante conocer el proceso que siguen los familiares una vez se ha llevado cabo el ingreso del anciano en la Residencia, de esta manera, según Padierna (1994, 5) existen cuatro estadios diferenciados que quedan resumidos de la siguiente manera:

- ESTADIO I

Se da una cierta ambivalencia; por un lado existen preocupaciones intrapersonales, sentimientos de soledad, aislamiento... Pero por otro lado, los familiares sienten alivio y agradecimiento de que el anciano reciba unos cuidados que la familia no era capaz de proporcionar.

- ESTADIO II

Las reuniones entre la familia, paciente y equipo cuidador, pueden ser útiles para todos y posibilitan la contribución de la familia al bienestar del anciano en la Residencia. Los familiares pueden sentirse más cómodos en grupos de apoyo formado por miembros de familias de otros residentes.

- ESTADIO III

Los familiares negocian con el equipo cuidador una nueva definición de sus responsabilidades. Se da un nuevo patrón de visitas; normalmente menos frecuentes y de la participación en el cuidado.

- ESTADIO IV

La familia alcanza un balance entre sus propias necesidades y las del familiar, se siente bien dentro de la institución y empieza a aceptar el cambio en la relación con su familiar.

Las diferentes visiones o tópicos más frecuentes entre los equipos Residenciales y que con frecuencia impregnan su filosofía de relación y de colaboración, se pueden sintetizar en cuatro posturas:

- **La familia como sujeto ausente o «estorbo», en la vida Residencial**

Se destaca el abandono familiar de los ancianos residentes, a través de la escasez de visitas o de los frecuentes conflictos con el equipo asistencial, personificada en algunas familias que interfieren en las labores asistenciales, por «excesivo número de visitas», participación «competitiva» en las labores de cuidados básicos, o actitudes de crítica y «vigilancia» hacia el personal cuidador.

- **La familia como fuente de recursos de cuidados complementarios para el anciano residente:**

La institución considera que las familias pueden y deben colaborar en la prestación de cuidados complementarios para la correcta asistencia de los residentes. La perfecta coordinación de ambos sistemas de apoyo (formal e informal), dependerá de la relación alcanzada entre las familias y la Residencia, que permita alcanzar el grado de claridad necesario en la distribución de las tareas en el cuidado y del grado en que la institución estimula y apoyo a la integración de las familias en determinadas áreas del cuidado.

- **La familia como cliente**

Algunas investigaciones han reconocido que los familiares de los ancianos institucionalizados, tienen necesidades propias de atención, que los equipos asistenciales deberían atender.

- **La familia como copartícipe en la gestión del centro Residencial**

Gracia Fuster (1997; 133) afirma que gran número de investigaciones han demostrado que la mayoría de personas mayores mantienen un contacto frecuente con la familia de la que reciben apoyo y diversos servicios. Continúa explicando que la familia continúa siendo la fuente de apoyo más importante para la población anciana más dependiente y necesitada.

El clima de las visitas y otros encuentros en la Residencia, como expone De los Reyes (2007, 135) está condicionado por los significados predominantes asociados a la vejez y a la institucionalización de larga estancia, como la discapacidad, la enfermedad, la muerte y el aislamiento.

Factores como las dificultades de comunicación originadas en las afecciones mentales, y la escasa presencia en la red de relaciones del anciano de otros familiares, amigos y vecinos, pueden generar un ambiente desfavorable en dichos encuentros.

Las experiencias negativas de cuidado familiar previas a la institucionalización, según De los Reyes (2007, 36) pueden ser factores explicativos del distanciamiento de los Centros Geriátricos cuando el anciano ha ingresado en uno de ellos, que se expresará en pocas visitas en algunos casos, y en una visión conformista en otros.

Es necesario conocer el contexto que rodea a cada persona institucionalizada para comprender por qué existe un debilitamiento de su red social, hacer referencia a la composición de los grupos familiares, a la situación económica y laboral de sus integrantes, a la salud de los ancianos y las experiencias de los familiares en los cuidados previos al ingreso de la Residencia.

Otra razón que puede explicar el clima negativo en las visitas al anciano por parte de sus familiares es el hecho de que se esté dando un tipo de maltrato.

Atendiendo a la definición que proporciona el Consejo de Europa acerca del maltrato en la familia, éste es una acción u omisión cometida en el seno de la familia por uno de sus miembros que menoscaba la vida o la integridad física o psicológica incluso la libertad de otro de los miembros de la misma familia y que causa un serio daño al desarrollo de su personalidad.

Existen numerosos tipos de maltrato aunque a continuación se detallarán los que atañen a dicha investigación:

- La negligencia según García Sánchez (2007, 66) aquella acción u omisión consistente en no proporcionar a la persona mayor aquellos elementos que constituyen sus necesidades básicas, como puede ser alimentación, higiene, vestido, confort, seguridad, afectividad y requerimientos sociales o financieros ya sea de forma voluntaria o involuntaria por parte de la persona responsable.

Es un tipo de maltrato no físico pero que intencionalmente o por descuido no se proporciona el cuidado o supervisión necesarios y se le expone a un cierto riesgo de daños físicos, mentales o emocionales.

Siguiendo el esquema de la denominada pirámide de Maslow existen cinco necesidades básicas que todos los individuos deben satisfacer que son: necesidades fisiológicas y necesidades de protección o seguridad (cubiertas por la Residencia) necesidades sociales, necesidades de autoestima y necesidades de autorrealización las cuales deberían estar complementadas por los familiares.

- El abandono, se trata de un término muy relacionado con la negligencia. En este caso se trataría de la falta de provisión de afecto y relación social por parte de los familiares hacia el anciano institucionalizado.
- La explotación financiera hace referencia a la utilización inadecuada por parte de terceros y sin consentimiento o consentimiento viciado de la víctima de los fondos, posesiones, propiedades y/o bienes de éste, en beneficio de un tercero o terceros.

3.5 Relaciones entre amigos y pares

Cuando los ancianos comienzan su vida dentro de la Residencia, tendrán la posibilidad de mantener dos tipos de relaciones. Por una parte, las relaciones que brinda el nuevo ambiente con los demás habitantes de la propia residencia; es un tipo de relaciones que se podrían denominar de interior de la institución geriátrica.

Por otro lado se encuentran los contactos con el “mundo exterior” a la Residencia, es decir, aquel que rodeaba al anciano antes de su

institucionalización. En cada uno de estos dos tipos de relaciones (internas y externas) se pueden distinguir tanto dimensiones objetivas (las relaciones que realmente se producen) como dimensiones percibidas (la percepción de las relaciones).

Como explica Olivares (2000, 2) aunque las relaciones con los hijos son importantes, parece tener más importancia las relaciones con los amigos en la situación de bienestar social y satisfacción de los mayores. Hay dos factores que pueden ayudar a explicar este hecho; el primero, habla de que estar con amigos es más estimulante que estar con la familia ya que supone una socialización activa y una conversación intelectualmente estimulante ; en segundo lugar, al menos una gran mayoría de viudos mayores, al estrechar relaciones con sus hijos, genera estrés.

Según Pastor Fayos (2003, 72) incluso cuando las relaciones familiares son satisfactorias, las relaciones con las amistades son fundamentales por tratarse de personas con las que se comparte no sólo la edad sino algo más importante como es una experiencia vital parecida, intereses comunes, recuerdos opiniones y valores similares.

Estas relaciones proporcionan intimidad emocional actuando como confidentes, consejo y empatía y compañía. Se caracterizan por su carácter voluntario y no obligatorio basado en la reciprocidad y el afecto, que contrasta con las relaciones familiares en las que pueden existir sentimientos de obligación subyacentes.

Como se ha mencionado anteriormente, algunos estudios demuestran que la buena autoestima y estado de ánimo de las personas mayores depende más de la calidad de las relaciones con los iguales y las relaciones de amistad que de las relaciones con la familia.

Aunque en algunos casos esta red puede sufrir un debilitamiento, según De los Reyes (2007, 142) este debilitamiento de la red de apoyo de amigos y

vecinos puede analizarse como resultado de una limitada vida social pre-ingreso de los ancianos, el fallecimiento de amigos, vecinos y conocidos y la incidencia de déficits cognitivos y demencias.

3.6 Sentimiento de soledad

Madoz (1998: 283) describe la soledad como el convencimiento apesadumbrado de estar excluido, de no tener acceso a ese mundo de interacciones, siendo una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional.

Según el estudio de Sanzo, alrededor del 50% de los residentes tienen un escaso nivel de relación y grandes dificultades para generar relaciones de amistad con los demás residentes.

Es importante diferenciar el aislamiento de la soledad; la soledad puede asociarse a cierta timidez que impide asumir la iniciativa comenzar relaciones sociales tras un cambio de ambiente o condiciones; por otro lado, en muchos casos, las personas que viven solas pasan gran parte de su tiempo pensando en sus hijos lejanos, llorando el fallecido cónyuge... este aislamiento puede conducir a la depresión y perjudicar el funcionamiento social de las personas mayores.

Según Mendia Gallardo (1991; 203) se producen efectos negativos en la institucionalización de los ancianos, y a ello van ligadas una serie de consecuencias. Pueden darse: depresión e infelicidad, falta de competencia intelectual, rigidez y falta de energía, autoimagen negativa, sentimientos de insignificancia personal, incremento de la ansiedad, pérdida de intereses y actividades, pasividad. Los ancianos llegan a considerar que el tipo de vida que llevan es triste y monótona, mostrando un grado de frustración.

Además del ingreso de la persona mayor en una Residencia como se apuntaba anteriormente existen otras causas de soledad como el deterioro de las relaciones familiares, el aislamiento social y la menor participación en actividades agradables, a lo que contribuyen factores como la muerte o la ausencia de sus congéneres, dificultades motoras y de desplazamiento, limitaciones perceptivas como sordera o ceguera que marcan barreras con las demás personas. (Cardona et al. 2009; 154)

Según Matellanes, Díaz y Montero (2010; 85) la soledad está influida por factores diversos como la clase socioeconómica, la clase étnica, la viudez, las relaciones familiares, la economía, y muchos otros factores que interactúan de cara a proporcionar una compleja red de sucesos y presiones.

Los mismos autores opinan que tanto la jubilación como la viudedad son dos elementos clave que influyen directamente en el sentimiento de soledad. Por un lado la jubilación supone el comienzo de una nueva etapa caracterizada por la liberación de las obligaciones profesionales y la necesidad de realizar una reestructuración de la vida cotidiana, por eso mismo sino se lleva a cabo una buena reorganización de la vida diaria es posible que surjan sentimientos de cierta tristeza, desamparo...

Por otro lado la viudedad supone la pérdida de la estructura vital del individuo; una vez falta el cónyuge la cercanía o lejanía de los hijos, la existencia de nietos, y el carácter favorable o no de las relaciones familiares va a ser decisivo en la aparición del sentimiento de soledad.

3.7 Trabajo Social en Residencia geriátrica

Para Fresno (1998; 168), siguiendo la definición que aporta Carmen Delia Sánchez en el libro Trabajo Social y Vejez, el Trabajo Social con personas mayores es el intento de encontrar un balance entre las demandas del

ambiente social y los esfuerzos de ajuste de la persona mediante el trabajo individualizado, en grupo o en organizaciones, ya sea directa o colaborativamente.

Según el mismo autor (1989: 40) el Trabajo Social con personas mayores tiene que estar sustentando por los siguientes objetivos básicos:

- En primer lugar, cubrir las necesidades básicas de comida, vestido y salud que su situación económico-social les impide mantener y las no menos básicas de ser reconocido como se es y de mantener relaciones con los demás.
- Allanar las dificultades de hábitat que su nueva situación física les hace encontrar para proseguir su permanencia en él.
- Devolver al anciano su sentido de pertenencia a la comunidad, haciéndoles sentirse útiles para toda la sociedad de la que siguen formando parte.

El mismo autor aclara los principios de actuación que se han de seguir en el Trabajo Social con ancianos, en primer lugar conocer la problemática que rodea a las personas mayores y su valor dentro del contexto social, en segundo lugar conocer la situación sociocultural, económica, sanitaria... y por último establecer una relación entre las necesidades y los recursos necesarios.

Para Barrón (1996; 67) existen tres niveles distintos de actuación en relación al apoyo social en Trabajo Social con ancianos:

- Nivel individual, cuya intervención se centra únicamente en un individuo con el objeto de mejorar, crear o ampliar sus redes sociales.
- Nivel grupal, en el que se interviene con varios individuos simultáneamente, siendo el objetivo fundamental la creación de nuevos lazos, ampliando las fuentes potenciales de apoyo social d los miembros del grupo.

- Nivel comunitario, su objetivo es incrementar el nivel de apoyo social en la comunidad general.

Según Pérez Fernández (2001: 40) se deben ofrecer servicios y actividades para promover un entorno de relaciones interpersonales y convivenciales que satisfaga la demanda, expectativas y necesidades vitales de las personas residentes y sus familias, procurando su bienestar y satisfacción plenos. Las intervenciones recogidas en los siguientes instrumentos profesionales pueden ayudar a conseguir estos objetivos:

- Programa de acogida al residente y su familia, incluyendo, al menos, los aspectos relacionados con el pre-ingreso, de bienvenida, adaptación al centro, los indicados en el PIAP y entrega de información documentada.
- Programa específico de información y apoyo a las familias elaborado según el marco de referencia establecido en el programa marco de la Consejería de Salud y Bienestar Social.
- Consejo de Participación y desarrollo de comisiones de participación.
- Protocolo de cambio de habitación, de traslado de centro y acompañamiento a consultas externas garantizando su ejecución conforme a principios y derechos de las personas usuarias.
- Programa de envejecimiento activo, de promoción de la autonomía personal, de animación socio-cultural y de relaciones con el entorno comunitario.
- Actividades y/o programa de carácter psico-social. Desarrollo de grupos operativos, de ayuda mutua y otras actividades de convivencia, interacción personal y acompañamiento afectivo. En su caso, también puede incluir servicios de atención psicológica y mantenimiento de la función cognitiva.
- Servicios y actividades que faciliten el desarrollo de la interioridad espiritual del ser humano, según los valores y creencias de las personas

usuarias, promoviendo el respeto y la tolerancia de cualquier tipo de confesión, agnosticismo o no creencia religiosa.

- Protocolo de baja del servicio de las personas residentes con acciones de acompañamiento emocional en procesos de enfermedad y muerte.

Para Gracia Fuster (1997; 140) desde el Trabajo Social en las Instituciones geriátricas se deberían de llevar a cabo una serie de actuaciones para promover el fortalecimiento de las redes de apoyo social de las personas que residen en el Centro, de este modo el autor señala las siguientes:

- Las intervenciones profesionales deberían reconocer la heterogeneidad de la población anciana y dirigirse a aquellos grupos en situación de riesgo.

- Deberían reconocer a su vez la importancia del continuo de pérdidas que experimentan las personas mayores y sus intervenciones deberían centrarse en la mejora de la capacidad de afrontamiento.

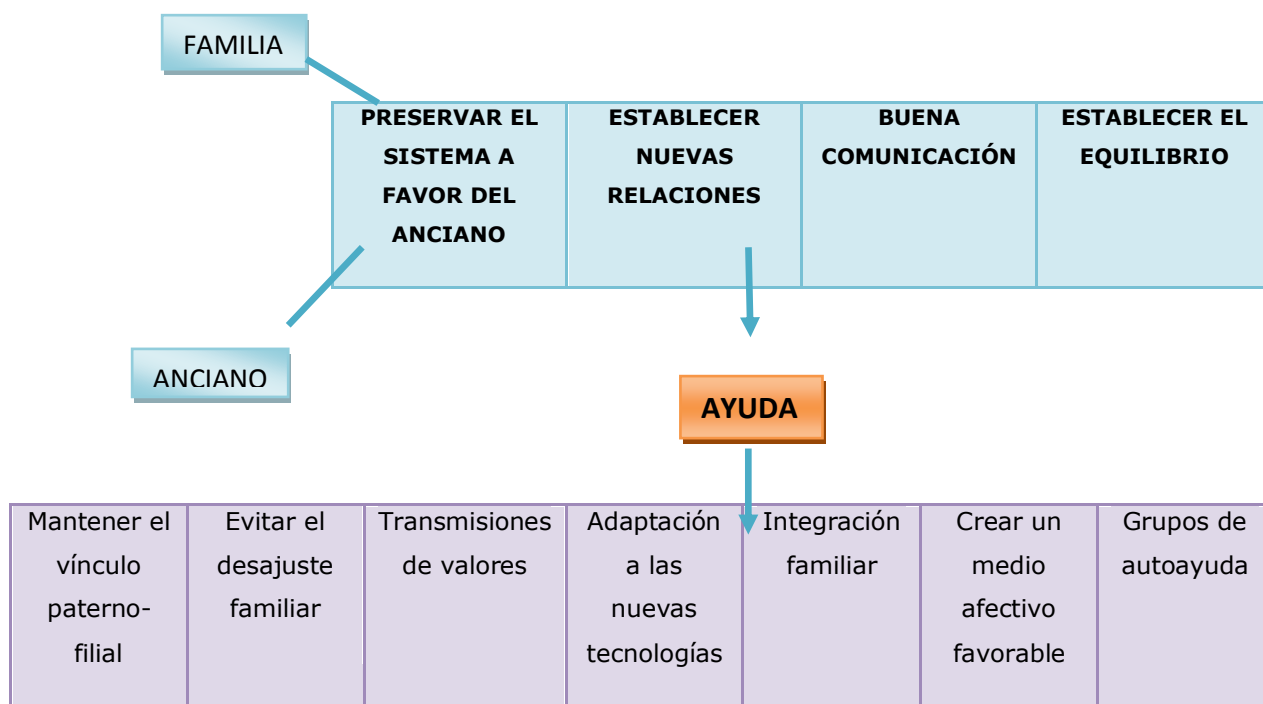
- Deberían fortalecer la capacidad de la familia para proporcionar apoyo a la persona mayor.

- Deberían fortalecer la capacidad de las amistades, vecinos y otras posibles fuentes de apoyo en la comunidad.

- Deberían fortalecer las redes existentes y mejorar las fuentes formales e informales de ayuda, intentando evitar su fragmentación.

En relación a esto, se puede ver en la siguiente figura un resumen explicativo del Trabajo Social familiar dentro de las Instituciones Geriátricas.

Figura.3: Trabajo Social familiar en Residencia Geriátrica.



Fuente: Elaboración propia a partir de Fresno (1998; 169)

Según López Ugarte (2010: 36) desde el Trabajo Social en las Residencias de ancianos es muy importante establecer los siguientes protocolos de actuación:

- Protocolo de resolución de conflictos: conjunto de actuaciones dirigidas a evitar y resolver conflictos de convivencia entre personas mayores o sus familiares y los profesionales o la Residencia. Los objetivos de dicho protocolo son la prevención de las alteraciones en la convivencia y los problemas que puedan surgir, resolver los conflictos pretendiendo alcanzar un acuerdo en común y regularlo de la forma más constructiva posible. En el proceso de mediación trata de facilitar la comunicación

entre las partes, los acuerdos entre las personas implicadas y ser neutral en el proceso.

- Protocolo de atención familiar continuada: conjunto de actuaciones que se llevan a cabo con la familia y que van desde el preingreso del anciano hasta el final de su estancia en el centro residencial; y se dirige a la mejora de la calidad de vida de éste en el centro. Los objetivos son recoger y aportar información necesaria de la persona mayor (informar tanto de actividades y plan de cuidados, como de todas las cuestiones que puedan ser de interés para las familias del residente); facilitar la comunicación y participación en los cuidados del anciano, apoyarles en la toma de decisiones y momentos difíciles, proporcionar asesoramiento e información, así como favorecer actuaciones de aceptación y expectativas adecuadas a la persona mayor.
- Protocolo de decisiones personales: conjunto de acciones encaminadas a garantizar el derecho de la persona usuaria; teniendo en cuenta el derecho a que se gestione su vida privada de acuerdo a sus valores y creencias y en su caso, aquellas pertinentes cuando no haya acuerdo. Los objetivos de dicho protocolo son promover el derecho a tomar decisiones personales de la persona mayor (entre sus derechos se encuentran la autonomía, la participación y la información), establecer las acciones necesarias para facilitar que la persona usuaria sea capaz de tomar las decisiones acordes a sus intereses, estableciendo cauces de información, por otro lado, proporcionar actuaciones ante situaciones de disparidad entre la persona usuaria y la residencia.

El Trabajador Social de la Residencia de ancianos se vale de un instrumento llamado PIAP (Plan Interdisciplinar de Atención Personalizada), se trata de un proceso dinámico de toma de decisiones basado en la valoración integral de una persona usuaria de la Residencia, considerando los diferentes puntos de vista de los profesionales.

Este documento es el registro del proceso planificado de la valoración, intervención y evaluación, elaborado por el equipo interdisciplinar en base a las necesidades, condiciones biopsicosociales, espirituales, socioambientales y patologías detectadas en las personas usuarias.

Puede incluir, a modo de síntesis, la propuesta de los diferentes cuidados, tratamientos y/o actividades que cada profesional pondrá en práctica para la consecución de dichos objetivos.

Para que el PIAP sea eficaz, se deberá tener en cuenta:

- Tiempo máximo para establecer el PIAP inicial.
- Establecer el tiempo de revisión del PIAP inicial.
- Realizar un seguimiento periódico.
- Establecer cómo los profesionales van a conocer el PIAP de cada residente y lo apliquen en el área de su actividad. Las familias son informadas de este proceso.
- Designar un profesional de referencia.

CAPÍTULO 4. RESIDENCIA “NUESTRA SEÑORA DE LOS ÁNGELES”

La información obtenida a través de entrevistas y encuestas se ha realizado en la Residencia Nuestra Señora de los Ángeles situada en la calle Monasterio de Nuestra Señora de los Ángeles de Zaragoza la cual sin ánimo de lucro, está gestionada por los Hermanos Franciscanos de Cruz Blanca y concertada con el Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS).

Cuenta con 20 empleados para gestionar un total de 52 plazas, de las cuales 26 plazas están concertadas con el Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS) con el fin de convertirse en el domicilio del residente y proporciona una atención continuada y especializada.

En el mismo recinto poseen también un centro de día; que se encarga de ofrecer un servicio de estancia asistencial que proporciona una atención integral, durante el periodo diurno, a personas mayores. En este momento cuenta con dos plazas ocupadas.

Como objetivos, no sólo se centran en la satisfacción de las necesidades básicas de sus residentes, sino que se preocupan también por garantizar la satisfacción de las necesidades en cuanto a actividades para el tiempo libre, el ocio, la cultura y el uso de las tecnologías de la comunicación. Previenen el aislamiento de las personas mayores, potencian su participación social y ayudan a mantener la capacidad intelectual activa.

Cruz Blanca posee Casas Familiares en el extranjero y también dentro de España como es el caso de Cádiz, Teruel, Huesca, Gran Canaria, Córdoba...

CAPÍTULO 5. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

En este apartado se va a llevar a cabo el desarrollo del análisis de la información obtenida a partir del trabajo de campo.

Se han realizado 21 cuestionarios a personas mayores institucionalizadas en la Residencia Nuestra Señora de los Ángeles de Zaragoza.

Como se puede ver en el Gráfico 1, de estos 21 entrevistados, 6 (28,6%) son hombres y el resto, 15 (71,4 %), mujeres.

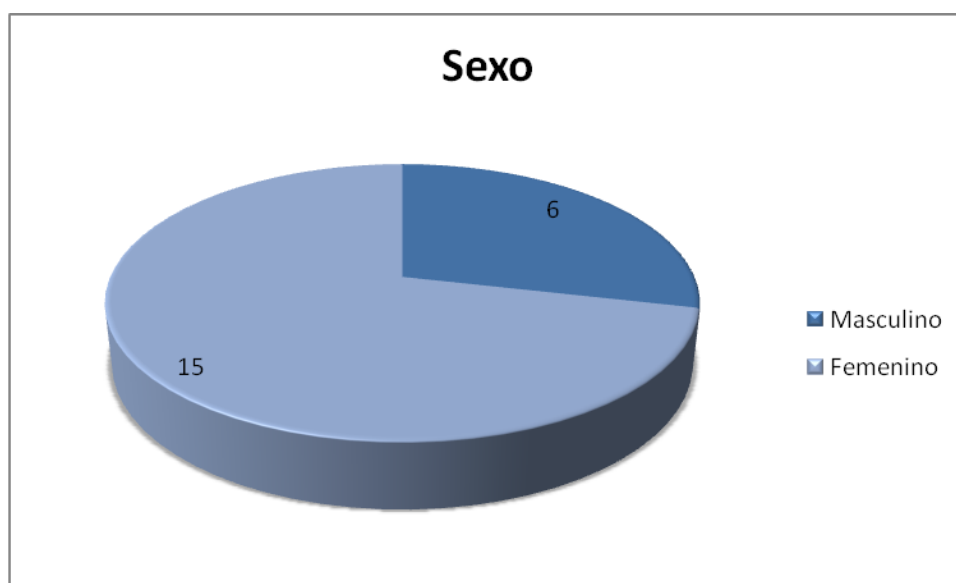


Gráfico 1

Respecto a la edad, se ha realizado una división de rangos de edad de las personas encuestadas para una mayor facilidad a la hora de realizar el análisis, de este modo en el primer intervalo de 54 a 60 años se encuentran 3 personas (14,2%); en el intervalo de 61 a 70 años se sitúa 1 persona (4,9%); en el intervalo de 71 a 80 años se hallan 4 personas (19%); en el de 81 a 90 años existen 10 personas (47,7%) y por último en el rango de 90 o más años se encuentran 3 personas (14,2%). Por tanto, el intervalo de edad que mayor predominio tiene es el de 81 a 90 años. (Ver Gráfico 2)



Gráfico 2

A través de las tablas de las personas encuestadas (ver tabla 1) se puede observar claramente el resumen del apoyo social con el que cuentan las personas usuarias de la Residencia.

A continuación se explican los distintos ítems utilizados para la elaboración de las tablas:

A.1.- Número de visitas, llamadas o cartas por parte de sus familiares. Si realiza salidas fuera de la Residencia con familiares.

A.2.- Número de visitas, llamadas o cartas por parte de amigos. Si realiza salidas fuera de la Residencia con amigos.

A.3.- Número de amigos dentro de la Residencia.

A.4.- Qué considera mejor el apoyo de su familia o de sus amigos.

B.1.- Del 1 al 6 valoración que da a las interacciones con su familia.

B.2.- Del 1 al 6 valoración que da a las interacciones con sus amigos.

B.3.- Tiempo que lleva viviendo en la Residencia.

B.4.- Si considera suficientes las interacciones con amigos y familiares.
Si se ha sentido solo en algún momento.

Tabla 1. (Fuente: elaboración propia)

Entrevistas	Edad	Sexo	A.1	A.2	A.3	A.4	B.1	B.2	B.3	B.4
E.1	61	H	Sin familia	1 llamadas y visitas	No	Sin familia	Sin familia	6	Desde 1975	Suficiente
E.2	88	M	Sobrinos; visitas/llamadas	No	8-10	Familia	6	6	8 meses	Suficiente
E.3	86	M	Hijos; visitas	No	2-3	Familia	6	2	9 meses	Suficiente
E.4	90	M	Hijas; visitas, sale también	No	Todos	Familia	6	5	No sabe	Sin queja
E.5	87	M	Hermano, cuñada, sobrino. Visitas y llamadas.	Alguna visita	Buena relación	Todo es bueno	5	4	10 meses	Suficiente
E.6	92	M	Visitas hijo, llamadas, ella sale también	No	Todos	Todo	6	5	1 mes	Suficiente
E.7	82	M	Sobrinos, visitas, sale ella sola	8 visitas y llamadas	Buena relación	Familia	6	6	8 meses	Suficiente

Estudio del apoyo socio familiar de una población geriátrica institucionalizada

Entrevistas	Edad	Sexo	A.1	A.2	A.3	A.4	B.1	B.2	B.3	B.4
E.8	76	M	Hijos, visitas; sale ella sola	No	Buena relación	Familia	6	4	Más de 8 años	Suficiente
E.9	57	M	Familiares no vienen mucho	No	Cuidadores	Familia	6	3	3 años	Suficiente
E.10	90	H	Visitas hija, llamadas	Visitas. Él sólo sale fuera	Buena relación	Familia	6	6	7 años y medio	Suficiente
E.11	87	H	Visitas hijos/nietos, sale él solo.	Teléfono. Varios amigos	Riñas, pero bien.	Familia	6	4	Año y medio	Más que suficiente
E.12	94	H	Mujer/hijas. Visitas.	No	Buena relación	Familia	6	3	Año y medio	A veces se siente solo
E.13	87	M	Pocas visitas, llamadas	1 amiga teléfono	Familias de residentes	Familia	4	3	2 meses	Se siente sola
E.14	54	M	Visitas domingos	No	7	Las dos	3	3	3 meses	No le gusta la gente
E.15	71	M	Visitas/llamadas Sale fuera	Visitas amigos	Buena relación	Familia	6	4	1 año	Al principio más visitas

Entrevistas	Edad	Sexo	A.1	A.2	A.3	A.4	B.1	B.2	B.3	B.4
E.16	69	M	Pocas visitas Sale fuera	2 amigos visitas	1	Amigos	5	6	9 años	A veces se siente sola Insuficientes
E.17	56	M	1 hermano visita 1/semana	1 amiga por teléfono	2-3	Parecido	6	6	11 años	A veces se siente sola. Insuficiente
E.18	80	H	Hermanos en Residencia	Visitas amigos	Buena relación	Familia	6	6	6 años	Suficiente
E.19	83	M	1 hija visitas	No	1	Familia	6	4	8 años	Suficiente
E.20	96	M	2 hijas visitas	Pocas visitas. Llamadas	Buena relación	Familia	6	4	10 años	Insuficiente con una hija
E.21	73	H	1 hermana, pocas visitas	Bastantes visitas y llamadas	Buena relación	Parecido	5	3	23 años	A veces se siente solo. Suficientes

Teniendo en cuenta uno de los objetivos generales de esta investigación: “Profundizar en el conocimiento de los apoyos sociales y familiares con los que cuentan las personas mayores que se encuentran en residencias geriátricas”, se desglosan los siguientes objetivos específicos:

- Características de las relaciones con los familiares

De los 21 entrevistados tan sólo uno de ellos (4,8%) carece de familia y tres (14,2%) afirman recibir muy pocas visitas y llamadas por parte de familiares por lo que quedan incluidos en el ítem “sin relación”, como puede verse en el Gráfico 3.

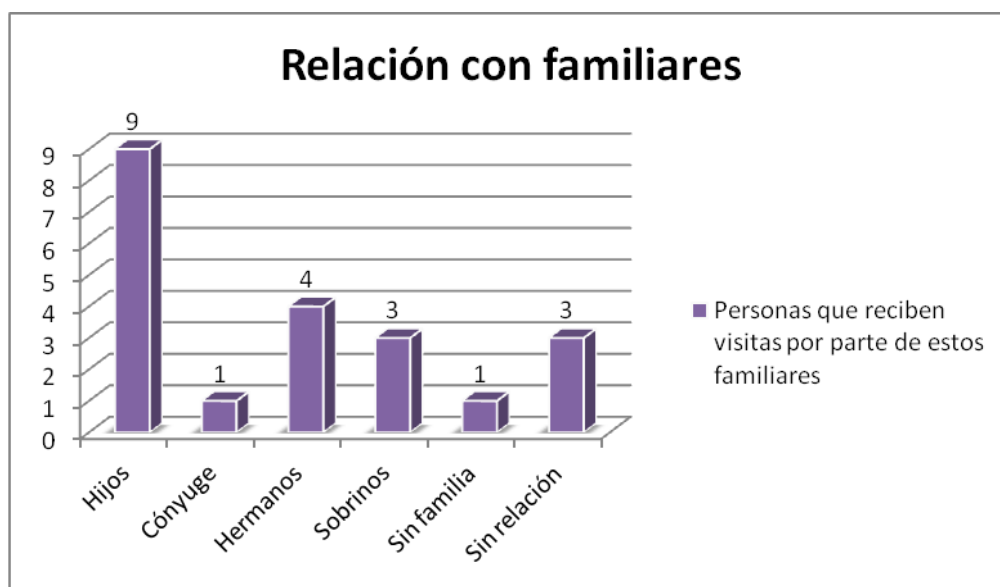


Gráfico 3

Continuando con la observación en el Gráfico 3 se puede observar que 9 de los entrevistados (42,9%) mantienen contacto con sus hijos ya sea a través de visitas o llamadas telefónicas. Otros 4 de los entrevistados (19,1%) mantiene relación con hermanos. Tres de los entrevistados (14,2%) reciben visitas y llamadas de sobrinos.

Únicamente una persona (4,8%) mantiene relación directa y frecuente con su cónyuge.

Analizando esta información, es importante destacar la fuerte presencia de los hijos y hermanos en las relaciones de las personas residentes en cuanto a las establecidas con su familia.

Según lo analizado en el marco teórico, Moragas (1991; 144) explicaba que tras la institucionalización del anciano, la familia deja de tener tanta relevancia, dado que un equipo de profesionales asume las funciones de cuidadores. Tras lo visto en la investigación, puede decirse que en el grupo de personas encuestadas esta información no sería válida, ya que al ser encuestados, ellos mismos afirmaban que sí que tenían relación con sus familiares, y en muchos casos se trataban de relaciones buenas.

Únicamente uno de los entrevistados recibe visitas casi a diario de su cónyuge, en el caso de otro entrevistado tanto él como su cónyuge viven en la Residencia por lo que mantienen contacto diario.

Este hecho demuestra que la mayor parte de las personas mayores institucionalizadas han perdido a su esposo/a, tal y como afirmaba Maria Pia Barenys (1991: 113) esta situación es una de las razones principales de ingreso de la persona mayor en Institución Geriátrica.

Tras haber analizado las características de los familiares que se relacionan con los residentes, cabe preguntarse qué tipo de interacciones tienen con ellos; lo que puede observarse en el Gráfico 4.

Se puede ver que las interacciones más frecuentes son las visitas, siendo 14 residentes (66,6%) los que las reciben, seguido de la combinación de visitas y llamadas (6 residentes, el 28,5%), solamente uno de los residentes (4,9%) no tiene familia. Se debe mencionar que en el gráfico no se especifica el ítem de llamadas, ya que ninguno de ellos recibe únicamente este tipo de comunicación; siempre va acompañado de las visitas periódicas por parte de

sus familiares. Lo que lleva a corroborar la afirmación anterior, dado que la preocupación de sus familiares no se limita a llamadas puntuales sino que éstas van acompañadas de visitas periódicas.

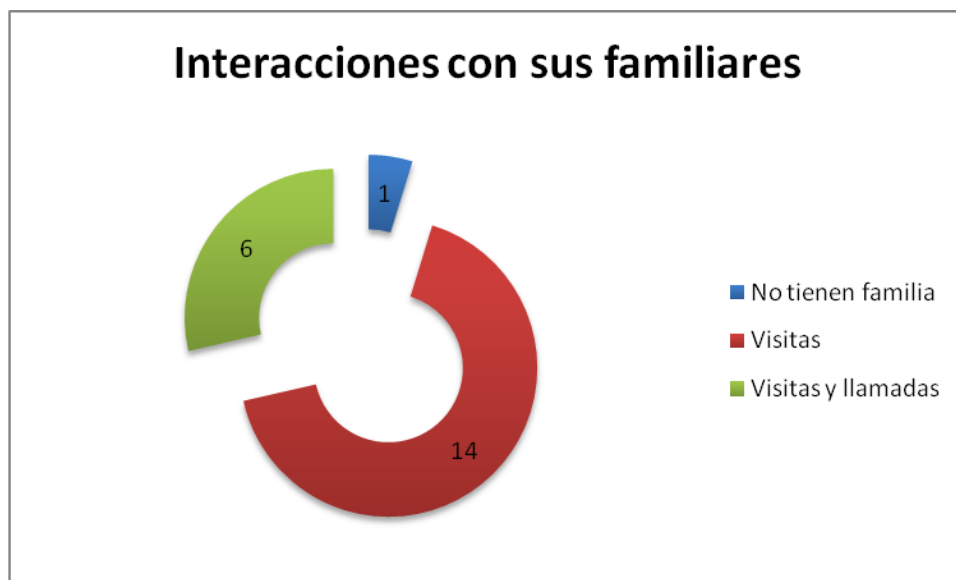


Gráfico 4

Se puede comprobar que 7 (33,4%) de las personas entrevistadas realizan visitas a sus familiares fuera de la Residencia, la mayor parte de las cuales se producen los domingos y en fechas señaladas como cumpleaños y días festivos. (Ver Gráfico 5)

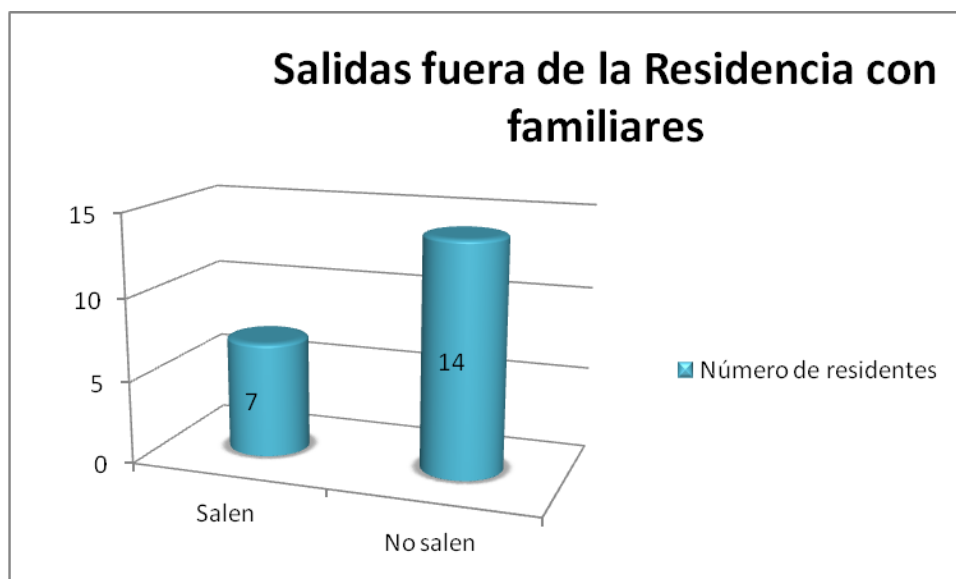


Gráfico 5

La Trabajadora Social de la Residencia en su entrevista explica:

“Dentro del núcleo familiar primario, es el cónyuge, en el caso que no haya fallecido, quien adquiere el principal rol de suministrador de apoyo de la persona usuaria del servicio, aunque en la mayoría, junto con el soporte de sus descendientes (hijos/as). En el caso de fallecimiento de la pareja o la no disponibilidad de ésta, son principalmente los hijos /as los principales cuidadores. En aquellos casos que no hay descendencia asumen el papel en la mayoría de los casos los sobrinos/as.”

Con esta afirmación de la trabajadora social, se deja ver lo que se analizaba en el marco teórico según Moragas (1991; 142), el cual, afirmaba que dentro de las relaciones familiares de la misma generación en primer lugar se sitúan las relaciones conyugales que constituyen a esencia de la relación familiar; aunque sí que tras el análisis, se ve que no tanto las relaciones fraternales, como se nombraba en el marco teórico; en éste se decía que generalmente en la última etapa de la vida relacionada con la madurez y la

ancianidad se lleva a cabo un reencuentro entre hermanos, lo que no se corresponde al análisis de la situación de las personas encuestadas.

Como se puede observar a partir de las dos entrevistas en profundidad, una de las residentes vivía sola en su casa y fue tras sufrir una caída cuando sus sobrinos decidieron ingresarla en un Centro; mientras que la entrevistada 2, vivía en casa con una nieta que se ocupaba de su cuidado.

En ambos casos la opción de ingresar en una Residencia fue una decisión compartida tanto por la familia como por la propia persona mayor.

En la mayor parte de los casos aceptan que es la situación que tienen que vivir y están concienciados de ello. Como dice la entrevistada 15:

“Yo estaba mentalizada que tenía que ir a Residencia. Es mucho cambio. Tiene que ser así y tiene que ser así.”

En otros casos las personas mayores prefieren ingresar en una Residencia porque no quieren ser una carga para sus familiares. Así lo hace saber el entrevistado 15:

“Mis hermanos querían que fuera con ellos pero yo no quería ir de casa en casa”

- Características de las relaciones sociales tanto dentro como fuera de la Residencia

Por un lado, puede hablarse de las relaciones sociales que los residentes tienen fuera de la Residencia, entre los que encontramos que 9 entrevistados (42,9%) no tienen este tipo de relaciones.

De los 21 encuestados, 12 sí que tienen amigos fuera de la Residencia, tres de ellos (14,2%) reciben llamadas; 5 de ellos (23,9%) reciben visitas en el Centro por parte de amigos y 4 (19%) de los residentes encuestados reciben tanto visitas como llamadas. (Ver Gráfico 6).

Cabe decir, por lo tanto, que las relaciones con amigos que no se encuentran en el Centro Residencial, son escasas; debido a que prácticamente la mitad de estas personas no conservan amigos del pasado. Se puede decir que en cuanto al resto de los encuestados (aquellos que conservan amistades) a pesar de que algunos de ellos reciben tanto visitas como llamadas, hay un mayor número de visitas.



Gráfico 6

Por otra parte, se deben citar también aquellas relaciones sociales que se dan dentro de la Residencia, entre las que se pueden destacar (ver Gráfico 7):

De los 21 entrevistados, 13 de ellos (61,9%) comentan que poseen buena relación con el resto de residentes, pero no los consideran amigos.

Los residentes encuentran en la confianza la diferencia entre tener una buena relación con los compañeros y poseer amigos dentro de la Residencia. A la entrevistada 2 se le preguntaba si confiaba en alguien dentro de la Residencia a lo que respondía lo siguiente:

“Pues no, yo aquí hablo con todas y si les puedo hacer un favor se lo hago pero confiar no, porque no sé cómo...porque a lo mejor piensas que vas a hacer un favor y están haciendo un daño.”

También se puede observar que tan sólo 6 personas consideran amigos a personas que viven con ellos; dentro de estos, la cifra de amigos varía desde 1 amigo (2 residentes, el 9,5%) hasta 8-10 amigos (4 personas, el 19%).

Existe a su vez distinción entre una persona (4,8%) que considera que no tiene amigos dentro de la Residencia

Por último, cabe destacar que uno (4,8%) de los entrevistados considera amigos a los cuidadores de la Residencia. No resulta extraño que aparezca este ítem ya que según Lázaro Ruíz y Gil López (2010: 4) una vez iniciada la vida en la Residencia, la tercera fuente de apoyo informal más importante es el propio personal del Centro.

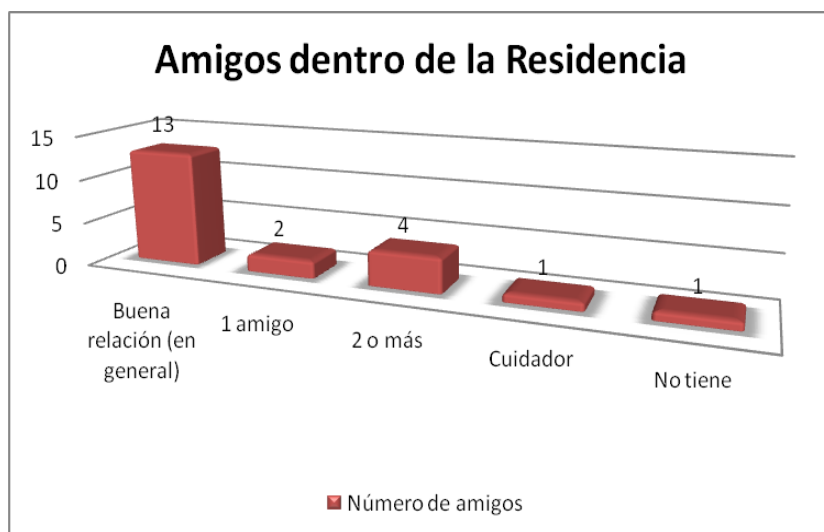


Gráfico 7

Como parte del objetivo general, en las entrevistas se realizó la siguiente pregunta: "¿Qué considera mejor, el apoyo de la familia o de sus relaciones con sus amigos?", a lo que 14 de los entrevistados (66,7%) respondieron que la familia es lo más importante, 6 de ellos (28,5%) dijeron que es algo parecido y que no podrían elegir entre los dos tipos de apoyo y sólo 1 (4,8%) elige a los amigos. (Ver Gráfico 8)



Gráfico 8

Se realizó una evaluación de las relaciones con familiares y con amigos por parte de los residentes encuestados, valorando dichas interacciones del 0 al 6. Para analizar esta información de un modo más concreto y específico se ha realizado una comparativa. Se expone a continuación:

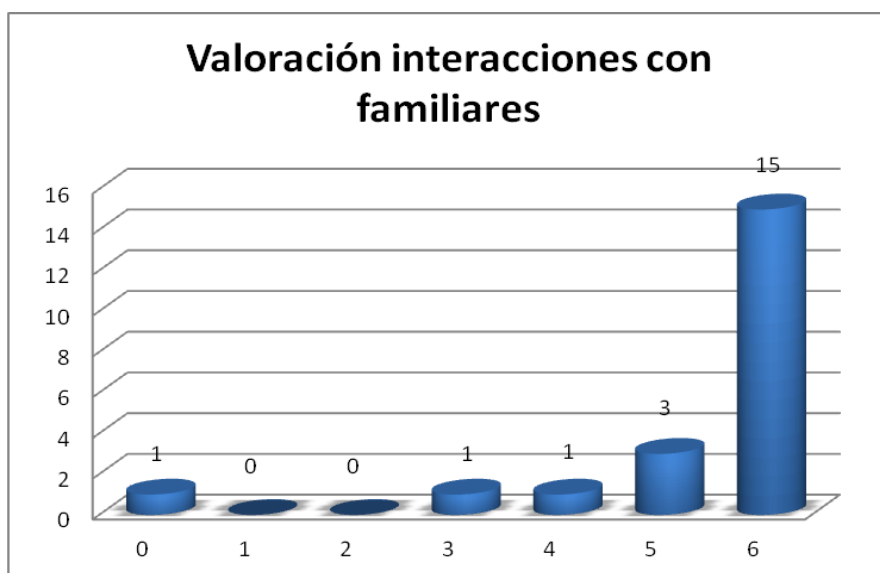
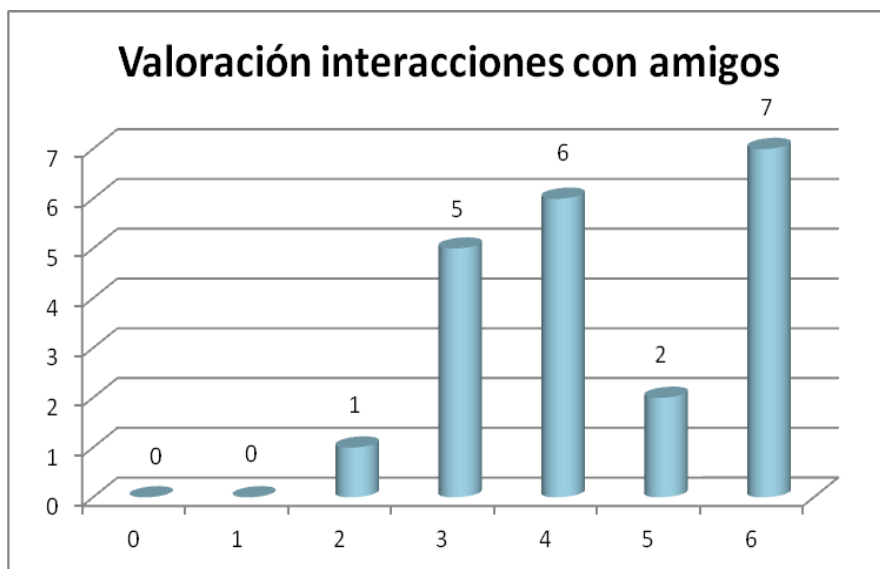


Gráfico 9



Como se puede ver en el Gráfico 9, en el caso de las interacciones con familiares, 15 de los residentes (71,4%) coinciden en asignar la puntuación

más alta, tres residentes (14,3%) asignan un 5 a estas relaciones, y 3 personas (14,3%) asignan un 4, un 3 y un 0 respectivamente.

Por otro lado, la valoración de las relaciones con amigos están más repartidas ya que 7 personas (33,3%) conceden la máxima puntuación, seguido de dos personas (9,5%) que dan un 5, seis personas (28,5%) establecen un 4, cinco residentes (23,9%) determinan un 3, y sólo una persona (4,8%) da un 2.

Atendiendo a lo expuesto en el marco teórico de dicha investigación no se cumple lo analizado previamente a las entrevistas, ya que según Pastor Fayos (2003, 72) incluso cuando las relaciones familiares son satisfactorias, las relaciones con las amistades son fundamentales por tratarse de personas con las que se comparte no sólo la edad sino algo más importante como es una experiencia vital parecida, intereses comunes, recuerdos opiniones y valores similares; mientras que en esta investigación puede verse que las relaciones sociales más valoradas son las familiares. Como puede verse en lo que dice el Entrevistado 10:

“El apoyo de mi familia lo tengo totalmente seguro”

O como expresa el Entrevistado 18:

“Mi familia es lo más importante y sé que para ellos también lo soy”

Con respecto a la distinción entre apoyo familiar y de amistades, la Trabajadora Social afirma:

“La ayuda prestada por la familia es importante durante los periodos de crisis, especialmente durante el curso de enfermedades crónicas, hospitalizaciones, asistencia a citas médicas, cuidado en la salud, apoyo emocional y de integración. Por el contrario, el apoyo informal de tipo social (prestado por amigos) sirve para reforzar

relaciones sociales mutuamente provechosas y contribuye, además a favorecer la integración social del individuo.”

- Sentimiento de soledad

Otra de las preguntas que se les formulaba a los entrevistados es: "¿Las interacciones que tiene con sus amigos, familiares, las considera suficientes, o existen momentos en los que se siente solo?"

A esta cuestión, 14 de las personas entrevistadas (66,7%) opinan que sus relaciones con familiares y amigos son suficientes, una de ellas afirma incluso que son más que suficientes. (Ver Gráfico 10).

Éste último, el entrevistado 11 apunta:

"Se pasa el día sin enterarte, son atentos con la musicoterapia y las charlas en el patio"

Las 7 personas restantes (33,3%) consideran estas interacciones insuficientes y confiesan que se sienten solas en determinados momentos.

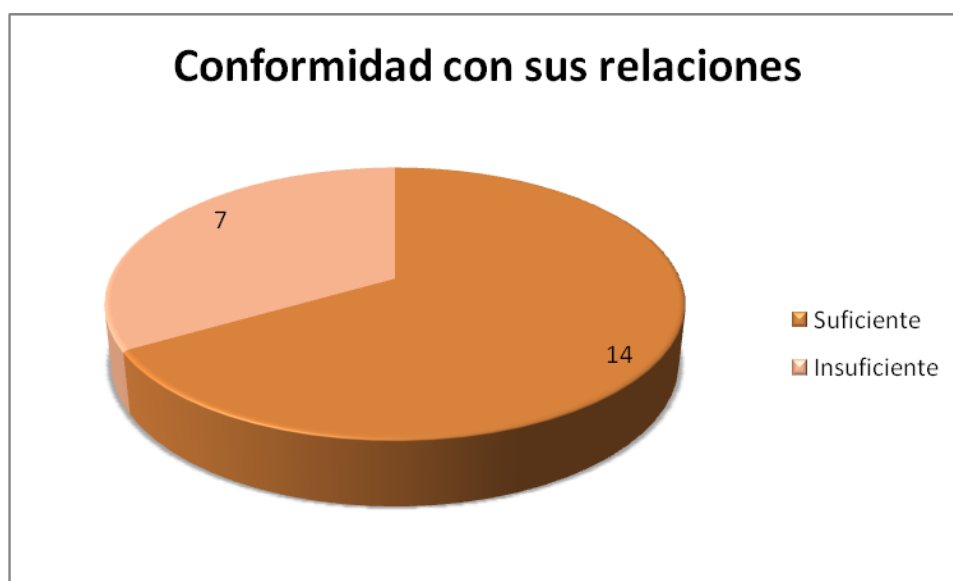


Gráfico 10

Para bien y para mal aparece la comparación con las relaciones que mantienen el resto de residentes, así afirma el entrevistado 21:

“Eso de estar en el salón ver que vienen visitas a los demás y yo estar solo, hay momentos que me he sentido completamente solo”

Dentro de este grupo también se encuentran aquellas personas que prefieren pasar momentos solas, como elección propia.

“No me gusta la gente, procuro aislarme, me gustaría estar en un sitio que hubiese 10 o 12 personas”. (Entrevistada 14)

A propósito de esto último es interesante recordar lo que se venía formulando anteriormente; la importancia de diferenciar entre aislamiento y soledad; mientras la soledad puede asociarse a un sentimiento involuntario de no estar relacionado con alguien, una apreciación subjetiva; el aislamiento conlleva aspectos objetivos y está íntimamente relacionado con la falta de comunidad.

Se puede comprobar a partir del análisis de las entrevistas que existe un sentimiento generalizado de resignación con la situación que se vive. Como se puede observar en las palabras de la entrevistada 16:

“Si me viniera a ver más gente, más contenta. Alguna vez me he sentido sola pero pienso: está el Señor conmigo, iqué voy a estar sola!”

En cuanto a la cuestión de si existe relación directa entre el tiempo que lleva la persona viviendo en la Residencia y el sentimiento de soledad que posee, se puede decir que no es un factor decisivo puesto que de las 7 personas que afirman sentirse solas en determinados momentos, 3 de ellas llevan alrededor de un año o menos en la Residencia mientras que las 4 restantes hace 9 años en adelante que residen en el Centro.

Sin embargo, es interesante resaltar las palabras de la entrevistada 15 a este respecto:

“Ya le dije a la Trabajadora Social, al principio todos se vuelcan, me vinieron a ver 10 porque se interesan pero luego ya verás cómo cambia la cosa”

Las mismas personas que a veces se sienten solas, creen que sus interacciones son algo insuficientes y desearían que esto cambiase.

En algunos casos no entienden que hayan tenido una vida social activa a lo largo de los años y, llegados a esta situación viviendo en la Residencia, el entorno que anteriormente les rodeaba se vaya disipando hasta quedar prácticamente anulado.

“Me llama poca gente a lo mejor se lo digo, digo tanto que he ido siempre a ver de entierros y aquí y allá que me decía mi hija pues hija vas a todos los entierros del pueblo y de pueblos...me crié en uno y me casé al lado y pues eso conoces a todos y vas a todos y no me ha venido a ver mucha gente no.”

Tal y como explica María Pia Barenys (1991: 24) a través de la teoría de la desvinculación, el proceso de envejecimiento conlleva a la persona anciana a un cierto sentido de desmoralización al comprender que no es capaz de mantener las relaciones y roles sociales que hasta entonces había venido desarrollando.

Cuando se les pregunta por qué consideran que no tienen más visitas o llamadas las personas mayores encuestadas emplean las mismas explicaciones, si se trata de hijos o sobrinos son motivos laborales o falta de tiempo, si se trata de hermanos o amistades argumentan que dichas personas también son mayores y por motivos de salud no pueden realizar todas las visitas que les gustaría.

Un dato importante que se observa tras realizar las entrevistas es el uso extendido de teléfonos móviles entre los usuarios de la Residencia. Muchos de

ellos poseen su teléfono personal, lo que facilita la comunicación directa con sus amigos y familiares.

“Por ahí tengo el móvil, tengo 5 o 6 llamadas todos los días de Marcos, mi sobrino” (entrevistada 2)

A la pregunta de cada cuánto llama por teléfono, esta misma entrevistada responde:

“Pues yo cojo el móvil y se marca solo...dos o tres veces al día. A cualquier tontería que tengo.”

Realizando una comparativa con el estudio que hace Calvete Zumalde (1994: 74) se puede observar cómo existe una gran similitud en los resultados obtenidos ya que en respuesta a la pregunta si se siente satisfecho con las interacciones que mantiene actualmente con sus familiares y amigos; los encuestados respondieron en un 51% que estaban satisfechos y en un 48% de los casos que preferirían verse más a menudo con esas personas del exterior; de la misma manera que sucede en esta investigación donde el 66,7% considera que sus interacciones sociales son suficientes frente al 33,3% que opina que dichas relaciones son insuficientes.

- Punto de vista de la Trabajadora Social respecto a los apoyos que tienen los residentes

La Trabajadora Social encuentra una clara diferenciación en las visitas de familiares a los residentes, por un lado se encuentran las visitas diarias que provienen al anciano del cuidado y apoyo necesario y por otro las visitas puntuales que actúan en determinadas situaciones de necesidad como puede ser un trámite administrativo, una hospitalización...

Como ya se había explicado anteriormente, la gran parte de las personas entrevistadas consideran que mantienen buena relación con el resto de usuarios de la Residencia, aunque especifican la mayoría de ellos que no son relaciones de amistad.

En este sentido, la percepción de las relaciones de amistad que poseen las personas mayores dentro de la Residencia no coincide del todo con lo que objetivamente percibe la Trabajadora Social del Centro. Según la profesional existen disputas entre residentes por muchos motivos:

“Los conflictos entre los residentes suelen surgir por situaciones de “competencia” es decir, discusiones por ser los primero/as en que se les realicen los servicios o bien por resentimientos hacia determinados comportamientos, por problemas de convivencia en el sentido de espera, turnos, normas. Por la percepción de privilegio que creen que otros tienen, celos por las visitas familiares que reciben...”

Del mismo modo, en las entrevistas a las personas mayores éstas aseguraban, en su gran mayoría, que las relaciones con sus familiares son buenas y no existen desavenencias. Sin embargo, la profesional expone algunos de los desacuerdos que suelen producirse entre familiares y residentes:

“Los motivos suelen ser de sobrecarga emocional por parte del pariente debido a las excesivas demandas de los padres, madres o tíos/as o a los chantajes emocionales a los que se ven sometidos para que en cierta manera se sientan culpables de la decisión de cambio de domicilio, enfado y agresividad verbal por parte del residente a sus familiares, manifiesto de sus ideas de muerte...”

Tanto los residentes como la Trabajadora Social coinciden en la misma importancia de la familia y amigos como portadores de apoyo social en distintas circunstancias. La situación perfecta sería una complementación de ambos tipos de relaciones.

“La ayuda prestada por la familia es importante durante los periodos de crisis, especialmente durante el curso de enfermedades crónicas, hospitalizaciones, asistencia a citas médicas, cuidado en la salud, apoyo emocional y de integración. Por el contrario, el apoyo informal de tipo social (prestado por amigos) sirve para reforzar relaciones sociales mutuamente provechosas y contribuye, además a favorecer la integración social del individuo.” (Trabajadora social Residencia)

Es por ello, que se puede relacionar con lo expuesto en el marco teórico, concretamente en el documento sobre el apoyo social emitido por el Insitituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, donde figuran cuatro tipos de apoyo social; el apoyo emocional, apoyo instrumental, apoyo informativo y apoyo evaluativo; se puede afirmar que en uno de los apoyos sociales que más se dan en estos casos es el apoyo emocional; ya que comprende la empatía, el cuidado, el amor, la confianza y es uno de los tipos de apoyo más importantes; tanto por parte de la familia como por parte de las amistades.

El resto de tipos de apoyos, se dan fundamentalmente por parte de los profesionales del centro, quiénes se dedican a ayudar a quien lo necesita,

cuidar de alguien en casi todos los momentos de su estancia, dar información para que los ancianos puedan usarla para hacer frente a las situaciones problemáticas, y todos los apoyos que se dan dentro de un servicio residencial.

Muchas de las personas mayores entrevistadas prefieren el apoyo de la familia porque entienden que no les faltará nunca, es un vínculo real y de sangre del que saben que van a disponer cuando sea necesario.

- Labor realizada desde el Trabajo Social para mejorar los apoyos sociales

La función principal del Trabajo Social en la Residencia es mediar entre el usuario (principal), el anciano, y su familia.

“Esta parte de nuestro trabajo es en la que podemos interaccionar entre los dos contextos; el familiar y el del centro es fundamental.” (Trabajadora Social Residencia).

Como se ha visto en el marco teórico expuesto anteriormente, una de las principales funciones del Trabajo Social en la Residencia es lo que la trabajadora social está manifestando, como expresa López Ugarte (2010: 36) que desde el Trabajo Social en las Residencias de ancianos es muy importante establecer protocolos de actuación que favorecen el correcto y saludable desarrollo en la estancia de la persona mayor; uno de ellos es el protocolo de atención familiar continuada: que son un conjunto de actuaciones que se llevan a cabo con la familia y que van desde antes de que el anciano ingrese, hasta el final de su estancia en el Centro Residencial; y se dirige a la mejora de la calidad de vida de éste en el Centro mediante la facilitación de la comunicación y participación de la familia en los cuidados del anciano, apoyarles en la toma de decisiones y momentos difíciles, proporcionar asesoramiento e información, así como favorecer actuaciones de aceptación y expectativas adecuadas a la persona mayor.

La trabajadora social explica a su vez, el proceso que se lleva a cabo cuando ingresa un nuevo usuario. Los pasos a seguir para conocer su situación actual tanto social como familiar.

“Existe un protocolo de atención a la red primaria que consiste en tres fases: una primera de exploración, para conocer la situación socio-familiar tanto del residente como de su grupo familiar, una segunda de vinculación con el fin de establecer relaciones más cercanas entre los

proveedores de apoyo y los profesionales, el resto de residentes y familiares de manera que al tener necesidades comunes se establezcan sentimientos de pertenencia y por último una fase de seguimiento en el que se observa el establecimiento de las relaciones entre el sistema institucional y el grupo familiar.” (Trabajadora Social Residencia)

Pero no sólo son estas las funciones que tiene la Trabajadora Social dentro de la Residencia, ella misma plantea las siguientes:

- Informar y asesorar a las familias que necesiten solventar situaciones socio-emocionales y que afectan a la capacidad de apoyo ya sea por defecto o por exceso.
- Fomentar la integración y participación de los residentes en la vida del centro y, a la vez, evitar que se produzca un alejamiento con el entorno y la familia promoviendo aquellas actividades, rutinas que mantenía antes de su ingreso.
- Definir programas de voluntariado como función de soporte a los residentes y acción complementaria a la acción familia.

Para fomentar las relaciones con la familia la Trabajadora Social dentro de la Residencia propone la planificación y organización de actividades conjuntas de los residentes y sus familias como pueden ser festividades, eventos de carácter religioso...

Esto que se analiza a través de las palabras de la trabajadora social, se ha visto reflejado en el marco teórico, ya que según Pérez Fernández (2001: 40) se deben ofrecer servicios y actividades para promover un entorno de relaciones interpersonales y de convivencia que satisfaga la demanda, expectativas y necesidades vitales de las personas residentes y sus familias, procurando su bienestar y satisfacción plenos.

Por otro lado, también se intenta promocionar las interacciones y la buena comunicación entre los propios residentes, así lo explica la Trabajadora Social de la Residencia en su entrevista:

“Desde el servicio de Terapia Ocupacional, Fisioterapia y Musicoterapia se realizan actividades grupales en las que el residente ha de interrelacionar con otros usuarios. Estas tareas están organizadas de forma que los grupos se caractericen por la mayor homogeneidad posible, lo que facilita la comunicación interpersonal entre ellos. De igual manera se realizan actividades lúdicas-culturales externas a la Residencia. Se aprovechan las actividades de la vida diaria (comer, ver la televisión, paseos...) como formas de que establezcan grupos de manera natural sin el condicionante de los profesionales”

Estas actividades que indica la trabajadora social, son un apoyo en las relaciones sociales que se generan dentro de la Residencia y algo muy importante, como cita Pérez Fernández (2001: 40) en su propuesta del programa de envejecimiento activo, de promoción de la autonomía personal, de animación socio-cultural y de relaciones con el entorno comunitario.

Como se ha visto en el marco teórico, esto resulta importante, ya que según Pastor Fayos (2003, 72) incluso cuando las relaciones familiares son satisfactorias, las relaciones con las amistades son fundamentales por tratarse de personas con las que se comparte no sólo la edad sino algo más importante como es una experiencia vital parecida, intereses comunes, recuerdos opiniones y valores similares; además estas relaciones proporcionan intimidad emocional actuando como confidentes, consejo y empatía y compañía.

CONCLUSIONES

El marco teórico que se ha presentado y su posterior análisis de la información aportada por las personas encuestadas y entrevistadas suponen un punto clave para comenzar a exponer las siguientes reflexiones.

En primer lugar es importante destacar que la mayor parte de las personas encuestadas son mujeres y la edad predominante de 81 a 90 años.

Por otro lado, cabe mencionar la relevancia que tiene para los residentes el apoyo de familiares por encima del que pueden recibir de amigos. Dentro de las interacciones con familiares, las personas mayores entrevistadas poseen una mayor relación con hijos y sobrinos. Como ya se ha señalado anteriormente este dato coincide con los resultados obtenidos en otras investigaciones más ambiciosas

Otro aspecto a tener en cuenta es el limitado número de amistades que conservan las personas entrevistadas llegadas a la vejez, en algunos casos estas amistades ya eran precarias antes de entrar en la Residencia y en otros casos ha sido a partir del ingreso de la persona anciana en el Centro cuando se han comenzado a deteriorar y perder el vínculo existente.

En consecuencia el apoyo familiar es mucho más valorado que el que pueden recibir por parte de amigos o compañeros; porque entienden que no les faltará nunca, es un vínculo real y de sangre del que saben que van a disponer cuando sea necesario.

Uno de los objetivos que se presentaban al comienzo de la investigación era conocer la relación existente entre el tiempo que las personas mayores llevaban institucionalizadas y el sentimiento de soledad generado. Una vez analizada la información obtenida a través del trabajo de campo se puede concluir que no existe una relación directa entre ambos factores.

Cabe mencionar el sentimiento generalizado de resignación que la mayoría de residentes experimentan con la situación que viven, aunque en muchos casos preferirían tener un mayor apoyo social.

Es significativo el uso del teléfono móvil que muchas de las personas mayores que participan en la investigación hacen de él. Este hecho supone sobre todo un acercamiento a sus familiares ya que se trata de un instrumento al que puede recurrir el residente en un momento determinado (soledad, angustia, depresión...)

Desde el Trabajo Social en Residencias Geriátricas no sólo se satisfacen las demandas más básicas del usuario principal sino que se pretende abarcar de una manera global a las familias y el entorno social. Es importante para ello tener en cuenta la situación social de la persona mayor en todo momento, promoviendo actuaciones que impliquen la colaboración no sólo de los profesionales del Centro sino de su ambiente más próximo.

Como se ha visto a lo largo de la investigación, la esperanza de vida ha crecido considerablemente en los países desarrollados en los últimos años; esto ha generado que las familias en muchos casos no puedan hacer frente por sí mismas al cuidado de personas mayores y/o dependientes y deban recurrir a las Instituciones Geriátricas. Es importante que el Trabajo Social centre su mirada en este colectivo y escuche sus demandas ya que supone una gran parte de la población vulnerable de nuestro país.

BIBLIOGRAFÍA

ANDER EGG, E. (1980). Técnicas de Investigación Social. Barcelona: El Cid Editor.

BALLESTEROS JIMÉNEZ, S. (2007). Envejecimiento saludable: aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Madrid, Editorial Universitas.

BARKER, R. L. (1999). The Social Work Dictionary. Washington DC, Nasw Press.

BARRÓN, A. (1996). Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones. Madrid, Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.

BAZO ROYO, M.T. (1999) Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional. Madrid, Editorial Médica Panamericana.

BERMEJO GARCÍA, L. (2009). Guía de Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia. Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d'Asturies.

CALVETE ZUMALDE, E. (1994). Apoyo social y ancianos en residencias. Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria. Revista de servicios sociales. Nº 25.

CARDONA, J.L. et. al. (2009). Concepto de soledad y percepción que de su momento actual tiene el adulto mayor en el municipio de Bello. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(2), 153-163.

CEA D'ACONA, M.A. (2012). Fundamentos y aplicaciones en metodología cuantitativa. Madrid, Editorial Síntesis.

CORBETTA, P. (2007). Metodología y técnicas de investigación social. Madrid: McGrawHill.

DE LOS REYES, M.C. (2007). Familia y Geriátricos. La relatividad del abandono. Argentina: Espacio Editorial.

DEL POZO RUBIO, R. [et al.] (2011). El papel del apoyo informal en las prestaciones del Plan Individualizado de Atención, una elección condicionada para las personas dependientes. Cuenca, Departamento de Análisis Económico y Finanzas, Centro de Investigación en Estudios Sociosanitarios (CESS), Universidad de Castilla-La Mancha.

DEL RINCÓN IGEA, D. [et al.] (1995). Técnicas de investigación en Ciencias Sociales. Dykinson. Madrid.

DELGADO LOSADA, M.L. (2001) Intervención psicosocial en residencias para personas mayores. Cuadernos de Trabajo Social. 155N: 0214-0314, 14: 323-339

FRESNO, M. (1989) Trabajo Social con ancianos: planteamientos básicos y funciones del Trabajador Social. Revista de Servicios Sociales y Política Social. Nº14. Madrid. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales

FRESNO, M. (1998). Trabajo Social en hogares y clubs de la tercera edad. En Dolors Colom y Miguel Miranda. Organizaciones de bienestar. Zaragoza: Mira.

GARCÍA SÁNCHEZ, E. (2007). El maltrato a los ancianos en el ámbito familiar. Albacete: Altabán Ediciones.

GIRÓ MIRANDA, J. (2006). Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo. Logroño: Universidad de la Rioja. Servicio de Publicaciones

GÓMEZ REDONDO, R. (2011). Salud, demografía y sociedad en la población anciana. Madrid: Alianza Editorial.

GONZÁLEZ, M^{aj}., SAN MIGUEL, B. (2001). El envejecimiento de la población y sus consecuencias sociales. Alternativas: cuadernos de trabajo social. Nº.9,

pág. 19- pág 45.

GRACIA FUSTER, E. (1997). El apoyo social en la intervención comunitaria. Barcelona: Paidós.

HAYFLICK, L. (1994). Cómo y por qué envejecemos. Barcelona: Herder.

IMSERSO (1995). Residencias para personas mayores: Manual de Orientación. Madrid: SG Editores.

INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES. Programa Cerca de Ti. *On-line*. URL:

http://www.cercadeti.imserso.es/imserso_01/envejecimiento_activo/cercadeti/index.htm. [Extraído el 24/07/2013]

LAFOREST J. (1991) Introducción a la gerontología. El arte de envejecer. Barcelona; Herder.

LÁZARO RUIZ. V y GIL LÓPEZ, A. (2010). Cómo perciben los ancianos que viven en ambientes residenciales sus relaciones con el mundo exterior. Cuadernos el Marqués de San Adrián, UNED.

LÓPEZ UGARTE, I. [et. al]. (2010) Protocolos de actuación: Residencias de personas mayores. Bilbao: Diputación Foral de Bizkaia.

LULLE, T; VARGAS, P; ZAMUDIO, L. (1998). Los usos de la historia de vida en las ciencias sociales I. Anthropos Editorial. Rubí (Barcelona).

MADOZ, V. (1998). 10 Palabras clave sobre los miedos del hombre moderno. Verbo Divino, Estella.

MATELLANES, B; DÍAZ, U; MONTERO, J.M. (2010). El proceso de envejecer. Una perspectiva integradora: evaluación e intervención biopsicosocial. Bilbao, Deusto Publicaciones.

MENDIA GALLARDO, R. (1991). Animación Sociocultural de la vida diaria en la Tercera Edad. Vitoria-Gasteiz. Servicio central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

MORAGAS MORAGAS, R. (1991). Gerontología Social. Envejecimiento y calidad de vida. Barcelona: Editorial Herder.

OLIVARES, L [et al.] (2000). Redes sociales en la tercera edad. Universidad del Desarrollo, Chile.

PADIERNA ACERO, J.A. (1994). ¿Existe un lugar para la familia del anciano en las residencias? Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria = Revista de servicios sociales. Nº 25.

PADIERNA ACERO, J.A. (1994). ¿EXISTE UN LUGAR PARA LA FAMILIA DEL ANCIANO EN LAS RESIDENCIAS? Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria = Revista de servicios sociales, Nº. 25,

PASTOR FAYOS, A. (2003). El Trabajador Social en el ámbito gerontológico. Jaén: Editorial Formación Alcalá.

PERELLÓ OLIVER, S. (2009) Metodología de la investigación social. Madrid, Dykinson.

PÉREZ FERNÁNDEZ, J. [et al.] (2001) Modelo básico de atención en Residencias para Personas Mayores. Castilla-La Mancha, Consejería de Salud y Bienestar Social.

PIA BARENYS, M. (1991). Residencias de ancianos. Barcelona: Fundació Caixa de Pensions.

PRESIDENCIA DE LA JUNTA DE ANDALUCIA. Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía. BOJA núm. 29

RIQUELME, A. (1997). Depresión en residencias geriátricas: un estudio empírico. Universidad de Murcia, Servicio de Publicaciones.

ROBLES GONZÁLEZ, E. (2011). Salud, demografía y sociedad en la población anciana. Madrid: Alianza Editorial.

RUIZ OLABUÉNAGA, J. I. (2003). Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao, Universidad de Deusto.

RUIZ OLABUÉNAGA, J.I; SPIZÚA, M.A. (1989). La descodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa. Bilbao, Universidad de Deusto.

SANZO, L (1985). Ancianos en residencias. Una evaluación de la situación de los ancianos en residencias de la comunidad autónoma vasca. Serie: Estadísticas y Documentos De Trabajo, Nº 9, Vitoria-Gasteiz, Gobierno Vasco.

SEPÚLVEDA, C. [et al.] (2010). Perfil sociofamiliar en adultos mayores institucionalizados. Ciencia y enfermería XVI (3).

SIERRA BRAVO, R. (1988). Técnicas de Investigación Social. Teoría y ejercicios. Paraninfo. Madrid.

UNIVERSIDAD EUROPEA. Teorías y enfoques sobre la personalidad en el envejecimiento y vejez. On-line. URL: <http://www.althillo.com/examenes/uba/psicologia/psicovejez/psicovejez2009teoriasvejez.asp>. [Extraído en: 19 de junio de 2013]

ANEXOS

Guión de las historias de vida

- Vida antes de entrar en la Residencia
- Cuando entró en la Residencia, si había estado antes en otra
- Quién decidió su ingreso en la Residencia
- Cómo se tomó el residente la decisión de ingreso
- Cómo fue la adaptación a la Residencia
- Visitas de familiares y amigos
- Si han variado el número de visitas y llamadas
- Cómo le gustaría que fueran sus relaciones
- Importancia del apoyo familiar y de los amigos
- Sentimiento de soledad
- Cómo le gustaría vivir, cómo se ve en el futuro

Guión de la entrevista a la Trabajadora Social

- Apoyos que tienen los residentes
- Si considera estos apoyos adecuados y suficientes
- Cómo varía el número de apoyos que reciben, si existe mucha diversidad de apoyo familiar y social
- En qué modo cree que afectan estos apoyos a las personas residentes
- Si surgen conflictos tanto entre la familia con el residente como entre los propios residentes
- Qué considera más importante el apoyo de la familia o el de los amigos y pares
- Actuaciones que se llevan a cabo desde el Trabajo Social para mejorar la situación de los ancianos en cuanto a apoyos sociales
- Si se habla con aquellas familias que pueden encontrarse en situación de abandono a sus parientes
- Si se lleva a cabo alguna actuación para fomentar las visitas/cartas/llamadas con familiares y amigos
- Si se hacen actividades para fomentar la buena relación entre las personas mayores que viven en la Residencia

Guión de los cuestionarios

- Número de visitas, llamadas o cartas por parte de sus familiares. Si realiza salidas fuera de la Residencia con familiares.
- Número de visitas, llamadas o cartas por parte de amigos. Si realiza salidas fuera de la Residencia con amigos.
- Número de amigos dentro de la Residencia.
- Qué considera mejor el apoyo de su familia o de sus amigos.
- Del 1 al 6 valoración que da a las interacciones con su familia.
- Del 1 al 6 valoración que da a las interacciones con sus amigos.
- Tiempo que lleva viviendo en la Residencia.
- Si considera suficientes las interacciones con amigos y familiares. Si se ha sentido solo en algún momento.