



Trabajo de Fin de Máster

**Acompañamiento al familiar,
tras el ingreso del mayor en residencia**

*Accompaniment to the family member, after
the elderly person is admitted to residence*

Autora:

Ana Belén Marcos Faus

Directora:

Patricia Eugenia Almaguer Kalixto

Facultad de Ciencias de la Salud

2023/2024

INDICE

PORTADA	1
AGRADECIMIENTO	3
RESUMEN.....	4
1. INTRODUCCIÓN	5
2. JUSTIFICACIÓN.....	7
3. METODOLOGIA	8
3.1. Diseño del estudio	8
4. MARCO LEGAL Y CONTEXTO	11
4.1 Ley de Dependencia.....	12
4.2 Ley CCAA Aragón	13
4.3 Evolución demográfica en España.....	14
5. MARCO TEÓRICO	16
5.1 Perfil y características de los cuidadores en Aragón.....	18
5.2 Cuidado en el medio habitual por parte de los familiares	19
5.3 Prestaciones que reciben los cuidadores no profesionales.....	19
5.4 Efectos y repercusiones en los cuidadores	21
5.5 La residencia como opción.	22
5.6 El contexto de las residencias en Aragón	23
6. RESULTADOS DE LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: IDENTIFICACIÓN DE DEBATES .	27
6.1 El debate sobre la atención desde las residencias	27
6.2 El cuidador; duelo y dificultad de la conciliación familiar y laboral.....	29
6.3 El factor de las enfermedades degenerativas y crónicas	31
6.4 Estragos del Covid-19	32
7. DISCUSIÓN Y APORTACIONES.....	33
8. CONCLUSIÓN	40
9. BIBLIOGRAFIA	42

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a la Universidad de Zaragoza por generar un espacio en el cual crecer y desarrollarme como persona y profesional. Agradecer también la posibilidad de haberme podido especializar realizando el máster de Gerontología Social, el cual considero mi vocación y pasión. Reconocer también a mi directora Patricia Eugenia Almaguer, por el apoyo y la cercanía para la consecución y finalización del trabajo. Y finalmente y no por ello menos importante, agradecer a todas las personas que siempre me acompañan, apoyan y me motivan cada día para ser mi mejor versión.

RESUMEN

El objetivo en torno al que gira este trabajo final de máster es el relacionado con el acompañamiento al familiar y el proceso de duelo que conlleva el mismo, tras el ingreso del mayor en la residencia. En el presente trabajo se pretende conocer si existe un proceso sistematizado de acogida al familiar, tras el ingreso del mayor. Se conoce que el proceso de adaptación de las partes puede ser complejo e incluso puede agravarse si no se presentan las herramientas necesarias para poder integrar el cambio y aceptarlo. Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de trabajos publicados sobre este tema, alojados en las diferentes bases de datos como Web of Science, Scopus, Dialnet, Alcorze e incluso algunas más técnicas como Gerokomos.

Palabras clave: ingreso, residencia, familia

ABSTRACT.

The aim of this master's thesis is related to the accompaniment of the family member and the mourning process involved, after the elderly person has been admitted to the nursing home. The aim of this work is to find out whether there is a systematised process of welcoming the family member after the elderly person's admission. It is known that the process of adaptation of the parties involved can be complex and can even be aggravated if the necessary tools are not provided to be able to integrate and accept the change. A bibliographic review has been carried out of published works on this subject, housed in different databases such as Web of Science, Scopus, Dialnet, Alcorze and even some more technical ones such as Gerokomos.

Keywords: admission, residence, family

1. INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida ha supuesto un avance social importante, esto tiene una lectura positiva en cuanto a la prestación de servicios y la existencia de profesionales cualificados que atienden los mismos. A pesar de ello, y pudiendo considerarse un avance social también tiene consecuencias que no siempre son asumidas por la Administración pública.

Desde el ámbito social tenemos un reto, que consiste en atender a la demanda de manera integral de toda la población envejecida. Intentando prestar servicios personalizados de forma integral e individualizada. Para ello es necesario humanizar el cuidado y que la persona sea realmente el centro de la atención. La OMS define el autocuidado como la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover y mantener la salud y para prevenir enfermedades y hacerles frente con o sin el apoyo de un trabajador de la salud o asistencial. Y ¿Qué pasaría si este autocuidado no pudiese llevarse a cabo por la misma persona o su círculo más cercano?. Tras esta pregunta se cede el protagonismo a las entidades tanto públicas como privadas que asumen esta responsabilidad de cuidar al que no puede cuidarse o ser cuidado.

Las residencias son una solución directa frente a los problemas actuales que tienen que ver con los cuidados a la tercera edad. Esto se debe al aumento de la esperanza de vida, acompañada de una crisis en el cuidado informal, que ha provocado que aumenten los ingresos residenciales. Esta situación provoca una nueva situación a su vez, que tiene que ver con el proceso de acompañamiento al familiar que decide ingresar al mayor en una residencia. El objetivo fundamental de esta investigación es poner todas las cartas sobre la mesa y describir el proceso de atención al familiar en el ámbito residencial. Poder conocer si existe un proceso sistematizado de atención en todo el proceso o si por el contrario solo se hace una atención inicial de recepción, acogida o seguimiento y finalmente se termina olvidando a esa pieza esencial y clave que es la familia.

En el presente trabajo se pone énfasis en el familiar que acompaña a la persona que ingresa en una residencia, para que la misma se adapte, se sienta a gusto y sienta la residencia como un hogar. Pero en el caso del familiar que acompaña, se puede tener la sensación de que solo se hace una atención residual de contención, escucha o apoyo inicial y luego ¿Qué pasa cuando ese familiar vuelve a su casa?

Tras estas breves pinceladas, se pretende exponer todas las hipótesis e incógnitas que se van a intentar resolver o comprender en el presente escrito. Aunque pueda ser pretencioso abarcar todas las cuestiones planteadas, se intentará plantear una línea de argumentación clara y racional, basada en una exhaustiva revisión bibliográfica en relación con la temática planteada.

OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
<p>1. Conocer si existen metodologías o propuestas para abordar el acompañamiento a la familia en la residencia geriátrica.</p>	<p>1.1 Indagar sobre la existencia del cuidado al familiar tras el ingreso del mayor en residencia, identificado en la literatura.</p> <p>1.2 Conocer el proceso de acompañamiento al familiar tras el ingreso del mayor en residencia.</p>

Tabla 1: Objetivo general y específico Fuente: Elaboración propia.

2. JUSTIFICACIÓN

El aumento de la esperanza de vida es un hecho evidente y actualmente es un tema que genera controversias y plantea nuevos paradigmas. Desde las diferentes profesiones y disciplinas se lanzan interrogantes sobre los cambios que esto va a generar tanto a nivel económico, como político y finalmente social. Ante esta nueva situación que en algunos aspectos nos desborda porque todavía no nos habíamos enfrentado a ella, aparecen nuevos modelos que plantean soluciones nuevas ante estas incógnitas.

Según el INE, la esperanza de vida es el indicador más ampliamente utilizado para realizar comparaciones sobre la incidencia de la mortalidad en distintas poblaciones y, en base a ello, sobre las condiciones de salud y nivel de desarrollo de una población. En los países occidentales, la esperanza de vida ha experimentado notables avances en el último siglo, y se ha conseguido con disminuciones en la probabilidad de morir debido a los avances médicos y tecnológicos, reducción en las tasas de mortalidad infantil, cambios en los hábitos nutricionales y estilos de vida, mejora en los niveles de condiciones materiales de vida y en la educación, así como el acceso de la población a los servicios sanitarios.

A pesar de que las noticias son favorables, puesto que el aumento de la esperanza de vida indica mejores condiciones en la calidad de vida, también plantea un nuevo escenario donde los mayores viven más que nunca y donde también se encuentran aspectos negativos, tales como la cronicidad de las enfermedades, la aparición de pacientes pluripatológicos y crisis del cuidado.

Existen también acontecimientos históricos que generan un cambio social, tales como la incorporación de la mujer al mundo laboral. El número de mujeres con empleo se ha triplicado en los últimos 50 años, alcanzando su máximo histórico en el cuarto trimestre de 2023 con casi 10 millones de mujeres ocupadas, según la [Encuesta de Población Activa \(EPA\) del Instituto Nacional de Estadística \(INE\)](#). Esto crea una nueva situación donde la mujer deja de tener el rol principal en el cuidado de los hijos y de los mayores, para plantear una nueva situación que requiere de nuevas soluciones y alternativas, puesto que los cuidados siguen siendo necesarios y existiendo a pesar de los cambios sociales.

A partir del nuevo fenómeno sociológico que implica la inserción de la mujer al mundo laboral, se producen cambios en el cuidado y se plantean nuevos retos y propuestas desde las cuales se pretende dar cobertura a los cuidados. Desde las residencias, se plantea un servicio integral, con profesionales especializados para atender las necesidades que presentan tanto los familiares como los residentes que ingresan en las mismas.

El presente trabajo se genera, al observar como profesional que no hay un método de atención determinado que acompañe a los familiares de los mayores que ingresan en las residencias. Después de hacer una exhaustiva revisión bibliográfica, no se encuentra bibliografía que documente lo anteriormente mencionado. Por todo ello, el presente trabajo pretende evidenciar la necesidad existente de realizar una mayor profundización y estudio para poder realizar un acompañamiento óptimo al familiar que decide ingresar al mayor en residencia.

3. METODOLOGIA

El objeto de estudio de este trabajo de fin de máster es el conocer si existe un protocolo de atención o de acompañamiento a las familias que ingresan al mayor en residencia, con el fin de obtener una aproximación lo más detallada posible de la realidad. El territorio principalmente estudiado es España y más concretamente Aragón.

Para llevar a cabo la investigación, se ha decidido realizar una revisión bibliográfica la cual se ha realizado mediante la búsqueda en diferentes bases de datos, obteniendo así la información necesaria para la realización del presente trabajo. Para poder lograr los objetivos expuestos y explicados en apartados anteriores, se ha seguido una metodología académica, denominada Prisma.

3.1. Diseño del estudio

Para la realización de la revisión bibliográfica se ha procedido inicialmente a la búsqueda de artículos que tuviesen que ver con el tema de la investigación, el acompañamiento al familiar tras el ingreso del mayor en residencia.

Las páginas utilizadas para la revisión bibliográfica fueron principalmente: Dialnet, Pubmed, Google Scholar, Science Direct, Alcorce y algunas revistas más específicas como Gerokomos.

Para poder realizar una revisión eficaz y realmente seleccionar los artículos en base al tema escogido se utilizaron unos criterios de selección y exclusión para poder de esta manera cribar los artículos y poder seleccionar los más afines al estudio.

Los criterios de selección fueron, primero que las referencias contuviesen los términos clave: ingreso, residencia y familia, y segundo que el estudio tuviese relación directa con la temática "el cuidador familiar". Finalmente, los criterios de exclusión de los artículos fueron, por una parte, que no tuviese los términos clave y por otra parte, que, aunque apareciesen algunos de estos términos si el artículo no guardaba relación directa con el papel del cuidador familiar, era descartado.

Inicialmente se utilizó como instrumento para la edición y la clasificación de archivos Mendeley, pero finalmente se realizó una categorización manual y clásica que consistió en la creación de un documento Google donde se archivaban los artículos encontrados, los válidos y los excluidos. Puesto que al iniciar la revisión bibliográfica se consideró que era más práctico debido al poco material encontrado seleccionarlo y revisarlo de una manera más clásica, porque facilitaba su elaboración y comprensión.

Después de la revisión en las páginas académicas, y de la selección o exclusión de los artículos, se procede a categorizar los artículos encontrados según bloques temáticos agrupados por secciones, para poder sintetizar y clasificar mejor toda la información encontrada. Los artículos encontrados en las páginas académicas son los siguientes:

Dialnet:

- Artículos de libro: 10, de los cuales solo 2 resultaron coincidir con los términos y ser considerados válidos, aunque finalmente fueron excluidos porque no había acceso completo al texto)
- Artículos de revista: 221, de los cuales tras el cribado utilizando los criterios de selección y exclusión, se consideraron válidos solo 20.
- Libros de texto se encontraron: 6, que finalmente fueron descartados por no cumplir con los criterios.

Pubmed

- Artículos de revista: se encontraron unos 1700 en una primera búsqueda inicial, pero tras una revisión más exhaustiva se observó que la mayoría de estos artículos no coinciden con la temática, ni con los términos. De estos artículos inicialmente encontrados solo se seleccionaron 20, que se consideraban que cumplían con los criterios. Finalmente, de estos 20 artículos ya cribados, solo se consideraron válidos 6, puesto que el resto, aunque podían contener los términos no correspondían directamente con la temática.

Google Scholar

- Artículos de revisión: inicialmente se encontraron 134 artículos en una primera búsqueda según los términos clave de los cuales tras una revisión exhaustiva solo se consideraron validos 6.

Science Direct

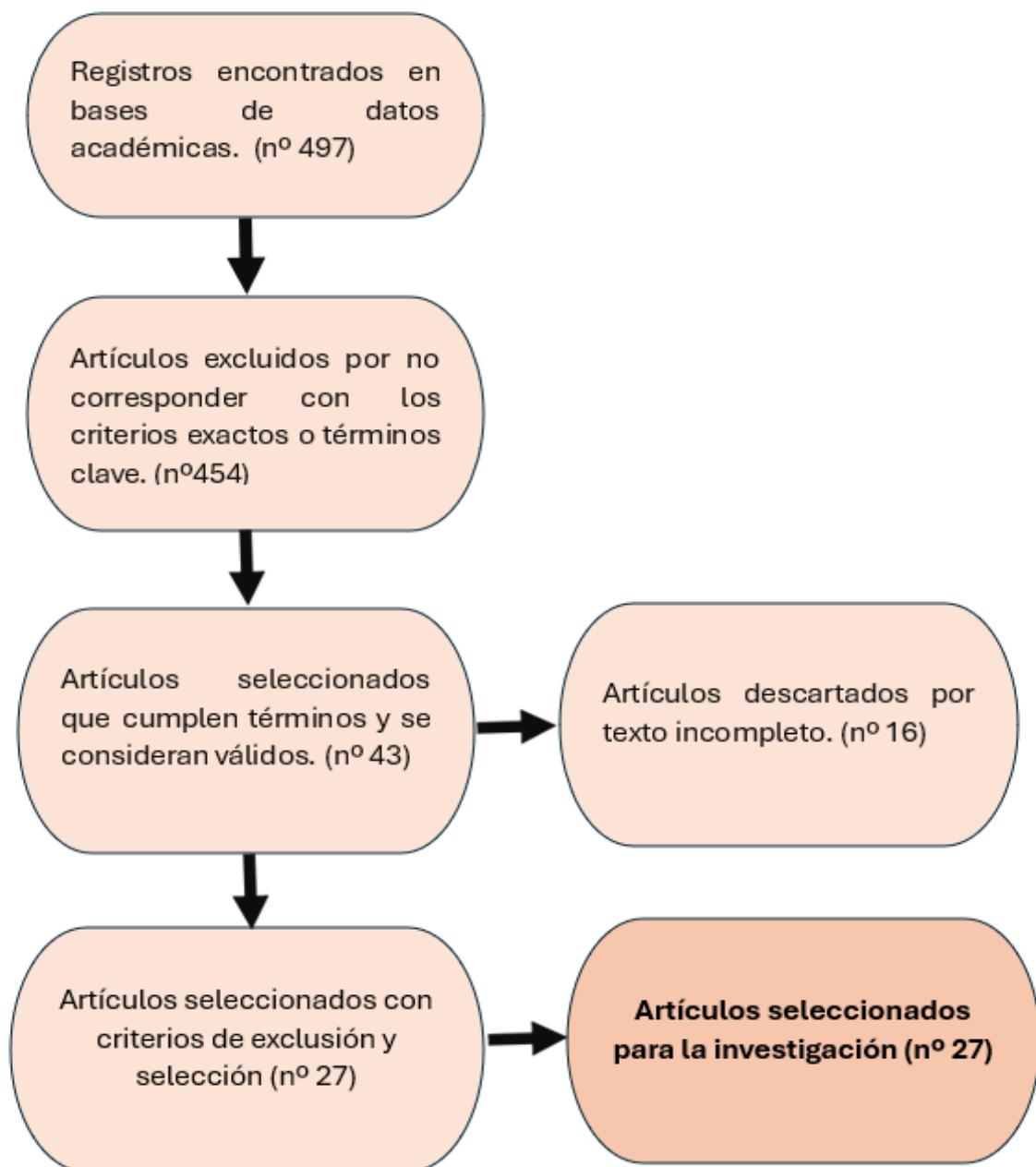
- Artículos de revisión: inicialmente se encontraron 106 artículos, pero después de la revisión solo se consideraron válidos para la investigación 9 artículos.

Tanto en Alcorce como en la revista de Gerokomos varios de los artículos se encontraron en Dialnet y en otras revistas, por lo que contabilizo los que se habían encontrado inicialmente en las otras fuentes para duplicar información.

Tras realizar el cribado correspondiente, de todas las fuentes consultadas, se han utilizado aproximadamente 27 artículos para la revisión bibliográfica. Los artículos seleccionados, fueron escogidos con rigor en base a los criterios de exclusión y selección anteriormente nombrados. Por tanto, consideramos que la metodología utilizada nos ha permitido obtener información de calidad y fiable, y que el planteamiento nos ha permitido la obtención de un resultado satisfactorio.

Finalmente consideramos que, para poder visualizar el cribado de los artículos elegidos de una forma más rápida y eficaz, es de gran ayuda un diagrama de flujo, el cual se muestra a continuación.

Diagrama de flujo



Fuente: *Elaboración propia*

4. MARCO LEGAL Y CONTEXTO

España está territorialmente gestionada según las 17 comunidades autónomas (CCAA), las cuales son a su vez consideradas unidades territoriales.

Las unidades territoriales, son las partes en las que se estructura el territorio para la prestación de los servicios y está en relación con las demandas sociales propias de cada territorio. Se conocen dos tipos de prestaciones, las primeras son fijas en el tiempo y cuyo criterio de distribución son el volumen y la población, mientras que las segundas prestaciones, son flexibles y se distribuyen según las necesidades existentes.

La configuración territorial de los servicios sociales atiende las necesidades sociales favoreciendo la proximidad de los usuarios a las prestaciones sociales con los criterios de equidad y universalidad. Su objetivo es garantizar la accesibilidad y la mayor proximidad posible de los ciudadanos con los servicios sociales.

La organización territorial está basada en la acción coordinada de las diferentes Administraciones y estas han de adaptarse a los dos niveles según las cuales se articulan, los cuales son; los Servicios sociales generales, que son los destinados para toda la población y los Servicios sociales especializados, que son para aquellas personas que requieren una atención específica, donde los establecimientos específicos son los que gestionan las prestaciones públicas.

El Área Básica de Servicios Sociales constituye la unidad de referencia de la organización territorial en que se estructura, de forma descentralizada, las prestaciones de los Servicios sociales Generales. En las comarcas constituidas el Área Básica de Servicios Sociales integra los municipios de menos de veinte mil habitantes de la delimitación comarcal.

Los municipios agrupados en la Mancomunidad Central de Zaragoza constituyen igualmente un Área Básica de Servicios Sociales. Existen 51 áreas de Servicios sociales y en cada Área Básica de Servicios Sociales existirá al menos, un Centro de Servicios sociales como equipamiento básico, de carácter comunitario, que se configura como la estructura administrativa y técnica para la prestación de los Servicios sociales Generales del Sistema Público de Servicios sociales.

El sector de Servicios Sociales es la unidad territorial que agrupa a varias Áreas Básicas de Servicios Sociales, constituyéndose en tres sectores: el sector Huesca, Zaragoza y Teruel.

Las residencias se consideran dentro del catálogo de Servicios Sociales catalogadas como prestación de servicio, que puede tener carácter permanente, cuando el centro residencial se convierte en la residencia habitual de la persona, o temporal, cuando se atiendan estancias temporales de convalecencia o durante vacaciones, fines de semana y enfermedades o períodos de descanso de los cuidadores no profesionales.

La tipología de centros incluye, residencia de personas mayores dependientes y centro de atención a personas en situación de dependencia, debido a los distintos tipos de discapacidad.

Los servicios públicos que se ponen a disposición de las personas en situación de dependencia funcionan con lista de espera asignada en función del grado de dependencia reconocido y la capacidad económica, entre otros factores.

Las solicitudes de estancia y traslado en centros residenciales están orientadas a personas mayores que presentan un grado de dependencia reconocido (grados II y III) y para quienes la permanencia en el hogar no es viable.

El acceso se articula a través del Programa Individual de Atención (PIA), que determina la idoneidad de la atención residencial. El Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS) gestiona las solicitudes con base en un baremo que considera el grado de dependencia y la capacidad económica del solicitante. Las plazas vacantes se adjudican con un plazo de aceptación de 10 días. Asimismo, pueden acceder cónyuges y familiares de hasta segundo grado que dependan económicamente del solicitante y carezcan de alternativas sociales adecuadas.

4.1 Ley de Dependencia

La implantación de la conocida Ley de Dependencia, Ley 39/2006, de 14 de diciembre, Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, ha sido posible gracias a los pequeños pasos que se han ido logrando.

Desde la creación de la Comisión de Reformas Sociales en 1883 y su consiguiente construcción del Sistema de Bienestar Español, la creación de la Ley General de Seguridad Social de 1966, la Ley de Integración Social de las Personas con Minusvalía en 1982 o más conocida como LISMI, la Ley General de Sanidad de 1986, el Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de 1988 hasta lo que conocemos hoy en día como la LAPAD, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía y Atención a las personas en situación de Dependencia en la que se establece las condiciones para la atención a las personas en situación de dependencia y que dará paso a la creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, SAAD.

Entendiendo la Dependencia, según el art. 2 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía y Atención a las personas en situación de *Dependencia*, como:

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

Fuente: Artículo 2, de la ley de dependencia, Definiciones.

La Ley de Dependencia (Ley 39/2006) es una normativa creada a nivel nacional, que genera el derecho de las personas en situación de dependencia a recibir apoyo para la realización de las actividades de la vida diaria. En Aragón, la aplicación de esta ley ha sido una pieza

clave para el posterior desarrollo de los servicios residenciales y asistenciales que permitan el cuidado de las personas mayores.

Esta ley se implementó mediante un marco normativo integral, encabezado por la Ley 39/2006, complementada por la Ley 5/2009 de Servicios Sociales de Aragón. El propósito es asegurar la atención y la promoción de la autonomía de las personas mayores en situación de dependencia a través de procedimientos específicos.

El proceso mediante el cual se le reconoce la situación de dependencia a una persona es; una solicitud inicial en los Centros de Servicios Sociales y una posterior evaluación profesional que determina el grado de dependencia.

Los grados de dependencia se clasifican en: Dependencia Moderada (Grado I), Dependencia Severa (Grado II) y La Gran Dependencia (Grado III), cada uno cuenta con unos criterios específicos para determinar el mismo grado, junto con la necesidad específica de apoyo. Finalmente, tras la valoración se elabora un Programa Individual de Atención (PIA) para definir las prestaciones y los servicios más adecuados, que incluyen desde la prevención y la teleasistencia hasta la atención domiciliaria y residencial.

El sistema de dependencia asegura un acceso equitativo para los ciudadanos, para que puedan tener acceso a los servicios que promueven la autonomía personal y elevan la calidad de vida de las personas dependientes.

En 2024, desde la Comunidad Autónoma de Aragón se inició la actualización de las prestaciones para adaptarse a las nuevas necesidades de la población dependiente. Uno de los servicios es un simulador de Dependencia y discapacidad para poder orientar a los ciudadanos y que de esta manera puedan conocer una aproximación del grado asignado.

4.2 Ley CCAA Aragón

Según el Estatuto de Autonomía de Aragón el cual dota a la comunidad de competencias exclusivas y compartidas en materia de servicios sociales, permitiendo la gestión autónoma y la regulación de centros residenciales para personas mayores en situación de dependencia. Este marco normativo permite que la CCAA de Aragón puede legislar, planificar y supervisar la creación y el funcionamiento de estos centros, garantizando una atención especializada y adaptada a las necesidades demográficas y sociales de la población.

La autonomía otorgada por el Estatuto permite la elaboración de Programas Individuales de Atención (PIA). Es un instrumento esencial para evaluar la idoneidad del ingreso en residencia y que aseguran un enfoque personalizado y continuado de la atención. El desarrollo normativo también ha permitido la implementación de criterios de acceso y la gestión de recursos complementarios, como programas de asistencia domiciliaria y apoyo en el entorno familiar, creando de esta manera un sistema integral de protección social.

La normativa permite garantizar la prestación de servicios bajo los principios de accesibilidad, igualdad y calidad, incorporando la supervisión y la formación especializada del personal. La capacidad legislativa de Aragón favorece la coordinación efectiva con entidades públicas y privadas y una colaboración estrecha con el propio Estado y la Unión Europea, lo cual

contribuye al fortalecimiento y la sostenibilidad de los servicios de atención a mayores. Esto presenta a Aragón como un modelo de gestión adaptable a las particularidades de su entorno y capaz de dar respuesta a los retos en el ámbito de la atención social de manera eficiente.

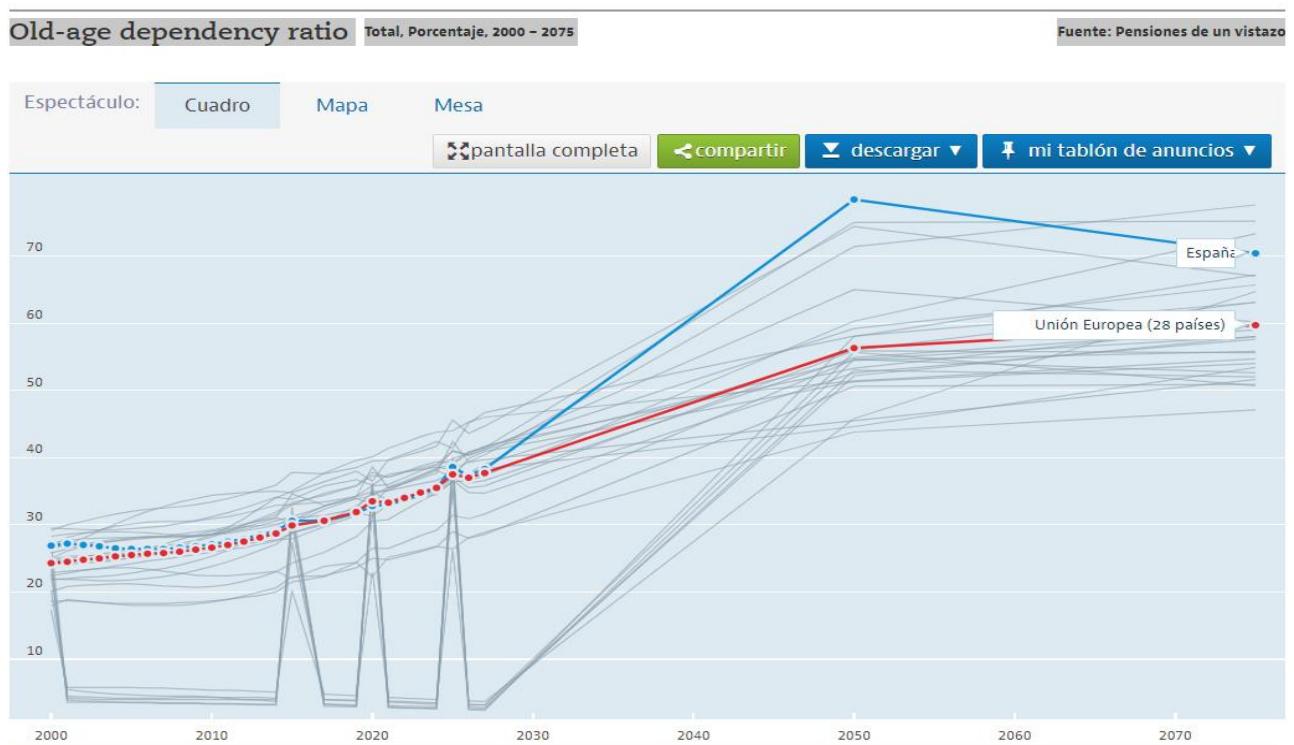
4.3 Evolución demográfica en España

España es un país que ha vivido y está viviendo cambios importantes en su estructura demográfica. El envejecimiento de la población junto con el aumento en la esperanza de vida ha ido incrementado, al igual que el porcentaje de población en situación de dependencia.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD) prevé que para 2075 la Tasa de Dependencia debido a la vejez en España aumente hasta el 70,4% en comparación con el resto de los países europeos que se quedan con una tasa del 59,7%.

Gráfico

Tasa de dependencia en la vejez 2000-2075



Fuente: Datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), 2023.

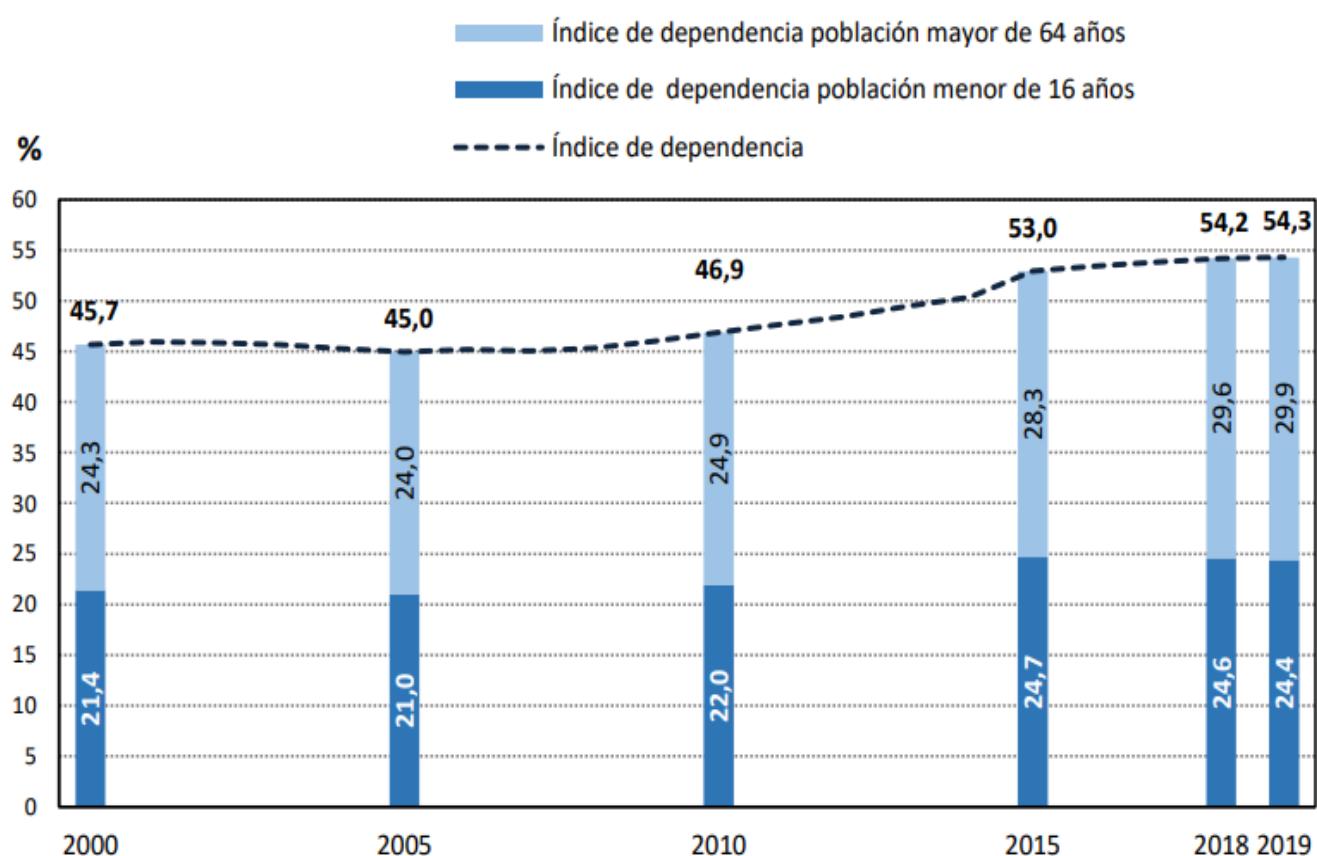
Y es que si bien, por un lado, el avance de la medicina, la implantación de dietas saludables, el aumento del ejercicio físico incrementa esta esperanza de vida, por otro lado, no se está garantizando las condiciones para mejorar la autonomía de las personas en sus Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Según el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021, el último publicado, encontramos que el índice de Dependencia en España es del 54,3%. De los cuales, el 29,9%

son personas mayores y el 24,4% son jóvenes. Si bien estos datos podrían demostrarnos que las cifras no muestran una prevalencia significativa, lo cierto es que existe una tendencia ascendente en las personas mayores y continúa siendo estable en personas jóvenes desde el año 2000 (Informe Anual SNS 2020-2021).

Gráfico 2.

Índice de Dependencia en España



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Estimaciones intercensales y Cifras de Población.

Fuente: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021.

5. MARCO TEÓRICO

A través del marco teórico se pretende abarcar más profundamente el conocimiento existente en referencia al acompañamiento al familiar y por otra parte conocer otros aspectos que han podido influir para que exista o no tal protocolo de atención al cuidador informal que además es familiar del residente.

La familia es la unidad básica de interacción básica indispensable en toda organización social, siendo esta un instrumento socializador mediante el cual el individuo adquiere su identidad. Es por ello por lo que la familia es una pieza clave con la que contar para remar juntos hacia un mismo objetivo.

El origen de las residencias nace a principios del siglo XVII, en gran Bretaña cuando en los hospitales se excluían a los locos, a los leprosos y a los niños. La gente de edad y los indigentes eran ubicados fuera de los hospitales, proliferaron las casas para pobres. Estas casas para ancianos y pobres se hallaban separadas de la comunidad, estas residencias se mantuvieron hasta 1930. En Estados Unidos, empezaron a crecer las residencias privadas y los que allí ingresaban podían recibir subvenciones estatales. A partir de 1935 se empezaron a crear programas de ayudas oficiales a la gente de la tercera edad.

Los primeros estudios según los cuales se analizó las residencias los realizó Goffman (1959), en su famoso trabajo *Instituciones totales*, según dicho estudio analiza las analogías entre las instituciones más que sus diferencias y nombra la institucionalización total.

Otros autores que ponen mayor énfasis en las residencias de ancianos se citan a Bennet y Nahemow (1975) y los de Townsend y Kimbell (1981) quienes trataron de cuantificar el grado de estructuración de la rutina, la despersonalización y de distancia social en estas residencias.

Goffman y Kleemeier habían comenzado de manera simultánea a definir las características de estos entornos que habían sido creados para atender a la tercera edad. El estudio puso en evidencia que tanto las percepciones del personal como de los residentes diferían en algunos aspectos, puesto que poseían diversas ópticas tanto personales como profesionales.

Desde estas investigaciones se observa que existe un amplio margen de conductas adaptativas por parte de los ancianos frente al entorno.

Moos y otros autores (1974), trabajaron desde una perspectiva ecológica y desarrollaron una serie de escalas para evaluar los cuidados en estas residencias, así como la influencia y la complejidad del entorno. Moos e Igra (1980) y Lemke y Moos demostraron cual era el grado de cohesión, independencia y autoconocimiento en relación con el tamaño de la organización.

El concepto de envejecimiento genera diferentes puntos de vista, desde las cuales se generan diversos puntos de vista. Numerosos autores presentan estudios sobre las teorías del envejecimiento tales como; (Fernández Lopiz, 2021; Limón 1997; Martínez-Fornés, 1991; Muñoz Tortosa, 2002, etc.)

Para estos autores existen cuatro enfoques desde los cuales se entiende la vejez y en consecuencia influye en la perspectiva de abordaje en las residencias. La primera está

basada en las Teorías biológicas, la segunda en las Teorías del programa o reloj, la tercera en las Teorías psicológicas y la cuarta en la Perspectiva educativa.

Las teorías sobre el envejecimiento suelen tener en común una visión sobre el envejecimiento un tanto negativa, basada en los déficit, deterioros y desmotivaciones que se producen en las personas a lo largo de la vida. Actualmente esta visión ha cambiado y está superada puesto que se entiende la vejez como una etapa más dentro del desarrollo vital.

Distintos autores y escuelas de pensamiento vienen formulando modelos sobre el buen envejecer, así como estudiando las condiciones y variables que permiten mejorar las condiciones de la vida, puesto que la finalidad no es prolongar la vida sino vivirla dignamente y con calidad de vida.

El modelo que actualmente se está implementando en las residencias es el enfoque de Atención Centrada en la Persona (ACP). Es un modelo que tiene un gran recorrido y acogida tanto en los Servicios sociales como sanitarios, en los países desarrollados. Es un enfoque que pretende situar a la persona en el centro de la intervención, desde el reconocimiento de su singularidad y desde el respeto a su autonomía personal, es decir el respeto a sus decisiones, modo de vida, preferencias y deseos. Aunque en España ha sido un proceso lento y todavía queda trabajo por realizar los cambios se empiezan a generar y a implementar.

La (ACP) entiende la calidad asistencial desde una óptica basada en la calidad de vida de las personas y sitúa la intervención personalizada como principal objetivo. Ante otros modelos antiguos encontramos que el modelo centrado en la persona otorga a las personas usuarias un rol activo. Además, el objetivo principal, no solo es la prestación de una intervención individualizada sino el empoderamiento de la persona, aunque necesite apoyos, pueda seguir manteniendo su vida en la medida de lo posible además de que pueda seguir tomando decisiones.

Como dice Susan Misiorski (Pioneer Network)

“La atención centrada en la persona no es un destino, es un viaje sin fin”.

Desde esta perspectiva se puede entender que el (ACP) es un modelo que plantea una alternativa al cuidado centrado en el residente, al cual le da voz le hace protagonista de su historia y le otorga el papel de ser autor de su propia historia a pesar de su condición física, mental o social. Este modelo pretende volver a revestir de dignidad a las personas mayores que no por ser mayores pierden su valor como persona.

Este nuevo modelo desde el que se pretende abordar la atención residencial nace desde la imagen negativa de las residencias. Algunos autores como (Goffman 2001), con su “institución total” o Foucault, quien también desarrollos su crítica sobre las instituciones y sus efectos negativos sobre las personas. Fueron el antecedente para generar un cambio y en España al inicio de los años noventa se realizó un estudio sobre la realidad de las residencias (Barenys, 1990) y entre las notas destacables apareció un fenómeno que los residentes experimentaban influenciado debido a la vida bajo tutela y la perdida de autonomía, fenómeno que la autora le llama “desculturación”.

Las residencias son una institución que evoluciona y se adapta a los nuevos tiempos y a las necesidades cambiantes de los demandantes. Por todo ello, se hace evidente el presente estudio desde el cual se pretende conocer como ha sido esa evolución institucional y concretamente conocer la existencia o inexistencia de un protocolo de acompañamiento al familiar del residente que ingresa en residencia.

5.1 Perfil y características de los cuidadores en Aragón

La población actual se enfrenta a un proceso de cambio demográfico, donde se aprecia un aumento notorio en la esperanza de vida, acompañado al desarrollo de enfermedades crónicas y dependientes.

Según Gordillo y Valencia (2018), las enfermedades, junto con los cambios demográficos y el aumento de vida, genera que se produzcan situaciones donde se demande aumento de prestaciones de servicios de salud mayores. Esto produce egresos hospitalarios precoces. En el momento en que estos cuidados se asumen en la familia, donde un cuidador se hace cargo del cuidado de la persona enferma, la situación se hace más exigente.

Un miembro de la familia, un vecino u amigo acaba supliendo las necesidades de atención, según el grado de discapacidad o enfermedad las necesidades son mayores. Dentro de las funciones que cumple el cuidador están; hacer de enlace entre la familia y el enfermo, dar cuidados básicos, atender todas las necesidades, etc. Esto genera como resultado un gran desgaste físico, mental, emocional y socioeconómico.

El cuidador se ve obligado a prestar un cuidado sin las herramientas necesarias para garantizar una atención de calidad, es por ello por lo que la relación cuidador-cuidado se puede ver afectada negativamente.

Y propone que el cuidador informal se deba reconocer como un elemento fundamental en los sistemas de salud a la hora de cuidar, puesto que el cuidado informal llega a prestar el 88% del total de los cuidados principales al paciente con enfermedad crónica. De esta manera, el cuidador informal acaba asumiendo funciones propias del Estado y de las instituciones encargadas de la salud, donde se pone en evidencia la evasión de las responsabilidades del cuidado formal.

Además, tal y como señalan los datos recabados de la Información Estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en marzo 2023 del Instituto de Mayores y Servicios Sociales. En España, el parentesco que guarda la persona cuidadora en el cuidado predomina los hijos con el 34,6%, la madre con el 24,4%, el cónyuge con 19,9%, otros con 8,7% y en menor porcentaje los compañeros en 1,4%.

Sí extrapolamos estos datos a Aragón encontramos como la persona cuidadora es mayoritariamente otros con el 55,5%, el/la cónyuge con el 16,1%, posteriormente los hijos con el 15,8%, la madre con el 7,8% y por último los nietos y compañeros con el 0.2%.

Tabla. Comparación del perfil del cuidador en Aragón y España en porcentaje

Ámbito territorial	Total	Hijo/a	Madre	Cónyuge	Hermano/a	Padre	Yerno/ Nuera	Nieto/a	Compañero/a	Otros
Aragón	100%	15,8	7,8	16,1	2,6	1,1	0,7	0,2	0,2	55,5
España	100%	34,6	24,0	19,9	4,6	3,3	1,8	1,7	1,4	8,7

Fuente: Elaboración propia, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2023.

5.2 Cuidado en el medio habitual por parte de los familiares

De acuerdo con Jiménez (2023) ante la situación de estrés que atraviesan muchos cuidadores informales, que además son familiares de la persona a la que cuidan, se encuentran con que tienen que tomar decisiones que en algunas ocasiones también les resultan perjudiciales.

Ejemplo de ello, son las situaciones en las que los familiares se ven en la necesidad de tener que ingresar a su familiar en una residencia. Aunque en un principio, hay una sensación de alivio emocional, posteriormente no todos la mantienen en el tiempo.

En concreto, para algunos cuidadores el ingreso en la residencia supone un gran estrés, a pesar de que se produce una reducción de la carga física de los cuidados, la angustia del cuidador aumenta ante nuevas incógnitas. Experimentando nuevas cargas y retos que se encuentran en la residencia de mayores.

La ambivalencia que se produce ante esta nueva situación está muy relacionada con el sentimiento de culpa, por la toma de decisión de institucionalizar. Está muy relacionado el estrés con el sentimiento de culpa, que padecen los cuidadores ante la situación de cuidado con personas dependientes que finalmente acaban institucionalizadas (Jiménez et al., 2023).

5.3 Prestaciones que reciben los cuidadores no profesionales

En la investigación realizada hemos encontrado la existencia de prestaciones que pueden recibir las personas cuidadoras no profesionales de personas en situación de dependencia. Para lo cual es necesario que sean designados como tales en el Programa Individual de Atención (PIA) y que se acredite el reconocimiento de la prestación económica de la dependencia (Manual para la Suscripción de Convenio Especial, 2019).

Tabla.

Beneficiarios del Convenio Especial de Cuidadores No Profesionales de la Seguridad Social.

		Nº	%
SEXO	HOMBRES	8.058	11,4%
	MUJERES	62.463	88,6%
		Nº	%
EDAD	MENOS DE 50	26.710	37,9%
	ENTRE 51 Y 55	14.211	20,2%
	ENTRE 56 Y 60	15.278	21,7%
	ENTRE 61 Y 65	11.408	16,2%
	MAYORES DE 65	2.914	4,1%

Fuente: *Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)*, 2023.

Más concretamente, según el Convenio Especial de Cuidadores No Profesionales de personas en situación de dependencia, en febrero de 2023 en España aquellas personas cuidadoras no profesionales inscritas en la Seguridad Social y que, por tanto, reciben dicha prestación suman 70.521 personas, representadas mayoritariamente por 62.463 mujeres que representan el 88,6% y los hombres son 8.058 equivalentes al 11,4%. La edad está comprendida menor a los 50 años con 20.6710 que representa el 37,9% del total y entre los 51 años hasta los 65 años de edad son 40.897, estos representan el 58,1%.

Ahora bien, si analizamos quiénes de estas personas cuidadoras no profesionales son beneficiarias de esta prestación en Aragón existen reconocidas 1.873 personas, de ellas 1.178 personas están en Zaragoza, 485 son de Huesca y 210 en Teruel.

Tabla

Comparación de perceptores del Convenio Especial de Cuidadores No Profesionales de la Seguridad Social en España y Aragón.

Ámbito territorial	Resueltos
Aragón	1.873
Huesca	485
Zaragoza	1.178
Teruel	210
España	70.251

Fuente: *Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMERSO)*, 2023. Elaboración propia.

Percibir esta prestación requiere de requisitos para la persona cuidadora, entre ellos se encuentra que el cuidador no se encuentre en situación de alta en cualquier régimen de la Seguridad Social a tiempo completo, desempleo o sea perceptor de determinadas prestaciones.

Los datos, nos demuestran una vez más que son las mujeres quienes continúan ejerciendo la labor de cuidados a tiempos quasi completos, a la vez nos permite conocer como las familias se superaran y las dificultades de conciliar estos cuidados con una vida más independiente.

5.4 Efectos y repercusiones en los cuidadores

Las actividades que realizan los cuidadores informales son altamente demandantes, estresantes y generalmente asociadas a una carga emocional, con efectos lesivos para la salud. El llamado síndrome Burnout se manifiesta cuando las personas no pueden afrontar de manera normal y adaptativa las situaciones que les generan estrés y se sienten impedidas para mejorar o afrontar la situación problemática.

Las personas que realizan dicha labor de cuidados, en muchas ocasiones, siguen siendo mujeres, muchas de ellas hijas o esposas, que asumen este rol. Según Molina (2022) además de la carga que requiere el hecho de realizar la labor de cuidado, nos encontramos con que esas mujeres pueden estar atravesando un momento vital donde se produce un cambio hormonal propio de la menopausia.

Se ha podido apreciar que el síndrome Burnout, genera ansiedad y depresión en las personas cuidadoras informales. Las mujeres que ya han pasado por la menopausia no presentan ese riesgo de padecer ansiedad o depresión, en comparación con las mujeres cuidadoras en ciclo reproductivo.

Con esto se llega a la conclusión que la posmenopausia y la percepción de apoyo emocional por parte de las cuidadoras genera un efecto protector ante el síndrome del cuidador.

5.5 La residencia como opción.

Las residencias en Aragón ofrecen un conjunto de servicios esenciales que garantizan el bienestar integral de los residentes. Entre los servicios que destacan son el alojamiento, la manutención y la atención médica y social. Mediante todos estos servicios se pretende contribuir a una mejora integral y conjunta de la salud.

Los programas de rehabilitación que se incluyen son los dirigidos por los profesionales de fisioterapia y de terapia ocupacional, que tienen como objetivo mantener o mejorar la autonomía de los residentes, promoviendo su capacidad funcional y la calidad de vida. Por otro lado, las actividades socioculturales desempeñan un papel crucial en el fomento del envejecimiento activo, facilitando las relaciones interpersonales y finalmente fomentando el bienestar emocional de los residentes.

Los servicios de estancia temporal, nocturna y permanente son los tres tipos de modalidades de estancia, junto con el servicio de centro de día. Estas modalidades de estancia permiten adaptar el servicio a las necesidades concretas y específicas de cada persona y no al revés, es decir que desde las residencias se prioriza la atención especializada.

La estancia temporal es un tipo de servicio que se suele utilizar según las siguientes características, por descanso del cuidador, situación sobrevenida o empeoramiento de la persona dependiente. Este tipo de servicio se puede solicitar a través del ámbito público o el ámbito privado, cuyo único requisito es el pago de la cuota solicitada.

El servicio de atención nocturna pretende facilitar el cuidado nocturno de la persona dependiente, prestando los cuidados necesarios desde el ámbito residencial. Al igual que el centro de día, que cubre las necesidades del mayor, pero en la franja horaria de la mañana.

Finalmente, la estancia permanente es la atención residencial que presta un servicio de manera prolongada y continuada a lo largo del tiempo cuya finalidad es asemejar los cuidados del hogar, pero desde el ámbito institucional.

El Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS) es el organismo que se encarga de comprobar que los servicios que se ofrecen y prestan desde el ámbito residencial verdaderamente se llevan a término. Este organismo tiene la labor de realizar inspecciones periódicas con la finalidad de poder garantizar que las residencias cumplen con la normativa vigente y mantiene los estándares de calidad exigidos para poder prestar el servicio requerido. Este sistema de control asegura que los servicios ofrecidos están alineados con las mejores prácticas y respondan a las expectativas y necesidades de los residentes. De esta manera se puede asegurar y certificar que los protocolos y servicios son debidamente ejecutados y que en consecuencia los servicios prestados son de alta calidad.

5.6 El contexto de las residencias en Aragón

En el siguiente apartado se pretende definir cuál es el marco que permite que se puedan desarrollar los servicios y prestaciones de la comunidad autónoma de Aragón. Conocer los servicios que ofrecen las residencias junto con la forma de evaluar el propio servicio prestado, además de presentar las residencias como posible opción para el cuidado del mayor.

En Aragón el sistema de residencias se encuentra incluido dentro del marco de las políticas sociales y del Estado de Bienestar. La ley de Dependencia y otras normativas ofrecen una atención integral y de calidad centrada en la persona mayor y aquellas con discapacidad. Todo ello tiene como objetivo responder a las necesidades de una población que reclama servicios especializados y una infraestructura sólida que garantice su bienestar y preserve la dignidad de las personas.

Aragón ha adoptado un modelo de atención, en colaboración con entidades tanto públicas como privadas, cuya finalidad es poder ofrecer una cantidad de plazas residenciales flexibles y suficientes, que puedan adaptarse a las necesidades cambiantes de la población. El enfoque anteriormente mencionado permite que el Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS) gestione las residencias públicas, mientras que el sector privado complementa la oferta aumentando de esta forma la capacidad de respuesta y adaptabilidad del sistema. De esta forma se plantea una respuesta amplia ante la creciente demanda de una población cada vez más envejecida.

La comunidad de Aragón, a través de las residencias pretende ofrecer una atención especializada a personas con discapacidades tanto físicas como intelectuales. Estos centros ofrecen tanto alojamiento temporal como permanente y además brindan una atención personalizada que se adapta a las necesidades y circunstancias de cada residente. El principal objetivo es mejorar la calidad de vida de la ciudadanía y fomentar la autonomía en un entorno especializado.

Existen residencias que están diseñadas para personas mayores que tienen una mayor independencia, pero que a pesar de ello prefieren un entorno seguro que les brinde acceso a servicios de apoyo y actividades recreativas. Por otro lado, existen las residencias para personas que necesitan una mayor asistencia y ayuda constante en las actividades de la vida cotidiana, tales como la higiene y la alimentación.

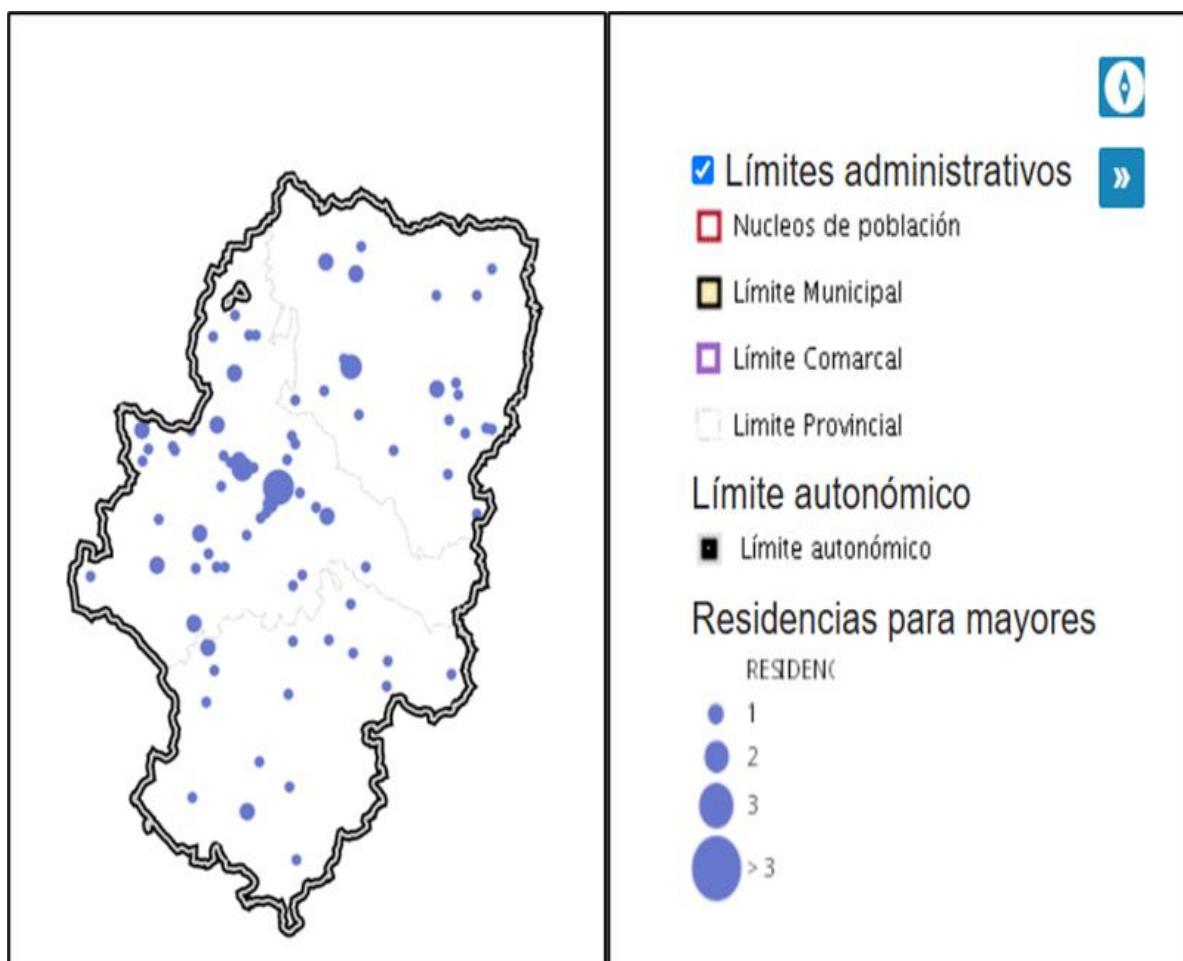
En las residencias se presta una atención especializada y además se suele contar con servicios de rehabilitación para mantener la autonomía lo máximo posible. La mayoría de las residencias tienen una combinación de ambos perfiles de personas, puesto que muchas veces el deterioro es posterior, y por ello se les atiende según las necesidades específicas, intentando crear espacios para personas que tengan las mismas dificultades compartidas.

La red de servicio residencial en Aragón está compuesta por 132 centros según los datos provenientes del instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS), destinados a la atención de personas mayores, distribuidos tanto en las zonas urbanas como rurales. La Comunidad Autónoma de Aragón, cuenta con que, de esas 132 residencias para mayores, se incluyen tanto las que prestan servicio de alojamiento temporal (11, de las que 7 están en la provincia de Zaragoza, y 2 en la de Huesca y en la de Teruel) como permanente (los 121 restantes);

así como las de carácter público -gestionadas tanto el propio IASS como por ayuntamientos-, y las que resultan de carácter privado.

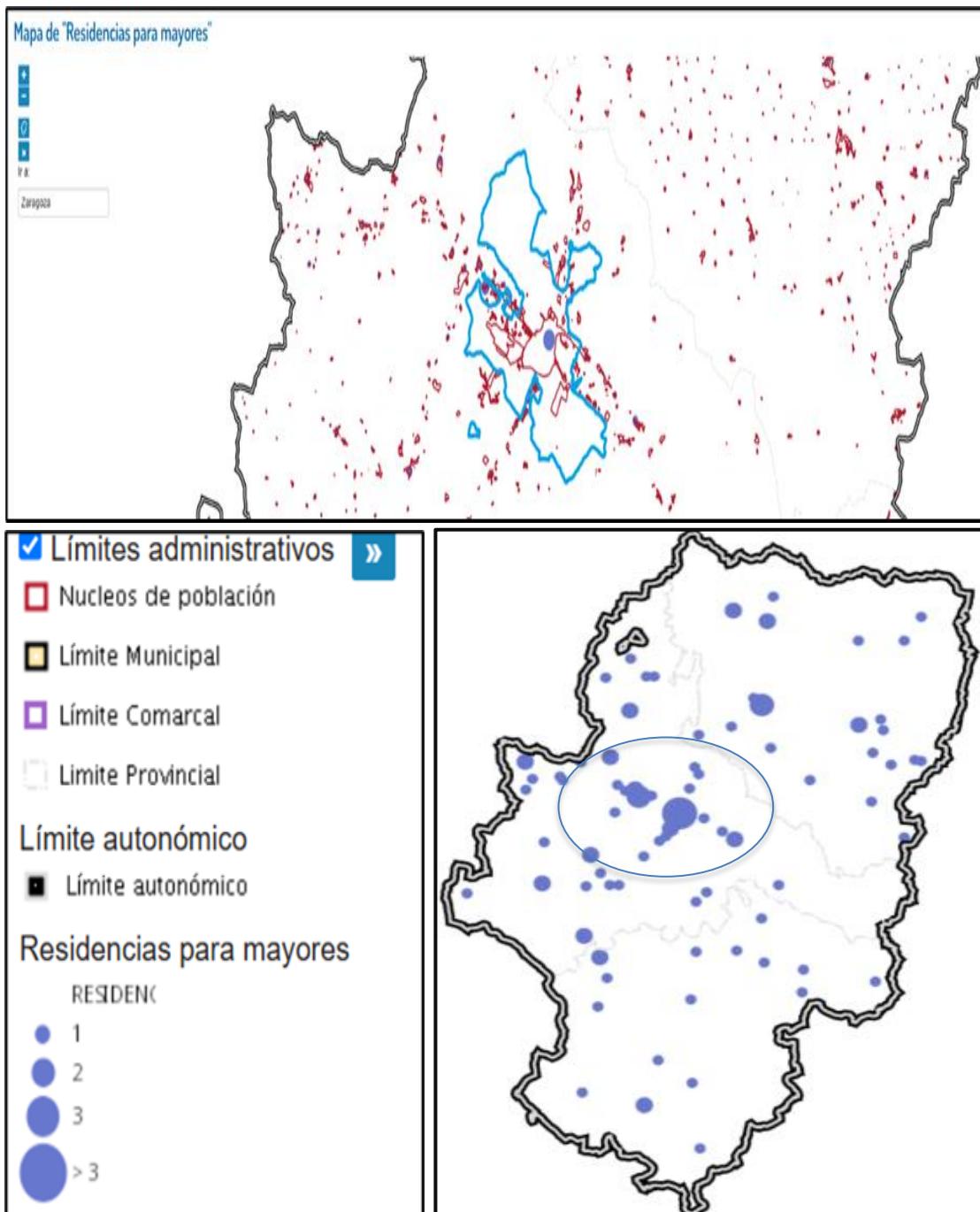
En el siguiente mapa extraído de un estudio territorial de Instituto Aragonés de Servicios Sociales, se puede apreciar cómo es la distribución de las residencias en el territorio aragonés. La cantidad de residencias viene determinada según la cantidad y el tamaño de los puntos azules que están esparcidos a lo largo del mapa. Donde se encuentran mayormente concentrados es en Zaragoza y sus alrededores, aunque en Huesca y Teruel también se puede apreciar una mayor concentración de residencias en puntos más localizados. Podemos destacar como aspecto positivo que la comunidad autónoma de Aragón tiene una amplia red de residencias tanto del sector público como privado, y como aspecto negativo la dispersión que existe entre todas ellas. A pesar de ello el resultado final es positivo puesto que también se sabe que Aragón es un territorio rural, donde existen muchos pueblos dispersos unos respectos a los otros, por lo que se entiende que es un rasgo característico del propio territorio.

Mapa de "Residencias para mayores"



Fuente: captura con elaboración propia de la imagen extraída del documento informativo territorial de la página web del Servicio Aragonés de Servicios Sociales (IASS).

En la siguiente imagen también se puede apreciar un mapa de la Comunidad Autónoma de Aragón, concretamente de la ciudad de Zaragoza. El territorio especialmente destacado es la ciudad de Zaragoza, donde aparecen los núcleos de población especialmente relevantes, que son los puntos rojos



Fuente: captura con elaboración propia de la imagen extraída del documento informativo de la página del Servicio Aragonés de Servicios Sociales (IASS).

En principio, las residencias en Aragón garantizan una atención integral, mediante la prestación de servicios tales como la atención médica y de enfermería, esto incluye revisiones periódicas, administración de medicamentos y atención rápida ante situaciones de emergencia. También se llevan a cabo actividades recreativas y culturales, puesto que son esenciales para el bienestar psicosocial de la persona en todas las etapas vitales.

Las actividades que se suelen llevar a cabo son: talleres de arte, manualidades y excursiones a lugares de interés que permitan a los residentes mantener un contacto directo con la comunidad y la cultura local, facilitando de esta manera la inclusión en la sociedad.

Los programas de fisioterapia y rehabilitación ayudan a preservar la movilidad y a prevenir el deterioro físico, con sesiones tanto individuales como grupales.

El tema de la nutrición también es un aspecto que desde el ámbito residencial se tiene muy en cuenta, es por ello por lo que se cuenta con una asesoría nutricional y los menús personalizados son prioridad, contando con dietistas y profesionales que elaboran dietas equilibradas y adaptadas a las necesidades de cada residente.

Los profesionales de lo social también cumplen un papel importante, puesto que se encargan de acoger y acompañar al residente en su paso por la residencia, junto con la promoción de la autonomía del usuario.

En Aragón la diversidad y flexibilidad de las opciones residenciales son muy amplias y por ello permiten a las familias elegir el centro que mejor se adapte a las necesidades y preferencias de sus seres queridos. Podemos encontrar desde residencias con servicios más específicos hasta opciones más accesibles que también mantienen una calidad, tanto profesional como de infraestructura. La combinación de centros públicos y privados asegura una cobertura amplia e integral en todo el territorio Aragonés, garantizando de esta manera una atención de calidad y personalizada en un entorno digno y adecuado.

6. RESULTADOS DE LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: IDENTIFICACIÓN DE DEBATES

En el siguiente punto se pretende generar un marco de referencia para conocer con mayor profundidad la existencia o no de un protocolo de atención al familiar tras el ingreso del mayor en la residencia. Para ello se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica contando con 27 artículos de diversas fuentes científicas y técnicas para poder abarcar el mayor número de artículos o estudios que abarquen el mundo residencial y lo que envuelve al mismo.

Los estudios seleccionados han sido cribados mediante el uso de los términos o palabras clave: *ingreso, residencia, familia*. Siendo estas palabras claves excluyentes del resto de artículos que no contuviesen dichos términos, o por el contrario siendo requisito obligatorio para la selección de los artículos.

Tras la selección de los artículos se ha llevado a cabo una categorización y clasificación por apartados, según las temáticas más relevantes y con mayor número de repetición.

6.1 El debate sobre la atención desde las residencias

Las residencias nacen como esa posible respuesta para tratar de ofrecer un servicio capaz de acompañar, informar, cuidar y tratar tanto al familiar como al residente que ingresa en la misma institución. Es un organismo que está atendiendo una necesidad social cada vez más creciente, que reclama una solución puesto que la sociedad crece, pero también envejece.

¿Quién cuida a nuestros mayores?, las hipótesis son varias, pero la ecuación se resuelve actualmente con dos más claras que son; las residencias y las familias. Las residencias como institución tanto pública como privada y las familias como institución no formal, que presta los cuidados del mayor en el ámbito del hogar. Y ¿quién cuida a los cuidadores no formales?, puesto que sabemos que las residencias como institución pagan a los trabajadores y les procuran formaciones y seguimientos, pero se hace lo mismo con los cuidadores familiares.

Esa cuestión es la que se pretende resolver a lo largo del presente trabajo. La cuestión que se aborda como quid del propio trabajo es el conocer si se tiene un seguimiento, un cuidado especial o un protocolo de atención y acompañamiento al familiar de la persona que ingresa en la residencia.

Desde las residencias se prestan servicios de atención y cuidado, con la finalidad de atender la demanda existente y creciente, de una sociedad que está cada vez más envejecida.

En un estudio realizado por T. Collado Díaz y A. Romero Furones (1999), en Salamanca llevó a cabo un estudio de evaluación del servicio de estancias temporales desde 1991-1998, centrando el foco de atención en el apoyo a las familias cuidadoras. Los principales motivos por los cuales se produjo el ingreso en residencia son: la recuperación post hospitalaria y el descanso del cuidador. Un gran porcentaje de los residentes ingresados se recuperó y volvió al domicilio mientras que el restante ingresó de manera permanente. Tras dicho estudio, se concluyó que de manera general el ingreso temporal precede al ingreso permanente en la residencia. Por ello se pone en evidencia la necesidad de generar un buen referente a favor

de la residencia como institución y como apoyo en pro de la autonomía del usuario ante las necesidades crecientes de una población cada vez más envejecida.

A pesar de contar con las residencias como opción para el cuidado del mayor, España es un país donde la familia tiene un papel vital en la vida de las personas tanto en el apoyo como en el cuidado. Esto se aprecia especialmente en las épocas de crisis y escasez donde los hijos normalmente acudían al amparo de sus progenitores, Ayuso Sánchez, L. (2019).

Cuando los hijos se encuentran con la situación de atender a unos padres mayores y con enfermedades crónicas de difícil cuidado en el hogar y se plantean el ingreso en residencia, por la misma dificultad de la enfermedad o por la dificultad de no contar con medios o recursos necesario para el cuidado, empiezan a surgir grandes sentimientos de culpabilidad y abandono. En base a este aspecto, Peña Martín y Bustillo (2017) investigaron los sentimientos y las emociones que un hijo puede generar tras el ingreso de su madre en una residencia para mayores. El estudio explora mediante entrevistas biográficas como la institucionalización afecta a las relaciones familiares, resaltando la culpa y la tristeza como principales protagonistas. De esta forma se plantea la necesidad de que las residencias y los profesionales consideren estos aspectos para mejorar la relación terapéutica entre residentes y familiares.

El ingreso del mayor en residencia no siempre es una decisión sencilla, porque son muchas las cuestiones que surgen y que la familia se tiene que plantear antes de tomar una decisión. Un aspecto para tener en cuenta es el impacto económico que supone para las familias el enfrentar el cuidado de personas mayores con discapacidad física en el propio hogar. Un estudio realizado en México pone en evidencia que solo un 16,3% de los adultos que cuida al adulto mayor, trabaja. Otros dependen del resto de los miembros de la familia para cubrir sus necesidades, esto genera una carga económica significativa en las familias, evidenciando la necesidad de políticas de apoyo a las familias, especialmente de aquellas que se dedican al cuidado informal, Pantoja Herrera (2015).

En algunos casos las familias no cubren esa necesidad de cuidado del mayor o se desentienden y es cuando surgen las estancias residenciales de mayores que no son cubiertas económicamente por los familiares. El estudio realizado por Sáez González (2024), analiza los procedimientos legales para regular las situaciones de estancias irregulares de personas mayores en residencias. De las cuales algunos ingresos, son ingresos involuntarios y es necesaria una autorización judicial. Para evitar dejar estos casos desamparados legalmente, es necesario iniciar un proceso de apoyo, permitiendo el ingreso temporal mediante medidas cautelares urgentes para evitar la desprotección del mayor, adaptando las medidas legales a las necesidades de protección de los mayores en situaciones de vulnerabilidad.

La institucionalización de personas mayores es una opción que presenta unos cuidados especializados y una atención integral y de calidad para los mayores, que dependiendo de cómo sea dicho proceso puede afectar negativamente en la autonomía, funcionalidad y la calidad de vida de los mayores. Toronjo Gómez et al. (2004) en su estudio analizaron una residencia de Huelva y observaron que, tras 20 días los residentes habían empeorado su autonomía. Por otra parte, Gutiérrez Báez et al. (2019) realizaron una revisión sobre el impacto emocional de la institucionalización, destacando la aparición de sentimientos de

depresión y un aumento de la dependencia mayor que al inicio. En ambos dos estudios, se puso en valor el papel esencial de la familia y del equipo multidisciplinar, como apoyo y como elementos clave para que los ancianos pudieran adaptarse mejor al entorno. Además, destacaron la necesidad de mantener el apoyo familiar como pilar para el bienestar del residente.

6.2 El cuidador; duelo y dificultad de la conciliación familiar y laboral

Los familiares son una pieza clave en el proceso de transición y acompañamiento al mayor institucionalizado. Hernández y Alonso (2021) evidenciaron que el nuevo cambio de vida es más fácil si la familia colabora con el personal del centro y sostiene emocionalmente al mayor en el proceso. Otro aspecto importante es el desarrollo de estrategias que fortalezcan la relación entre familias y centro, para hacer más fácil el proceso de institucionalización.

Godoy Díaz y Guerín Baños (2021), trataron sobre los sentimientos de un cuidador que describe el proceso de cuidado y los sentimientos de dolor, bloqueo y ambivalencia que experimentan tras la pérdida de un ser querido. También se nombra la sensación continua que sienten muchos cuidadores “de haber podido hacer más”, contrastando con otros momentos donde reconocen la satisfacción personal que sienten al haber podido acompañar en el proceso a su familiar y “de haber cuidado lo mejor posible”.

Cejudo López (2005), presenta el caso de la institucionalización como algo traumático, expresando los sentimientos de frustración que tanto los familiares como el propio residente experimenta en algunos casos. Alameda Salazar (2019) explora también la importancia del acompañamiento al familiar, con información, apoyo y atención sanitaria, para prevenir o paliar los efectos de ese ingreso a veces no querido.

En relación con el ingreso no voluntario, es decir urgente pero no querido o deseado por los familiares es más fácil que se patologice el duelo o que no sea asumido como un cambio positivo. Por ello Hernández y Rivera (2018) hicieron un estudio donde aparecían los efectos negativos que experimentan los cuidadores, puesto que la institucionalización mitiga, pero no elimina el estrés de los cuidadores que enfrentan sentimientos de culpa y desafíos en la gestión de recursos económicos para cubrir los costos residenciales. La participación de la familia en el proceso de institucionalización es vital para el bienestar de las personas mayores. Es por ello por lo que Villanueva Lumbreras et al. (2015) en su estudio pusieron en evidencia que la mayoría de las intervenciones están orientadas al cuidador principal y no abordan a la familia en su conjunto. Los autores con este estudio hicieron evidente la escasez de estudios de calidad en referencia al tema.

El proceso de internamiento en la residencia no tiene por qué ser traumático, puesto que es un servicio que pretende atender de manera integral al residente y a la familia que lo acompaña. Se conoce que la participación de la familia es realmente gratificante y que su apoyo reduce la depresión y el aislamiento social, Tan et al. (2023).

Para que la familia pueda realizar un acompañamiento óptimo al residente, es necesario que

el propio cuidador esté bien y tenga las herramientas necesarias para poder abordar la situación de la mejor manera. Un reciente estudio de Camões-Costa et al. (2022), destacan que la información y el apoyo recibido desde la institución ayudan significativamente al bienestar emocional del cuidador. Así como también la transparencia en la comunicación entre el personal de la residencia y el cuidador, son factores protectores para el bienestar del cuidador. La atención coordinada entre la familia cuidadora y la residencia, garantizan el bienestar de los pacientes y reducen las situaciones de estrés innecesarias tanto para el residente como para el familiar, según el estudio realizado por Hanratty et al. (2014)

La culpa es un sentimiento verdaderamente complejo y difícil de tratar, puesto que afecta negativamente en la salud mental y en el bienestar de la persona que la sufre. Por ello Jiménez García-Tizón et al. (2023), exploraron el impacto emocional que suponía para los cuidadores al llevar a sus familiares a residencias. Y subrayan la necesidad de realizar intervenciones psicológicas para tratar de reducir el malestar y mejorar su calidad de vida, ayudándoles a manejar la culpa y a fortalecer una visión positiva de la situación.

Cuando la residencia no se ve como opción, los cuidadores familiares asumen el cuidado desde sus hogares. Y el cuidador, tiene las mismas necesidades de ser atendido y acompañado por profesionales expertos, que cuando ingresan a sus mayores en residencia. El estudio realizado por Aymerich-Andreu et al. (2005), destaca la necesidad de apoyo material, económico, emocional y social, junto con una mejor coordinación institucional y formación para los cuidadores. Por todo ello, es de vital importancia conocer las limitaciones y las necesidades percibidas por las familias cuidadoras para adaptar y mejorar los recursos de apoyo existentes tanto en el ámbito institucionalizado como familiar.

Desde el Instituto aragonés de servicios sociales (IASS) existe un programa orientado a personas mayores que comienzan a requerir asistencia en la realización de actividades de la vida diaria, que han cambiado de domicilio para facilitar su atención, o se sienten en situación de fragilidad y buscan apoyo. Además, este programa también se dirige a aquellos cuidadores de personas en situación de dependencia, con el fin de promover un estilo de vida más saludable y mejorar su calidad de vida. Este es el único programa a nivel público que se ofrece para las personas mayores, y ni si quiera está directamente dirigido para el cuidador informal, sino que esta dirigido a la población mayor en la cual, se incluye la atención al cuidador informal.



Fuente: *Mayores. Cuidarte y la promoción de la autonomía personal.* (IASS)

6.3 El factor de las enfermedades degenerativas y crónicas

Las enfermedades en la población mayor también se han convertido en una problemática preocupante, puesto que en innumerables ocasiones las enfermedades evolucionan hasta convertirse en patologías crónicas y persistentes, que unido a la vejez generan dificultades en los cuidados.

La vejez es una etapa vital propia del ser humano, que tiene que ser entendido e integrado dentro de la existencia del propio ser. La vejez para ambos sexos es un cambio significativo, pero es cierto que dependiendo de las condiciones de las personas o de las circunstancias sociales o económicas puede suponer una mayor dificultad. Algunos autores como Silva Peyro, et al. (2024), realizaron un estudio que trata sobre la feminización del envejecimiento, y el cómo las mujeres enfrentan una mayor desventaja en comparación con los varones. Al enviudar, pueden sufrir mayor inestabilidad económica y un mayor sentimiento de soledad. Sin embargo, también pueden encontrar oportunidades de crecimiento personal, aumentando su participación social.

Otros autores como Garrido et al (2012) también exploraron el concepto de síndrome de fragilidad en personas mayores institucionalizadas, comparando las diferencias existentes entre los hombres y las mujeres. Los autores encontraron que el 53.7% de los residentes presentaban fragilidad, siendo más frecuente en mujeres (60%) que en hombres (46%). La fragilidad afecta y condiciona la salud influyendo en el desarrollo de enfermedades respiratorias, diabetes y síntomas depresivos, además aumenta el consumo de fármacos. Aunque las mujeres son más propensas a ser frágiles, para los hombres la fragilidad está más vinculada a la dependencia. Por lo que se puede llegar a la conclusión de que las enfermedades afectan a ambos性os, generando secuelas y dificultades en las actividades cotidianas, pero que la fragilidad predomina más en el sexo femenino.

El estudio Resydem realizado por López Mongil et al. (2009), analiza la prevalencia de demencia en ancianos institucionalizados en España. El Alzheimer fue el tipo de demencia más frecuente, seguido de la demencia vascular. Las mujeres mostraron una mayor prevalencia a sufrir demencia que los hombres, y los factores como la edad y el nivel educativo fueron factores asociados. Finalmente, se sabe que de los diagnosticados solo un 18.8% recibieron un tratamiento más específico, por lo que evidencia la necesidad de mejorar el acceso y la atención a esta población vulnerable.

Según, Romero Pisonero y Mora Fernández (2019), la fractura de cadera y la demencia son una combinación que necesita una rehabilitación geriátrica multidisciplinar especial. Estos pacientes presentan un mayor riesgo de complicaciones y peores resultados funcionales en comparación con otras patologías, como aquellos que no padecen deterioro cognitivo. La rehabilitación multidisciplinar es una herramienta altamente eficaz, puesto que logra mejoras en la funcionalidad y se disminuye las complicaciones, así también como la calidad de vida.

Tal y como mencionan Parra y Sanchis (2022) cuidar a personas dependientes y en especial con demencia, no es una situación sencilla. Con dicha enfermedad se genera pérdida de facultades cognitivas que pueden ser la memoria, orientación, concentración, etc. Y el acto de cuidar a una persona con estos síntomas repercute de manera negativa a nivel de salud mental y física en el cuidador informal.

Es muy importante que el cuidador conozca y cuide su salud cognitiva y física porque es el soporte de atención de la persona mayor con demencia. Su labor será de gran ayuda para establecer programas para prevenir y adelantarse a los posibles problemas emocionales tales como la depresión, tristeza, o físicas como las lesiones o roturas provocadas por caídas continuas o golpes involuntarios. Por lo tanto, es necesario hacer visible este lado del cuidado para mantener dicho soporte de atención, que es el cuidador, y para que pueda realizar dicha atención de manera adecuada y que no sufra consecuencias del cuidado perjudicando su salud.

6.4 Estragos del Covid-19

El estudio de Sáez-López et al. (2023) examinó el impacto que tuvo para los familiares y residentes institucionalizados las restricciones médicas que hubo con el Covid19. Las restricciones de visitas familiares durante la pandemia tuvieron repercusiones negativas en los residentes. Puesto que, a través de este estudio, se puso en evidencia que las restricciones en las visitas de los familiares a los residentes dificultan la recuperación de estos últimos. Además de los profesionales entrevistados el 84% reconocían la gran importancia de los cuidadores familiares, puesto que el cariño y el afecto no podían ser sustituidos por el personal sanitario.

Los profesionales de la salud también señalaron que otras de las consecuencias negativas que habían producido esas restricciones, eran la desnutrición, el delirio y las dificultades de movilización y de desplazamiento que habían padecido los residentes.

Con el Covid-19 los mayores no pudieron solicitar ni disponer de otros cuidados, ni tampoco ir a centros especiales debido a las restricciones impuestas o la inexistencia de cobertura de estos servicios. Los familiares en muchas ocasiones tuvieron que controlar el estrés y la ansiedad, puesto que sus cargas como cuidadores aumentaron y se vieron sobrecargadas ante un momento de incertidumbre y desconcierto

Balladares et al. (2021) explica que la pandemia generó un impacto negativo tanto en las personas cuidadoras como en las personas dependientes. Especialmente a las personas cuidadoras que son generalmente familiares que han tenido que cambiar sus rutinas con las familias para atender a sus padres, madres, hermanos, etc., que precisan de un cuidado especial. Las personas dependientes cuyo estado es permanente por diversos motivos tales como la edad, enfermedad o discapacidad, unido a la falta o a la pérdida de autonomía, precisan de mayor atención para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria. Por ello, necesitan un mayor apoyo y los conocimientos técnicos necesarios, puesto que los familiares les brindan todo el cuidado y atención, pero muchas veces les falta los conocimientos técnicos de un profesional especializado.

7. DISCUSIÓN Y APORTACIONES

La residencia como institución, es una opción ante la necesidad de cuidado de los mayores, los cuales actualmente son una población mayoritaria. Una población que reclama unos servicios dignos y de cuidado especializado e individualizado.

Tras este estudio de revisión bibliográfica se han planteado preguntas y cuestiones en relación con estos cuidados.

Para algunos autores tales como T. Collado Díaz y A. Romero Furones (1999) el ingreso en residencia era una opción optima, además en su estudio mostraron que muchos usuarios que accedían a la residencia de forma temporal se acababa convirtiendo como en una fase de prueba tras la cual había un porcentaje alto de residentes que se quedaban de forma permanente, de ahí la necesidad que exponen dichos autores de crear un buen precedente tanto en el servicio como en la atención al familiar y al residente.

Desde mi punto de vista considero dichos autores destacan un aspecto importante que es el seguimiento integral tanto a la familia como a los residentes, porque en ocasiones cuando se viene realizando una intervención práctica se pone mucho énfasis a la buena acogida del residente y se nos olvida que el residente tiene una familia y que la familia es una pieza fundamental en el bienestar del residente. Considero que una buena relación con los familiares del residente facilita la buena praxis profesional y que además favorece una colaboración mucho más cercana y positiva, además que sabiendo que muchas veces el ingreso temporal precede al permanente, me parece una oportunidad verdaderamente valiosa para la generación de lazos de colaboración y de cercanía.

Autores como Peña Martín y Bustillo (2017), investigaron cuáles son las emociones y sentimientos que experimentan los familiares, concretamente los hijos, que deciden en base a sus circunstancias que la mejor opción de cuidado del mayor es en una residencia. Diagnosticaron perfectamente que los familiares solían experimentar sentimientos de soledad, angustia, depresión e incluso ansiedad.

España es un país familiarista donde el “yo individual” se siente parte de un todo, que está formado e integrado dentro de un clan, una familia, según la cual se forja el yo. Es por ello por lo que, tanto la familia como el propio residente puedan generar una serie de sentimientos altamente negativos que tienen que ver con la propia concepción del yo dentro de una familia, sin la cual muchas personas se sienten desprotegidas y pueden sentirse desamparadas.

Considero que al conocer la propia cultura se entiende la situación que pueden experimentar tanto los residentes como los familiares, y que esta situación puede derivar en cuadros mucho más traumáticos si no se hace un buen acompañamiento profesional y terapéutico desde las residencias. Hay que destacar el acertado diagnóstico que realizaron los autores de los sentimientos y emociones que pueden experimentar los cuidadores informales que ingresan a su familiar en residencia y me parece realmente curioso que habiéndose realizado dicho diagnóstico y conociéndose tan de primera mano cuáles son las causas y el origen de dicho sufrimiento no se tenga un protocolo de abordaje para reducir el malestar de los familiares y de esta manera prolongar lo menos posible esta situación. Para ello es necesario una intervención multidisciplinar y terapéutica por parte de los profesionales de la residencia,

donde se pudiese acoger, acompañar, escuchar y hacer ese seguimiento al familiar al igual que se hace con el residente, donde se fuese explicando las etapas que se van a vivir, como se va a realizar, que medios se tiene para poder abordar esta situación y sobre los propios residentes es de gran importancia destacar que no están solos que como profesionales del ámbito sociosanitario se les va a hacer un acompañamiento y se va a atender sus dudas y problemas tanto o igual que a los propios residentes de la residencia.

Otros autores como Cejudo López (2005) presenta el caso de la institucionalización como algo traumático, expresando los sentimientos de frustración que tanto los familiares como el propio residente experimenta en algunos casos. Tal y como presenta este mismo autor, sería necesario saber si el familiar ya lo percibía como un hecho traumático previamente o debido a la falta de seguimiento o información por parte de las residencias lo genera o si por otra parte lo aumenta.

Considero que el ingreso en residencia no tiene porque ser en sí un hecho traumático, las residencias son una alternativa al cuidado más que optima y positiva, para muchas familias y residentes es una opción positiva. El problema que detecto es la desinformación que pueden tener los familiares, puesto que como profesional de lo social he podido percibir que los familiares suelen perder el miedo al tener información, al saber cuál va a ser el proceso y como se va a llevar a cabo la intervención. Por lo que considero que el cuadro de estrés y diversos problemas podría verse reducido un protocolo de atención al familiar claro y bien definido donde se acompañe al familiar y se le vaya informando del proceso y de la evolución.

Alameda Salazar (2019) explora también la importancia del acompañamiento al familiar, con información, apoyo y atención sanitaria, para prevenir o paliar los efectos de ese ingreso a veces no querido. Este autor destaca lo que es evidente, el acompañamiento al familiar con todos los recursos disponibles para reducir los problemas y los efectos de un ingreso no querido.

Considero que desde las residencias se realiza una labor profesional y en muchas ocasiones excelente, puesto que existen muchos profesionales del ámbito sociosanitario que se desviven y que son altamente profesionales a la vez que humanos, pero puede que se desde las residencias como institución estemos cubriendo los cuidados y las atenciones de los residentes que ingresan de manera eficaz y positiva y que con los familiares se nos esté olvidando prestar una atención más centrada y positiva.

Desde mi óptica como profesional del Trabajo social, he observado que el acompañamiento al familiar del residente que ingresa en la residencia es algo residual o secundario, como si lo importante del acompañamiento al familiar fuese el informar presentando un parte semanal de los cuidados que se le prestan a su familiar para mantenerlo contento y tranquilo, en vez de atender al familiar como parte de esa red de cuidado y procurar una atención sistémica.

Con una óptica sistémica, se abordarían muchos más problemas a largo plazo, aunque en un inicio pudiese ser más complejo. Un hecho a destacar es que el trabajo en las residencias es interminable y en muchas ocasiones genera un desgaste considerable y es por ello por lo que considero que en muchas ocasiones se ponga el foco en el residente y no en la familia del residente. Pero desde mi punto de vista, prestando una atención sistémica y viendo al familiar y al residente como un núcleo de intervención indivisible se ahorraría a largo plazo muchos problemas de diversa índole.

Las enfermedades son un factor para tener en cuenta, puesto que también influye en el proceso de adaptación puesto que una persona con una patología puede que tenga una mayor dificultad para la adaptación que una persona que no tiene una enfermedad degenerativa o una demencia.

Tras la revisión bibliográfica, se trató sobre el termino fragilidad en la vejez que tiene que ver con la predisposición a envejecer y que afecta y condiciona la salud influyendo en el desarrollo de enfermedades respiratorias, diabetes y síntomas depresivos. Conociendo dicho termino es importante destacar que si previamente se han ofrecido unos cuidados óptimos se facilitara que en futuro no se agraven las enfermedades o que por lo menos se puedan paliar antes de que degeneren en una enfermedad o patología más aguda. Estos cuidados pueden venirse realizando desde la residencia o desde el papel del cuidador informal.

Algunos autores como Silva Peyro, et al. (2024), realizaron un estudio que trata sobre la feminización del envejecimiento, y el cómo las mujeres enfrentan una mayor desventaja en comparación con los varones, normalmente por el tema económico y por los cuidados que las mujeres han venido desarrollando. Sabiendo que en innumerables ocasiones las mujeres son las que asumen principalmente los roles de cuidado y es por ello por lo que han renunciado al desarrollo profesional fuera del hogar, se debería prestar una mayor atención a los cuidados que se les presta en la vejez, puesto que tendrán necesidad de otros cuidados más específicos.

Parra y Sanchis (2022) trataron sobre el aspecto de cuidar a personas dependientes y en especial con demencia. Estas enfermedades generan una pérdida de facultades cognitivas que pueden ser la memoria, orientación, concentración, etc. El cuidador puede encontrarse con una situación compleja llena de situaciones difíciles de afrontar principalmente por el agravamiento de la enfermedad o por la falta de información. El cuidador puede experimentar síntomas negativos en tanto en la salud mental como física.

Desde mi criterio, opino que el cuidador informal puede experimentar muy fácilmente todos los síntomas que los autores describen puesto que el acompañamiento al familiar contiene dos dificultades extras a tener en cuenta: la primera es que no es un profesional cualificado principalmente y la segunda dificultad que presenta es que le vinculan sentimientos y afectos respecto a la persona cuidada.

Respecto a la primera dificultad encontrada, considero que desde las residencias se presta un servicio muy acertado en este sentido puesto que, si se tienen los conocimientos técnicos y los recursos profesionales para abordar dicha situación, cosa que el cuidador informal carece de manera general. Y la segunda dificultad que encuentro es que el cuidador familiar, ya tiene previamente una relación previa con la persona cuidada, ya bien sea parentesco, cónyuge, hermano, y por este sentido puede desarrollar más fácilmente sentimientos negativos, de culpabilidad, ansiedad, tristeza, depresión, puesto que puede sentirse culpable tras el ingreso del familiar en residencia o por otra parte carecer de los merecidos descansos para reponer energías y volver a cuidar óptimamente.

Una dificultad que observo y considero que es muy típica que padecan los cuidadores familiares, es que, al estar mucho tiempo con la persona mayor, desarrollos un cierto sentido

de sobreprotección que en algunas ocasiones puede ser contraproducente, puesto que al ingresar en residencia no dejan probar nuevas alternativas o maneras de reconducir situaciones complejas.

Un fenómeno relativamente reciente, el Covid-19, genero una situación muy compleja puesto que puso en evidencia los déficits del sistema, incluyendo a las residencias como uno de los principales focos de afectados. Todo ello genero incertidumbre y creo un cierto temor a la institucionalización, puesto que con las restricciones y prohibiciones que surgieron en el Covid-19 en cierta manera se afirmó el miedo que se había creado respecto a las residencias. Entendiéndose como una institución un tanto opaca que no mostraba de manera transparente todas sus acciones, y que prohibía o aprobaba la visita, las actuaciones o decidida por los usuarios el que es mejor o no. Aunque es cierto que desde las residencias no todo fueron buenas praxis, hay que destacar la encomiable labor que los trabajadores sociosanitarios vinieron realizando, puesto que se presentó una situación nueva muy difícil, compleja y que generaba grandes incertidumbres.

El Covid-19 aunque aparentemente olvidado de los medios y de las noticias, todavía sigue muy presente en nuestras conciencias y en nuestras maneras de actuar. Esto ha generado ciertas incógnitas sobre si está bien que las residencias tomen decisiones sobre los mayores o si por el contrario la familia sigue teniendo la ultima palabra en todas las acciones y decisiones.

La residencia como institución, presenta una alternativa realmente eficaz en nuestra actualidad puesto que hasta ahora el papel del cuidado se venia otorgando en la familia. Al aparecer las residencias como recurso tanto publico como privado, se ha prestado un servicio ante una necesidad más que evidente y creciente. Pero a pesar de que las residencias cumplen con un papel que responde a una necesidad social, siguen existiendo problemas y necesidades no cubiertas o resueltas.

Tras el presente trabajo y habiéndose realizado una exhaustiva revisión bibliográfica en base a la temática referente al acompañamiento al familiar tras el ingreso al mayor en residencia, se llega a la conclusión de que las residencias como institución carecen de un protocolo de atención al familiar concreto y prolongado a largo plazo.

Mi argumento se basa en tres razones sólidas: el primero es que cuando recurrés a la bibliografía no encuentras ningún protocolo de acompañamiento familiar estándar, el segundo es que la atención familiar se presenta como algo aislado a la atención que se le realiza al residente, en vez de tratarse de manera sistémica y el tercer argumento con el que se concluye es que en la propia realización del estudio existe muy poca bibliografía que trate sobre el acompañamiento al familiar y que la poca que se encuentra los autores convergen, puesto que todos hacen un excelente diagnóstico de las causas y de las consecuencias del duelo patológico, el ingreso, los sentimientos, las emociones, la necesidad de un acompañamiento terapéutico al familiar, pero se evidencia la no existencia de protocolo que avale una intervención terapéutica de la misma.

Por todo ello y tras la realización del presente trabajo pretendo realizar una aportación sobre un hipotético protocolo de intervención centrado en la atención al familiar que acompaña al residente. El protocolo de intervención pretende exponer la necesidad de atender al familiar como un núcleo indivisible e indisoluble del residente al cual acompaña. Desde mi punto de

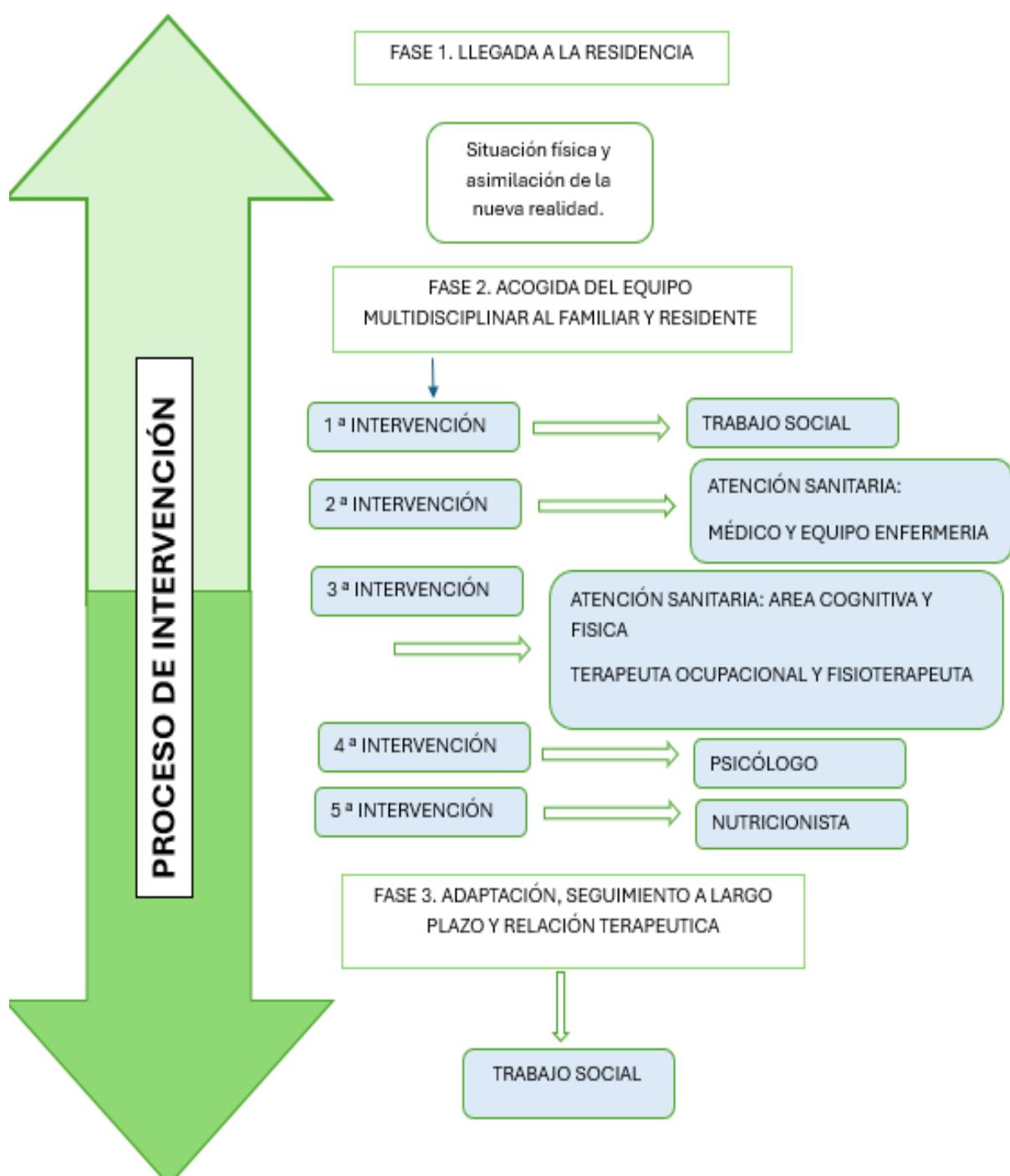
vista y tras el estudio realizado otro aspecto a destacar es la visión que se tiene sobre la intervención al familiar y la intervención con el residente, como si se tratase de dos polos opuestos o dos ecuaciones independientes que no guardan relación alguna.

Mi propuesta está basada en un acompañamiento al familiar sistémico, es decir formando parte de un todo con el residente al cual acompaña. De esta manera no solo se abordan conflictos desde un inicio, sino que además se actúa de forma preventiva y terapéutica puesto que el familiar se va a mostrar más colaborativo si se siente parte de esa red de cuidado y no como un satélite que órbita alrededor de una institución que ha asumido todos los cuidados que el venía realizando anteriormente.

A continuación, expongo sintéticamente y de manera visual la hipotética propuesta de intervención para acompañar de manera sistémica al familiar y al residente, tras el ingreso en residencia.

**PROTOCOLO DE ACOMPAÑAMIENTO AL
FAMILIAR TRAS EL INGRESO AL MAYOR
EN RESIDENCIA**

UNA VISION SISTEMICA



Fuente: Elaboración propia.

En el protocolo de intervención anteriormente expuesto, pretendo generar una atención y un seguimiento que no se quede solo en la acogida inicial, sino que aborde mucho más allá de esa acogida inicial al familiar y residente. Por ello pretendo mostrar de manera sintética la necesidad de una atención integral y continuada a lo largo del tiempo, presentando a la familia y al residente como un núcleo desde el cual intervenir. Y como Trabajadora social considero que la labor terapéutica con el familiar depende de nuestra intervención y de nuestra capacidad de crear un vínculo de ayuda mutua, desde la cual el familiar se sienta acogido en la residencia y se muestre dispuesto a colaborar y también a compartir las dificultades que se le presenten.

En la imagen anterior, pretendo mostrar de manera visual como la tercera fase no acaba y considero que la labor principal de acogida, seguimiento y atención a largo plazo es labor intrínseca del Trabajador social. En la imagen se muestran principalmente tres fases la inicial es de llegada, la segunda es de acogida y la tercera de continuidad a largo plazo. El significado de las flechas en ambos dos sentidos es claro, puesto que pretendo exponer que el protocolo de intervención terapéutica puede empezar y terminar las veces que sea necesario, adaptando el proceso a cada familia, entendiéndose familia como una red de intervención conjunta del residente y del familiar acompañante.

Considero que, si desde las residencias se llevasen a cabo las intervenciones terapéuticas desde un protocolo de atención estándar, sería mucho más sencilla la intervención y facilitaría el perfeccionamiento de la técnica de acompañamiento sistémico.

Como aspectos negativos a destacar del protocolo presentado, sería la dificultad de que todos los familiares quisiesen mostrarse colaborativos o que fuesen capaces de ver a la residencia como una institución a su favor, la cual pretende abordar los problemas desde una perspectiva diferente. Y la otra posible dificultad sería conseguir la aplicación homogénea de un protocolo de acompañamiento al familiar, desde todas las residencias tanto a nivel público como privado, también teniendo en cuenta el marco político. Puesto que al contar con que España está dividida en diferentes comunidades autónomas, no todas tendrían los mismos recursos económicos para aplicarlo.

A pesar de las posibles e hipotéticas dificultades anteriormente expuestas, sigo considerando la necesidad de una mayor investigación sobre el tema de estudio, junto con una creación y aplicación de un protocolo de acompañamiento al familiar desde la residencia como institución.

Como Trabajadora social, considero que aún queda trabajo por hacer y aspectos a mejorar para conseguir que la residencia como institución cumpla integralmente con el papel con la que inicialmente fue diseñada. Que es dar respuesta a una necesidad social y procurar servicios a una población envejecida que merece ser cuidada con toda la dignidad posible y con un certificado de calidad impecable.

.

8. CONCLUSIÓN

En la actualidad gozamos de una vida de calidad, donde tenemos unas garantías y unos servicios que hacen que cada vez vivamos más. Esto es un logro social y un orgullo a nivel mundial, puesto que significa que hemos adquirido unos conocimientos que nos hacen capaces de proponer soluciones a los problemas que antes no éramos capaces de solventar. Ejemplo de ello son todos los medios utilizados en el ámbito sanitario para procurar una mejor calidad de vida e incluso llegar a prolongar la vida con tratamientos de última generación o medicamentos que palian el dolor.

A pesar de los increíbles avances del ser humano, seguimos siendo seres limitados y el paso de los años nos hace envejecer. El logro de la medicina y de los profesionales sociosanitarios es el conseguir que en los últimos días de vida se pueda tener una vida digna y de calidad.

Este trabajo ha permitido profundizar en la importancia del acompañamiento a la familia en el contexto de las residencias geriátricas, destacando los retos y las necesidades que están asociadas con el ingreso en residencia de un adulto mayor. A través del análisis de la literatura se ha identificado que, aunque existen propuestas metodológicas y ciertas estrategias que pretenden abordar el cuidado familiar tras el ingreso al mayor en residencia, sigue siendo un área en constante desarrollo y evolución que requiere de una mayor investigación y dotación de recursos para poder abordarlo bien.

Respondiendo al objetivo **1. Conocer si existen metodologías o propuestas para abordar el acompañamiento a la familia en la residencia geriátrica**. He llegado a la conclusión de que a pesar de contar con la existencia de bibliografía que trate sobre el tema del acompañamiento al familiar, no existe un protocolo definido mediante el cual se haga un seguimiento a largo plazo del familiar acompañante.

En relación con el objetivo **1.1 Indagar sobre la existencia del cuidado al familiar tras el ingreso del mayor en residencia, identificado en la literatura**. Se ha constatado que el cuidador familiar es vital para hacer una buena intervención con el residente, es una pieza clave la cual nos ayuda a entender también cuál es la situación del residente y el cual nos arroja luz sobre las posibles enfermedades y patologías que padece el residente, puesto que conoce de primera mano todas la problemáticas y circunstancias por las que ha pasado el mismo.

Respondiendo a este objetivo específico, en la revisión bibliográfica aparece la necesidad de informar, apoyar, acompañar al familiar y hacer que el proceso de institucionalización sea más sencillo. Esto es una manera de cuidar al familiar, al igual que otros autores en la revisión bibliográfica nombraban los sentimientos, emociones y etapas por las que podía pasar el familiar tras el ingreso del familiar. Además, el familiar podía presentar diferentes formas de afrontar el duelo, dependiendo también del proceso de institucionalización y del acompañamiento realizado por el equipo multidisciplinar. A pesar de ello considero que se ha respondido al objetivo no de manera directa puesto que no existe un protocolo específico para atender al familiar, concretamente, si no que se ha visto resuelto al revisar la bibliografía y descubrir que muchos autores remarcaban la falta de evidencia empírica y la necesidad de profundizar en dichas investigaciones.

El único programa existente que podría asemejarse a un protocolo de atención y acompañamiento al familiar es el llamado “Cuidarte”. Es un programa ofertado desde los Servicios sociales, desde el cual sí que se pretende generar una red de cuidado, pero no está únicamente dirigido para los cuidadores sino más bien a la persona mayor son sus diversas necesidades. A pesar de ello, sí que se concibe la creación de un espacio para el cuidador.

Respecto al objetivo **1.2 Conocer el proceso de acompañamiento al familiar tras el ingreso del mayor en residencia**. Tras la revisión bibliográfica, se llega a la conclusión de que no existe un protocolo de intervención directo, que se conocen perfectamente las causas de un duelo patológico, las emociones negativas y los problemas derivados de un ingreso institucional tanto si es elegido como si se ha visto generado por causas externas, pero el proceso de acompañamiento al familiar no aparece sintetizado ni expuesto en los artículos que se han sido objeto de estudio para este trabajo.

Como conclusión respecto al cumplimiento de los objetivos y a la realización de este estudio, considero que se ha conseguido cumplir con los objetivos planteados. Tanto el objetivo general como los dos objetivos específicos giraban en torno a la existencia o no de un protocolo de intervención con el familiar que decide ingresar al mayor en residencia. Y considero que desde el presente trabajo se ha subrayado la necesidad de la realización de estudios que generen nuevos protocolos de actuación que arrojen luz sobre la praxis profesional. Además de que, a lo largo del desarrollo del estudio, se ha visto reflejada la falta de una metodología o protocolo que agrupe conceptos, causas y consecuencias de la institucionalización residencial y sobre todo la necesidad de crear nuevas soluciones a los problemas existentes.

El principal reto del presente estudio ha sido la dificultad de encontrar bibliografía que sirviese como marco de referencia para tratar directamente sobre el tema objeto de estudio. Pero entendiendo esta falta de bibliografía como contestación directa a la necesidad de la realización de este estudio y la puesta en valor de este, evidencia una vez más la importancia de la renovación en el ámbito científico.

En síntesis y como conclusión, hay que destacar que el acompañamiento a la familia en residencias geriátricas emerge como un componente esencial para el bienestar tanto del mayor como de la propia familia. Este estudio presenta la relevancia de avanzar en la creación de propuestas metodológicas sólidas, que estén basadas en la evidencia y que permitan atender de una manera integral las necesidades emocionales, físicas y sociales de las familias. De esta manera se creará una experiencia más humana y enriquecedora en el ámbito geriátrico.

9. BIBLIOGRAFIA

Martínez Rodríguez, T. (2016). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos: Modelos de atención y evaluación.*

Rodríguez Rodríguez, P. (2021). Los libros de la catarata. *Las residencias que queremos: Cuidados y vida con sentido.*

Bedmar Moreno, M., Fresneda López, MD y Muñoz López, J. (2004). *Gerontología: Educación en personas mayores.*

Benatar, R., Kaufmann, AE y Frías, R. (1993). *Gestión de las residencias de tercera edad.*

Losada, A., Márquez-González, M., & Romero-Moreno, R. (2015). Atendiendo a las variadas problemáticas de los cuidadores familiares de personas con demencia: Aportaciones de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia de aceptación y compromiso. *Clínica y Salud.* https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742015000100006&script=sci_arttext&tlang=pt

Hernández, MR, & Alonso Bigler, S. (2021). El papel de la familia en los centros residenciales. *Anuari de l'envejelliment: Illes Balears,* [2https://dialne.unirioja.es/serv/a?bacalao=82](https://dialne.unirioja.es/serv/a?bacalao=82)

Crespo, M., & López, J. (2007). Análisis y evaluación de un servicio de estancias temporales en residencia de ancianos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología,* <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-analisis-evaluacion-un-servicio-estancias-13011692>

Romero-López, M., & Ocaña-Riola, R. (2022). Envejecer en una residencia de ancianos en España: Una revisión integradora. *Revista Española de Geriatría y Gerontología.,* <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9435421>

García-Martín, M. A., & Hombrados-Mendieta, I. (2019). Madre en una residencia de mayores: Sentimientos y emociones de un hijo. *Documentos de Trabajo Social,* <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7491289>

Vega, M. A., & Martínez, L. J. (2021). Impacto económico en la familia del adulto mayor con discapacidad física. *Revista de Trabajo Social y Salud,* <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9030871>

Aravena, P., & González, R. (2018). Percepción de apoyo familiar de adultos mayores residentes en establecimientos de larga estadía. *Revista de Psicología y Salud,* <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6881510>

López, F. J., & Martínez, P. R. (2023). Personas de la tercera edad en residencias: Regularización procesal de situaciones de estancia irregular. Revista de Derecho y Bienestar Social, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9616905>

Sánchez, M. T., & Gómez, L. P. (2005). Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. Revista de Psicología y Gerontología, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1448995>

Fernández, C. M., & Ruiz, J. L. (2018). El cuidador informal de personas mayores institucionalizadas: Análisis de la relación y consecuencias del suministro de apoyo. Gerontología y Sociedad. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=>

Rojas, M. A., & Torres, L. E. (2019). Institucionalización: Abandono o la mejor opción. Revista de Gerontología y Bienestar Social. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8420849>

Martínez, J. L., & Gómez, P. R. (2014). Efectividad de las intervenciones familiares en centros geriátricos: Una revisión sistemática. Revista de Intervención Psicosocial <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5075036>

Gómez, C. A., & Rodríguez, M. J. (2022). Family care prior to the admission of the elderly in a nursing home and continuity in family care: A comparative study of Colombia and Spain. Journal of Gerontological Social Work <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35756133/>

López, M. P., & Fernández, A. R. (2023). Visitas familiares y depresión entre residentes de residencias para ancianos: Una revisión integradora. Journal of Aging Studies. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37597458/>

Martínez, L. C., & Pérez, J. F. (2022). Factores que contribuyen a los resultados de salud mental de los cuidadores durante la transición de su familiar a un centro de atención residencial para personas mayores: Una búsqueda sistemática y una revisión narrativa. Journal of Geriatric Psychiatry <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35581539/>

Hernández, R. T., & Gómez, L. M. (2015). Transiciones al final de la vida de los adultos mayores: Perspectivas de pacientes, cuidadores y profesionales: Un estudio de métodos mixtos. Journal of Palliative Care <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25642566/>

Martín, P. L., & Torres, J. A. (2020). La eficacia de los cuidados intermedios, incluidas las intervenciones de cuidados de transición, sobre la función, la utilización de la atención sanitaria y los costes: Una revisión del alcance. Health Services Research Journal. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32754841/>

Fernández, L. M., & Pérez, S. A. (2023). La feminización de la viudez en la vejez: Una revisión sistemática sobre la transición a la viudez en mujeres mayores. Revista de Estudios Sociales y Envejecimiento. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/234341>

Gómez, J. M., & Sánchez, R. P. (2016). Factores relacionados con el maltrato no institucional en residencias de personas mayores: Factores asociados con el maltrato no institucional en residencias de ancianos. Revista Española de Geriatría y Gerontología. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X1600041X>

López, A. M., & Ruiz, F. J. (2023). Culpa y bienestar en cuidadores familiares de personas mayores dependientes institucionalizadas. Revista Española de Geriatría y Gerontología. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X2300029X>

Martínez, C. L., & Fernández, H. P. (2023). Repercusión de la restricción de visitas familiares por la pandemia en la evolución clínica del paciente geriátrico hospitalizado. Revista Española de Geriatría y Gerontología <https://www.sciencedirect.com>

Pérez, L. J., & Gómez, T. R. (2012). Diferencias en la expresión del síndrome de fragilidad en varones y mujeres mayores institucionalizados sin deterioro cognitivo grave. Revista Española de Geriatría y Gerontología <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X12001606>

López-Pousa, S., & Vilalta-Franch, J. (2008). Prevalencia de demencia en pacientes institucionalizados: Estudio RESYDEM. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 43(1), 5-12. <https://www.sciencedirect.com/scien>

García-Nogales, A., & Martínez-Velilla, N. (2018). Rehabilitación geriátrica multidisciplinar en el paciente con fractura de cadera y demencia. Revista Española de Geriatría y Gerontología, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X18307108>

Sánchez-García, M., & López-Martínez, P. (2005). El cuidado de los ancianos en el entorno familiar: Valoración de diversos recursos de apoyo mediante grupos de discusión. Revista Española de Geriatría y Gerontología <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X05750691>

Martínez-Ros, E., & Ferrer-Ferrer, C. (2010). Modelos de convivencia de las personas mayores en Cataluña: Impacto del deterioro de la salud en la independencia residencial. Revista Española de Geriatría y Gerontología <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X1000123X>

Pérez-López, J., & Gómez-Hernández, L. (2007). El anciano institucionalizado: Calidad de vida y funcionalidad. Revista Española de Geriatría y

Gerontología <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X07735849>

Jiménez, S. Parra, M. Navarro, A. Muro, C. y Meléndez, J. (2023). Culpa y bienestar en cuidadores familiares de personas mayores dependientes institucionalizadas. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. Vol 58. pp.84-88. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2023.02.001>

Instituto Aragonés de Estadística. (2023). Datos Básicos de Aragón 2023. Recuperado de <https://www.aragon.es/documents/20127/1646190/DBA-2023.pdf/46d048e8-6c89-9647-b6c5-68e208297e19?t=1682061147612>

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía y Atención a las personas en situación de Dependencia. Boletín Oficial del Estado. Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39/con>

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. (2019). Novedades en el Convenio Especial para cuidadores no profesionales. *La revista de la Seguridad Social*. Recuperado de <https://revista.seg-social.es/-/novedades-en-el-convenio-especial-para-cuidadores-no-profesionales>

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. (2023). Información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, recuperado de https://imserso.es/documents/20123/3515174/estssiaad_2023331.pdf/5bcd8ca8-a2ed-36b3-8aeb-1d4eff5105bc

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. (2023). Convenio Especial de Cuidadores No Profesionales de personas en situación de Dependencia. Recuperado de <https://imserso.es/documents/20123/3515245/cecuidadores20230228.pdf/57b282c1-c007-491f-af18-36b45112c376>

OECD. (2023). Tasa de Dependencia de la vejez. Recuperado de <https://data.oecd.org/pop/old-age-dependency-ratio.htm>

Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2022). Impacto del Covid-19 en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Recuperado de https://imserso.es/documents/20123/118708/evo_sisaad_covid19_202212.pdf/37339f2c-ec02-187a-7b4c-df907e152587

Gobierno de Aragón. *Dependencia: Solicitud y procedimiento*. Recuperado de

<https://www.aragon.es/-/es/-/dependencia.-solicitud-y-procedimiento>

Gobierno de Aragón. *Atención residencial.* <https://www.ar.arago.mi/-/atención-residencial>

Gobierno de Aragón. *Vivir en residencia.* <https://www.ar.es/m-vit/do-de-una-persona-en-situacion-de-Delaware-y-o-discapacidad/vivir-en-residencia>

Gobierno de Aragón. (Dakota del Norte). *Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS): Centros y residencias.* <https://www.aragon.es/-/iass.-cen.-residencias>

Gobierno de Aragón. *Residencias para mayores.* Recuperado el <https://icearagon.ara.es/at/Arkansas/en/servicio-y-eq/sal-y-servicio-s/residencia-para-alcaldes>

Ayuso Sánchez, L. (2019). Nuevas imágenes del cambio familiar en España. *RES. Revista Española de Sociología*, 28 (2). Recuperado <https://dialnet.unirio.unirioja.es/servlet/articulo?co>

Instituto Nacional de Estadística (INE). Recuperado de: *Cifras de población y censos demográficos: Población residente por sexo y edad.* <https://www.ine.es/jaxi/D.htm?t==407>

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. (*Boletín Oficial del Estado*, 299, de 15 de diciembre de 2006. <https://www.boe.es/eli/es/I/2006/12/14/39/estafa>

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Recuperado de *Servicios sociales: Derechos sociales.* <https://www.mds.gramo.es/derechos-sociales/servicios-sociales/en.htm>