

UNIVERSIDAD DE OVIEDO

Máster en “Intervención e investigación socioeducativa”

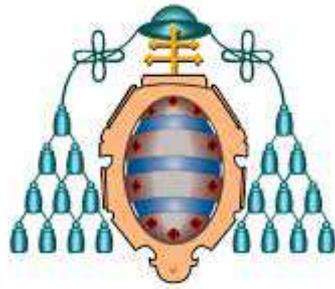
“La calidad de vida de las personas mayores en los Centros Residenciales”

Alumno: Julián Braga Arbesú

Tutor: José Luís Belver Domínguez

Julio de 2013

Universidad de Oviedo



UNIVERSIDAD DE OVIEDO

Máster en “Intervención e investigación socioeducativa”

“La calidad de vida de las personas mayores en los Centros Residenciales”

Alumno: Julián Braga Arbesú

Tutor: José Luís Belver Domínguez

Julio de 2013

Firmas de autorización:

ÍNDICE

Introducción.....	5
BLOQUE I: Fundamentación Teórica	7
1. Aproximaciones generales al concepto de “tercera edad”	7
1.1. Concepto.....	7
1.1.1. Problemáticas de la vejez o tercera edad.....	8
1.2. Envejecimiento.....	13
1.2.1. <i>Nivel sensorial y cognitivo</i>	13
1.2.2. <i>Mecanismos conductuales del envejecimiento</i>	14
2. Problemáticas de la tercera edad.....	18
2.1. La jubilación.....	18
2.2. La familia.....	18
2.3. Calidad de vida óptima. (Dimensiones).....	19
2.3.1. <i>Salud</i>	19
2.3.2. <i>Funcional</i>	21
2.3.3. <i>Familiar</i>	22
2.3.4. <i>Social</i>	23
2.3.5. <i>Servicios</i>	24
2.3.6. <i>Ambiental</i>	25
2.3.7. <i>Económica</i>	26
2.3.8. <i>Psicológica</i>	27
2.3.9. <i>Educativa</i>	29
3. Las instituciones y centros residenciales de la tercera edad....	30
3.1. Concepto.....	30
3.2. Tipología de residentes.....	31
3.3. Objetivos que se persiguen con las personas mayores residentes.....	32
3.4. Rasgos de la residencia ideal.....	33
3.5. Principios que favorecen la obtención de calidad de vida en el centro residencial.....	33
3.6. Diseño arquitectónico integral de los centros residenciales..	34
3.7. Organigrama arquitectónico-funcional.....	35
3.8. Profesionales (perfiles y posiciones del cuidador).....	36
3.9. Competencias de los profesionales.....	37

BLOQUE II: Metodología.....	38
4. Objetivos.....	38
5. Diseño.....	38
6. Instrumentos.....	39
7. Procedimientos/aplicación.....	40
8. Participantes.....	43
BLOQUE III: Resultados.....	46
9. Resultados por Dimensiones.....	46
10. Resultados Globales de Satisfacción (IGS).....	60
BLOQUE IV: Conclusiones y propuestas de mejora.....	63
11. Conclusiones y reflexiones.....	63
12. Propuestas de mejora para la institución.....	69
12.1.- Dimensión social.....	69
12.2.- Dimensión familiar.....	70
12.3.- Dimensión servicios.....	71
12.4.- Dimensión económica.....	72
12.5.- Dimensión psicológica.....	73
12.6.- Dimensión física/ambiental.....	74
12.7.- Dimensión socio-cultural/educativa.....	75
12.8.- Propuesta sobre el proceso evaluativo.....	76
BIBLIOGRAFÍA.....	77
ANEXOS.....	80

Introducción

El trabajo que se presenta a continuación trata de dar desde un principio una visión positiva acerca de las personas mayores, lejos de la casi siempre negativa visión o concepción que se tiene de éste sector de la población desde el resto de la sociedad.

Y es que, lejos de “patologizar” a ésta población tomándola como débil, envejecida, y enferma, habría que valorarla, y más dada la esperanza de vida actual, como una población que puede aportar mucho tanto a la sociedad como a ella misma.

Es un error flagrante concebir a ésta población como “inútil” o “inservible” por el hecho de no estar físicamente en plenitud, cosa que sólo se consigue entre los 20 y 35 años, sino que hay otros muchos aspectos donde las personas mayores pueden presentar aún puntos fuertes y vitales. Aspectos a nivel cognitivo, social, económico o afectivo son algunos de ellos.

A pesar de lo anterior y de las grandes aportaciones, sobre todo a nivel familiar y social que pueden ofrecer éstas personas, muchas se ven obligadas a tomar la decisión de tener que ingresar en una residencia, lo cual en un principio puede ocasionar problemas y consecuencias a nivel bio-psico-social, ya que la imagen que se tiene de éstos centros aún está bastante lejos de ser concebida como una especie de “paraíso”, ya no sólo por las propias personas mayores, sino también desde el resto de sectores de la sociedad.

Uno de los aspectos que más valoran éstas personas es la posibilidad de gozar de una buena calidad de vida, dentro de lo que la salud les va permitiendo, ya que los años van pasando y los problemas son inevitables. Por ello, a lo largo de éste trabajo se tratará de dar una pincelada al concepto de “calidad de vida”, y cómo desde los centros residenciales se puede dar respuesta a ésta necesidad.

Como acabamos de comentar, existe la necesidad de responder ante ésta exigencia de “calidad de vida” por parte de las personas mayores. Desde éste trabajo se tratará de hacerlo mediante una investigación, consistente en una encuesta administrada a 47 personas mayores válidas entre 75 y 85 años que residen actualmente en la Centro Residencial “Mixto-San Nicolás” de Gijón, perteneciente a la red de Establecimientos Residenciales de Asturias (E.R.A)

A continuación presentaremos brevemente los principales puntos de los que constará el trabajo, que contará con un primer bloque donde encontraremos una **fundamentación teórica** que abarcará un poco el *concepto general de ancianidad y vejez* desde el punto de vista actual, y

tocando aspectos previamente citados, como el físico, cognitivo, económico, o social.

Tras ésta aproximación al *concepto de tercera edad*, nos adentraremos en las *problemáticas* existentes entre éste sector de la población, y más concretamente en los aspectos que más influyen a la hora de conseguir una óptima *calidad de vida*, además de observar aquellos que más problemas les generan dentro del mismo concepto de calidad de vida, el cuál será el centro de nuestra investigación.

Por último nos centraremos en las *instituciones y centros residenciales* para la tercera edad, citando brevemente su funcionamiento, y la calidad de vida (tema principal que nos ocupa) ofrecida a sus residentes a través de sus profesionales y distintos servicios.

Tras ésta parte teórica nos adentraremos en el segundo bloque del trabajo, donde nos encontraremos en **diseño de nuestra investigación**. Como ya hemos comentado anteriormente, se administró una encuesta acerca del “nivel de satisfacción y calidad de vida en los centros residenciales” a 47 residentes válidos entre 75 y 85 años, por lo que nuestro estudio se realizará a través de los resultados (tanto cualitativos como cuantitativos) obtenidos en dicha encuesta.

Una vez visto el diseño de investigación, nos encontraremos con los **resultados** obtenidos a través de ella, donde veremos desgranados los diferentes datos y resultados ofrecidos por los distintos ítems, dimensiones, estadísticos descriptivos y diferenciales.

Por último estableceremos una serie de **conclusiones** a nivel de muestra e institucional en segunda instancia a raíz de los resultados obtenidos en la investigación. Terminaremos con un apartado dedicado a la bibliografía utilizada para llevar a cabo los distintos bloques del trabajo.

Algo muy importante a comentar acerca de éste trabajo, es la importancia que puede tener para la institución donde se ha llevado a cabo la investigación ya que se puede considerar como un trabajo bidireccional, retroalimentado, de feed-back, ya que la propia institución ha facilitado medios de cara a la obtención de los resultados de cara a la investigación, y la propia institución recibirá los resultados del diseño, así como las conclusiones, dentro de las cuales se encontrarán las distintas dimensiones, tanto las que funcionan correctamente, como aquellas donde debe mejorar de cara a obtener un óptimo nivel de satisfacción y calidad de vida por parte de las personas mayores que allí residen.

BLOQUE I: Fundamentación teórica

1. Aproximaciones generales al concepto de la tercera edad.

1.1. Concepto.

El concepto de tercera edad no es un concepto ni mucho menos reciente, y cierto es que se encuentran dificultades a la hora de delimitarlo, pero lo que es verdad es que conlleva un proceso de envejecimiento por el paso del tiempo, además de las propias modificaciones que todo ser humano en su estado.

¿Dónde localizamos tales modificaciones? Sobre todo a nivel físico, biológico, aunque también habría que mencionar, factores ambientales o sociales y educativos.

¿Cómo definir o delimitar el término tercera edad? En principio está claro que la edad cronológica es básica, pero también lo es a nivel funcional (física, biológica, y psicológicamente) cómo se encuentre la persona.

Contando con lo anterior, tenemos tres tipos de vejez (Ricardo Moragas 1991: 21-23):

- **Cronológica**: sabido es por todos, que ésta edad la marca la edad de jubilación (65 años). Sería una medida objetiva, aunque habría que matizar bastante, ya que el impacto del paso del tiempo varía enormemente de una persona a otra.
- **Funcional**: sin caer en el error de considerar a la persona mayor como alguien “inválido” o “inútil”, y por ésta razón suelen tener pérdidas a nivel social, de status, etc.
- **Tercera edad-etapa vital**: con claros efectos dada la etapa que es, pero también con implicaciones positivas como: experiencia, madurez, serenidad en el juicio, etc, que claramente compensan las posibles deficiencias físicas que pueda acarrear el paso del tiempo.

Las personas mayores han tenido muchas vivencias y experiencias a lo largo de los años, aparte de la gran cantidad de cambios a los que se han tenido que adaptar a distintos niveles (físico, social, personal, etc).

Actualmente el concepto de tercera edad (vejez, ancianidad) está más presenta y en cuenta si lo comparamos con décadas anteriores. Hoy se habla de “ponerle vida a los años, y no años a la vida”, una expresión con el claro deseo de acumular años contando con una calidad de vida lo más óptima posible. Cuántas veces escuchamos a generaciones anteriores a la nuestra

decir aquello de “ojalá llegue a 80-85-90 años, pero con la cabeza funcionando bien y sin dar guerra”.

Pero, ¿cómo se consigue eso de “*ponerle años a la vida*”? Según la Organización Mundial de la salud (1984) existen dos factores de vital importancia a la hora de ofrecer bienestar a las personas que llegan a la vejez:

- La capacidad para valerse por sí mismo/a. Ser capaz de realizar las ADV (Actividades de la Vida Diaria) como siempre y sin problemas.
- Tener autonomía y libertad total de cara a decidir qué quiere hacer con su vida.

Por tanto la vejez debe ser considerada como algo normal, una etapa más en la evolución de la persona. Y es que, fuera del concepto y estereotipos que aún hoy existen sobre la tercera edad, y a no ser que haya habido problemas prematuros, la mayoría de personas que han alcanzado y superado los 65 años, mantienen una óptima condición física y mental, y un funcionamiento satisfactorio en muchas de las áreas.

Según van transcurriendo los años, es normal que vaya habiendo cambios que afecten al comportamiento (físico, psíquico, emocional...), cambios que merman a la persona y la pueden hacer incluso dependiente. Estos cambios pueden clasificarse:

- *Físicos*: fragilidad, enfermedades crónicas, uso de fármacos.
- *Psicológicos*: trastornos mentales, rasgos de personalidad.
- *Contextuales-ambientales*: ambiente físico y social.

1.1.1.- Problemáticas de la vejez o tercera edad.

Otro de los problemas que surge es la pérdida progresiva de los seres queridos, especialmente el cónyuge, así como de muchos de los amigos. Son personas cercanas que suponen un gran apoyo para la persona, y la pérdida también conlleva consecuencias, como por ejemplo la soledad, algo bastante común en residencias.

Por parte de los hijos y los nietos también surge un problema, ya que desean vivir con intimidad, desechando en muchos casos la opción de tener a sus mayores en su propia casa. La familia debe hacer sentir a sus mayores como uno más, hacerle sentir integrado, valorado, comprendido, y útil, ya que aún puede aportar bastante en forma de experiencia, veteranía, saber hacer, madurez, etc. La familia también juega un papel importante en uno de los problemas de citábamos anteriormente, y que es la ocupación del tiempo libre. Se les puede ayudar a través de orientaciones, así como ofreciéndoles

posibilidades, opciones, ideas, etc. Todo de cara a ocupar de tiempo libre y de ocio (Adroher Biosca, S., 2000: 99-107).

Por tanto, vemos que la **familia** juega un papel clave durante la vejez y contribuye en gran medida al bienestar de la persona mayor. ¿Qué aporta la familia durante la vejez? Cuidados en cuanto a higiene, alimentación, control de la medicación, y mantener la alerta ante problemas de salud repentinos que puedan surgir, achaques, accidentes, etc. Por otra parte, la faceta afectiva es básica, ya que es algo sin lo que la persona mayor no podría vivir. (Bazo, M^aT. (1991)

Una buena alternativa de cara a ocupar ése tiempo es el cuidado y atención de las nuevas generaciones, en éste caso, los nietos (y bisnietos en algunos casos). El rol y la función de abuelo es algo que aporta mucho a la personas mayor, ya que lo que busca es sentirse útil para su familia, lejos de ser una carga o un estorbo, y nada mejor que atender a los nietos cuando sus propios hijos no pueden hacerse cargo de ellos. La persona mayor, cumpliendo el rol de abuelo, cuida al niño, juega con él, le habla de sus vivencias y experiencias, la trasmite sus ideas y valores, ejerce de mediador entre generaciones (en éste caso, hijos y nietos), ofrece cariño, afecto y amor incondicional tanto a hijos como a nietos, además de ser un gran confesor de éstos últimos.

Algo a mencionar, especialmente hoy día, son las aportaciones económicas que realizan éstas personas hacia sus familias. Son de vital importancia, ya que hoy día, la situación laboral de muchas familias es bastante delicada, y está muy alejada de cualquier tipo de estabilidad, por lo que la aportación económica de la persona mayor, es más crucial que nunca. Resaltar que el peso de crisis y el estado de bienestar social lo están soportando los “abuelos”, sin su papel probablemente en el escenario en el que nos movemos no tendríamos ni “paz social”.

Por tanto, la tercera edad puede verse como un “*proceso cultural*”, además de biológico, donde cobran importancia los valores y normas de la sociedad actual.

¿Qué edad se podría considerar para considerar a una persona como “mayor”? Se podría establecer a partir de los 65 años, que supone la **jubilación** (aunque ahora esté en 67 o incluso 70) Está claro, que es un momento clave a partir del cual ya se puede empezar a considerar a la persona como más adulta, aunque no mayor, o anciana, ya que hoy día con la esperanza de vida, es una etapa donde se pueden vivir 25-30 años. Puede

suponer un problema, ya que surge la pregunta de ¿y ahora qué? Tras una rutina de años sin apenas tiempo libre, cuentan ahora con todo el tiempo a ocupar, y sin saber en qué “gastarlo”. Es común que esto acarree problemas a nivel emocional y depresivo, ya que, se piensa demasiado, unido a que puede sentirse escasamente realizado.

Está claro, que la plenitud física ya se alcanzó muchos años atrás, pero sí que es cierto que a otros niveles (sociales, afectivos y económicos), sí que se podría hablar de cierta plenitud, más que nada por el aumento de esperanza de vida. Y es que una etapa de 25 años con todo el tiempo del mundo, se pueden hacer muchas cosas, proyectos, recobrar ilusiones, cosas que por falta de tiempo antes no se pudieron hacer, deseos insatisfechos en etapas anteriores, o replantearse retos, u objetivos personales. Por tanto, se puede lograr una plenitud personal bastante óptima.

Pero el concepto de jubilación dista mucho de hace 25-30 años al actual, y es que, entonces, se miraba a éste “horizonte” como el principio del fin, sin fuerzas, con enfermedades, posibilidades limitadas, y con una esperanza de vida inferior a la actual, por tanto, se le veía como alguien “acabado”. También es verdad que las condiciones laborales de antaño dejaban mucha más mella en la persona que las actuales. (Martínez Rodríguez, T; et alter 2006)

Hoy día las condiciones son menos agresivas, y se llega a ésta edad en mejores condiciones, y en algunos casos, entre la jubilación anticipada, y la esperanza de vida, los años que dura la etapa aumentan considerablemente, y con ello, y como se ha ido anteriormente, la apertura a la realización personal es más que evidente.

El perfil de persona mayor ha cambiado bastante en la época actual, y ya se destierra un poco la imagen de persona que mata su tiempo libre en el hogar del jubilado “echando la partida” o haciendo labores del hogar, sino que ahora las alternativas han crecido, y económicamente hay un mayor desahogo ya que los hijos están emancipados, no hay cargos económicos, y se las posibilidades en forma de viajes u otros proyectos son más asequibles, aparte claro está del aumento del tiempo para llevarlo a cabo.

Al contrario que hace 25-30 años, donde las prioridades, llegada cierta edad se basaban en la supervivencia, seguridad, o las relaciones sociales, hoy día, lo más importante es conseguir ocupar el tiempo en cosas que aporten plenitud, satisfacción y desarrollo personal. Cosas como estudiar, leer, viajar, practicar deporte, y un largo etcétera de actividades que aportan mucho a la hora de conseguir éste objetivo.

Al llegar a la tercera edad, se produce una especie de liberación, respecto al trabajo (jubilación), familia (emancipación de los hijos), o económica (deudas solventadas). Normalmente se suele tener la compañía de la pareja, y aún con los achaques que van apareciendo con los años, contar con tiempo y dinero para llevar a cabo una vida más o menos desahogada es un buen motivo para vivir ésta etapa con ilusión.

Es en éste contexto donde, con una estabilidad familiar y económica, se plantean las cosas no por obligación sino por gusto y afición, donde realmente se puede llegar a plantear una óptima plenitud personal.

Como contraposición a todo lo anterior, también hay muchas personas que llegan a ésta edad, y que, tras haber trabajado toda su vida, se sienten inútiles, frustrados, e inseguros, y ésta liberación de la que hablábamos antes, pasa a convertirse en depresión, o en una crisis vital que aparte de afectar a la persona, también arrastra a la pareja y la familia. Una manera de superar ésta crisis es pensar en seguir creciendo personalmente, ya que, hasta la muerte aprendemos continuamente y a pesar de la sociedad y sus estereotipos (aunque cada vez menos) el concepto de persona mayor como alguien improductivo, pasivo, retirado por obsolescencia, y como una carga económica o asistencial para la sociedad está cambiando como alguien que aún puede aportar en muchos aspectos a la familia, la sociedad y el estado.

Ejemplos claros de lo anterior tenemos sobradamente. Las personas mayores se ocupan diariamente de los nietos ante la imposibilidad que tienen los padres por el trabajo; aprenden manualidades que dan rienda suelta a aspiraciones aplazadas durante años; abren caminos hasta la fecha insospechados; tienen gran importancia a la hora de realizar voluntariados en la solidaridad organizada en ONG's (90% son personas mayores, aunque casi todo mujeres)...

Otra de la grandes posibilidades de ésta etapa es la de poder disfrutar de opciones formativas, ya que muchos de ellos apenas pudieron estudiar cuando eran jóvenes, y puede ser un buen momento para poder recuperar el tiempo perdido. Esto, además, supone también una fuente de satisfacción, recursos de crecimiento y desarrollo personal. Los Centros de Educación para adultos o las ofertas de la Universidad para los mayores están siendo muy valorados y teniendo una gran aceptación y participación.

Por tanto, el concepto de tercera edad no es algo uniforme, inequívoco e irrevocable, ni tiene porqué ser un motivo de tristeza para quien llega a ella sino que supone la entrada a una etapa cada vez más amplia y diversa que puede convertirse en una ocasión de cara a lograr una plenitud personal, y nuevos

caminos de realización personal. Caminos saludables y productivos personal y socialmente hablando que pueden llevarse a cabo sin estrés y con tranquilidad.

La tercera edad actual es mucho más heterogénea que hace décadas. Existen programas culturales y de ocio tan amplios como para tener la opción de ofertar un amplio abanico que cubra los intereses de gran parte de la población de éstas edades, teniendo en cuenta sexo, estatus socioeconómico, profesionales, la propia historia de cada persona, etc.

Queda claro, por tanto, que hay oportunidades más que de sobra para adaptarse a las expectativas y motivaciones personales de cada persona de cara a darle sentido a ésta etapa y lograr la tan comentada “plenitud vital”.

Una de las consecuencias de todo lo dicho anteriormente y sobre todo de la creciente longevidad de la población sumado a la esperanza de vida actual y al papel que juegan las personas mayores hoy día, es que se camina hacia una sociedad en la que predomina ésta población en relación a los jóvenes, por lo que, la participación social, irremediamente debe ser a su vez más activa, al contrario de lo que se venía pensando o haciendo durante las últimas décadas.

Estamos pues ante **un proceso de transformación obligado**. Desde un punto de vista cuantitativo, ya que el número de personas mayores se ha incrementado notablemente y no existe un relevo generacional compensado, y por otra parte, cualitativamente hablando, también existe una clara evolución a nivel biopsíquico en cuanto al alcance de un envejecimiento en constante evolución. Y es que las personas mayores están cambiando en cuanto a su forma de ser, de pensar, y de actuar. Actualmente, cuentan con condiciones y características mejores que hace décadas, y esto repercute en una mejora cognitiva, mayor capacitación, más experiencia y capacidad para hacer de ella algo funcional y útil, una cultura más consolidada, así como otras cualidades a nivel de participación social. Con todo ello su exigencia a nivel social es, además de protección, que se les tenga en cuenta también como sujetos activos.

1.2. Envejecimiento.

El envejecimiento no es una pérdida, una destrucción, o una ruina. Es cierto que no se pueden negar ciertas carencias y limitaciones que van surgiendo con los años. Hay una apología de Cicerón hacia la vejez, que viene a decir, que la causa no es la edad sino las costumbres, ya que las personas mayores con buen humor y carácter pasan una vejez agradable, y por otra lado, el mal carácter resulta molesto sea cual sea la edad. Sería algo así como lo popularmente dicho de “sentirse con espíritu joven”.

1.2.1. Nivel sensorial y cognitivo.

Tras una *aproximación general al concepto de la tercera edad*, que como hemos visto ha sido enfocada desde un punto de vista optimista, ahondando en los aspectos más ventajosos (y sobre todo actualmente), entramos ahora a hablar de los cambios que supone la tercera edad a **nivel sensorial y cognitivo**.

El envejecimiento es un proceso natural y continuo que afecta a todas las personas, aunque de distinta manera e intensidad (Arking, 1991). Toda persona pasa por ello a no ser que se le cruce un accidente o enfermedad grave de manera prematura. Por ello, los estilos de vida son fundamentales de cara a un óptimo funcionamiento físico: una buena alimentación, el entrenamiento cognitivo, y el apoyo social son cruciales a la hora de atenuar los efectos negativos asociados al envejecimiento fisiológico y reduce el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, aparte de lograr una mejora sustancial en el funcionamiento cognitivo durante el envejecimiento.

Un correcto funcionamiento cognitivo es uno de los principales factores que determinan una óptima calidad de vida, algo así como un “envejecimiento exitoso”. El envejecimiento, pero sobre todo las enfermedades neurodegenerativas asociadas a la edad (Parkinson, Alzheimer), tienen consecuencias a nivel cognitivo y conductual que disminuyen la calidad de vida de las personas que las padecen y de sus familias, y afectan a toda la sociedad en su conjunto, ya que inciden negativamente, aumentando los costes de los servicios sanitarios. La cuestión que debemos hacernos y el tema principal de éste trabajo es, ¿qué podemos hacer para mejorar la calidad de vida de las personas mayores, y dar respuestas a sus necesidades?, y ¿cómo pueden estas personas aumentar su bienestar física, social y cognitivo?.

1.2.2. Mecanismos conductuales del envejecimiento.

A continuación veremos cómo funcionan los **mecanismos conductuales del envejecimiento cognitivo**.

Con la edad se producen numerosos deterioros a nivel cognitivo, que vienen acompañados por cambios importantes a nivel neural (Park et al., 2001,2002). Se ha podido constatar a través de imágenes, la reducción de peso y volumen cerebral, sobre todo en regiones anteriores en comparación con las posteriores del cerebro (lóbulo frontal e hipocampo), así como una reducción en la asimetría cerebral con la edad (West, 1996).

Científicos que estudian los procesos cerebrales del envejecimiento hablan de cuatro mecanismos que explican las posibles causas de las diferencias producidas en el procesamiento cognitivo de la edad. Los mecanismos son:

- *Deterioro de los sistemas sensoriales:* sobre todo a nivel visual y auditivo. Esto va a tener consecuencias a nivel comunicativo ya que su percepción se ve limitada y con ello el procesamiento de información. Suele ir ligado al deterioro cognitivo. ¿Por qué se cree que ambos deterioros van ligados? Linderberger y Balter (1997) descubrieron que podría deberse a una degeneración del sistema nervioso central, influyendo directamente sobre esas funciones. El funcionamiento sensorial, por tanto, es un gran indicador sobre la integridad del cerebro y un mediador importante de todas las habilidades cognitivas.
- *Deterioro de la atención y las funciones ejecutivas:* la inhibición forma parte también del deterioro en las funciones cognitivas. Las personas mayores tienen dificultades a la hora de centrar su atención en la información relevante y para no distraerse con estímulos irrelevantes para la tarea que deben llevar a cabo y puedan estar presentes en la situación (Hasher y Zacks, 1988). El mal funcionamiento de la inhibición haría que llegara hasta la memoria de trabajo información irrelevante y no requerida. Hasta el momento el mecanismo inhibitorio ha sido bastante estudiado, aunque aún no se ha llegado a su completa comprensión.

Hoy día se conoce dos tipos de inhibición: **controlada y automática**. La primera podría estar deteriorada en las personas mayores, mientras que la segunda estaría intacta.

La inhibición explicaría el comportamiento de la persona en distintas situaciones de la vida diaria, además de porqué de que se distraigan con mayor facilidad en situaciones en las que aparecen distintos tipos de información cuando sólo deben atender a uno de ellos. (Park, 2000).

- Deterioro de la memoria de trabajo: es un término acuñado por Baddeley (1990) y se refiere a la cantidad de recursos cognitivos disponible para poder realizar en un momento dado una tarea de procesamiento y almacenamiento de la información. Aquí, las personas mayores cuentan con una menor amplitud de memoria que los jóvenes. La amplitud de memoria predice la actuación en tareas de comprensión y razonamiento.

Las personas mayores actúan peor que los adultos más jóvenes en diferentes tareas de memoria de trabajo que requieren abundantes recursos de procesamiento.

- Disminución de la velocidad de procesamiento de la información: se da con la edad y repercute a la hora de realizar muchas tareas cognitivas. El procesamiento de la información iría más lento de lo habitual y algunas operaciones mentales que se realizarían en un tiempo determinado no pueden llevarse a cabo, haciendo que el resultado del procesamiento previo no pueda utilizarse al no estar disponible cuando se haya terminado el procesamiento anterior (Salthouse, 1996).

Dos mecanismos explicarían la relación entre velocidad y los cambios cognitivos producidos con la edad:

- *Tiempo limitado*: los procesos cognitivos necesarios para completar una determinada tarea pueden no realizarse cuando el tiempo es limitado debido a que el tiempo disponible se ha empleado en la ejecución de los primeros procesamientos y ya no es posible completar la tarea.
- *Simultaneidad*: el resultado de los primeros procesos puede haberse perdido antes de que pueda utilizarse en la realización de procesos posteriores.

Tras ver como el envejecimiento afecta a muchos procesos sensoriales y cognitivos (Baltes y Lindenberger, 1997) vemos como la vejez viene acompañada de transformaciones en órganos y sistemas, incluido el sistema nervioso central. Regiones corticales implicadas en el control ejecutivo y la atención, el hipocampo, o el sistema temporal medio se deterioran con la edad hasta alterar las funciones cognitivas.

Dado el incremento de personas mayores y los elevados costes asociados al deterioro cognitivo y su consecuente dependencia, es muy importante identificar qué factores pueden ayudar a reducir tal deterioro.

Pero a lo largo del envejecimiento cognitivo, no sólo hay **pérdidas**, sino también **ganancias**. Y es que, mientras se pierde velocidad de procesamiento,

memoria de trabajo y a largo plazo, se mantiene o incluso se puede llegar a ganar también en conocimiento del mundo y en vocabulario. (Park et al, 2002)

No todos los procesos mentales se deterioran con la edad ni en la misma intensidad sino que existen patrones, que van desde el deterioro pronunciado, a la estabilidad o puede que incluso se produzca una mejoría según pasan los años. Aspectos de la memoria implícita se van manteniendo con la edad e incluso mejoran, mientras que otros procesos mentales se van deteriorando, procesos como: velocidad de procesamiento, atención selectiva, memoria (episódica, trabajo), o inhibición de respuesta.

Los trastornos asociados a la edad reflejan cambios a nivel estructural y molecular en neuronas específicas y en circuitos neuronales intervinientes en esas funciones, por ejemplo, en Alzheimer.

La **memoria** no es un proceso único sino que existen distintos tipos que dependen de diferentes áreas cerebrales. Los cambios de memoria asociados a la edad se deben a cambios producidos en los sistemas neurales de los que dependen las distintas memorias.

Las personas mayores se quejan con frecuencia de su memoria. Las quejas más frecuentes son cosas como “tener una palabra en la punta de la lengua”, “comprobar si hizo algo que tenía pendiente” u “olvidar dónde puso algo”.

La *memoria a largo plazo* puede ser de dos tipos:

- *Declarativa*: donde sus contenidos pueden traerse a la conciencia de forma voluntaria. Es de dos tipos:
 - Episódica: donde se registran hechos asociados a la propia experiencia que ocurrieron en un tiempo y lugar determinado. Se evalúa a través de pruebas de recuerdo y reconocimiento. Las personas mayores actúan peor que los jóvenes, sobre todo en pruebas de recuerdo.
 - Semántica: donde se almacena el conocimiento del lenguaje y del mundo.
- *Procedimental (implícita)*: se manifiesta a través de la práctica. Sus contenidos son inconscientes. Es un tipo de memoria que no se deteriora con la edad y se manifiesta a través de la percepción de unos estímulos que ya se presentaron anteriormente.

Por lo tanto, el envejecimiento de la población se considera algo así como un triunfo de la humanidad y la evolución a la vez que también supone un reto

al que debe hacer frente la sociedad actual, ya que unido al envejecimiento, también van las enfermedades neurodegenerativas.

El envejecimiento está asociado al deterioro cognitivo lo cual acarrea un per desempeño en ciertas tareas de la vida cotidiana como el recuerdo o la recuperación de información. Durante el proceso de envejecimiento se pierde la capacidad de realizar nuevos aprendizajes, aunque los efectos negativos de la edad pueden paliarse de alguna manera realizando ejercicio físico e intelectual además de contando con apoyos sociales.

Existe una gran relación entre la conducta que se asocia al deterioro cognitivo y como consecuencia de daños o pérdidas a nivel estructural del cerebro. Los procesos cognitivos que más se deterioran con la edad son aquellos relacionados con áreas cerebrales que más volumen pierden a lo largo de la vida.

Con el envejecimiento general de la población, también aumenta el número de demencias. La que más afecta es el Alzheimer, que se trata de un síndrome orgánico adquirido que llega a ocasionar con el tiempo un deterioro a nivel físico y cognitivo global.

2. Problemáticas de la Tercera Edad.

Ya nos hemos referido a dos problemas fundamentales bastante comunes cuando se llega a pertenecer a ésta población. La jubilación y ése “no sé qué hacer ahora con tanto tiempo libre”, y la familia y pérdida progresiva de seres queridos (cónyuge, amigos, etc...). Aparte están los inevitables problemas de salud (crónicos o no) que van apareciendo con el transcurso de los años (problemas de hipertensión, diabetes, cardiovasculares, respiratorios, osteomusculares, etc...). Pero la principal problemática llegada á vejez es sin duda mantener una buena **calidad de vida** a los largo de los años que quedan por vivir, ya que como se comentó en el punto anterior, hoy día la esperanza de vida es mucho mayor que hace décadas situándose en 85-90 años si no surgen complicaciones, por lo tanto, desde los 65 años, aún queda mucho por vivir, y la calidad de vida es fundamental de cara a poder disfrutar de éstos años.

2.1. La jubilación.

Está claro que el momento de la **jubilación** puede suponer un cambio traumático. Sin entrar a un debate inexistente y sin fundamento alguno, bien es cierto que en las generaciones que nos ocupan, y que, afortunadamente desde hace décadas a la actualidad, esto se ha paliado en las nuevas generaciones, pasando a ser igualitario, la mujer siempre ha tenido una vida dedicada al hogar, y el cuidado de la familia, por lo que no percibe el drástico cambio en cuanto a una reducción notable de su ocupación, a diferencia del hombre, que pasa de tener una jornada laboral de “x” número de horas, a contar con todo su tiempo totalmente liberado de responsabilidad, lo cual puede suponer el problema de “¿a qué le dedico el día?”. Esto, en muchos casos suele desembocar en fuertes depresiones, e incluso problemas físicos y de salud.

2.2. La familia

En cuanto a la **familia**, está claro que el rol desempeñado a estas alturas es muy distinto al rol desempeñado años atrás. Los hijos se emancipan y la persona se queda sola en casa viviendo en pareja, apareciendo lo que se conoce como “nido vacío”. En muchos casos, las personas mayores pueden llegar a sentirse totalmente inútiles para su familia, o incluso una carga, pero nada más lejos de la realidad, ya que las aportaciones que pueden realizar de cara a ayudar a la familia son bastante importantes, desde ayudar en el cuidado de los nietos, y servir como modelos, hasta aportar económicamente, algo muy común dados los tiempos que corren.

2.3. Calidad de vida. Dimensiones.

A continuación abordamos en el concepto de “**calidad de vida**” como uno de los grandes objetivos a alcanzar por las personas mayores, y cómo su falta acarrea multitud de problemas en las diferentes áreas de las que consta. Nuestro objeto de estudio ha sido precisamente investigar la valoración de las personas mayores acerca de su propia calidad de vida, concretamente en los centros residenciales.

Enfocaremos ésta problemática dividiéndola en 9 áreas/dimensiones que consideramos básicas de cara a obtenerla de manera óptima por las personas mayores, y que por tanto, son las que estructuran el instrumento elaborado que describiremos con profundidad en el capítulo que desarrolla la metodología de investigación. Serán las siguientes: **salud**, **funcional** (actividades de la vida diaria), **familiar**, **social**, **servicios** (en éste caso del propio centro residencial), **ambiental** (espacios físicos), **económica**, **psicológica**, **educativa**.

2.3.1. Salud

Comenzando con la dimensión de **salud**, la cuál es la más común al hablar de posibles problemas que se puedan presentar una vez que la persona llega a ésta etapa de la tercera edad. Se suele hablar de salud desde la perspectiva del modelo biomédico, desde el cual se considera la salud como la ausencia de enfermedad, estudiando y diagnosticando a ésta a través de un conjunto de posibles síntomas, y una vez diagnosticados seguir un tratamiento.

La principal diferencia entre la persona mayor y la joven es el deterioro de la salud de la primera (Levy, 1980), puesto que pertenece a un grupo de población que padece una mayor proporción de enfermedades, así como mayor vulnerabilidad a ellas. La prevalencia de las enfermedades crónicas entre las personas mayores es bastante alta. Se estima que alrededor de un 86% de las personas mayores de 65 años padecen al menos una enfermedad crónica (Kovar, 1983).

Por lo tanto, y visto el dato anterior, resulta bastante paradójico utilizar el concepto biomédico de salud entendida como “ausencia de enfermedad”, ya que el porcentaje de personas con alguna enfermedad crónica no recuperable es bastante alto, y es muy probable, y como se ha podido comprobar en nuestra encuesta al preguntarles acerca de su salud, muchos la perciben como buena, aún teniendo problemas.

Teniendo en cuenta esto, lo que hay que cuestionarse es, si el estado de salud de la persona, aún con problemas crónicos no recuperables, le permite funcionar adaptativamente dentro de su ambiente (físico, social, emocional). Un

estudio llevado a cabo por el Servicio de Investigaciones de Rhode Island (1977), manifestó, tras entrevistar a personas mayores de 65 años (un 60% padecían alguna enfermedad crónica), que sólo la mitad de ellos (un 30%) reconocía tener alguna limitación en su funcionamiento diario.

Sería mucho más preciso por tanto, analizar la salud en función de la movilidad, capacidad para desempeñar roles en su vida diaria, el auto-cuidado, las propias percepciones de la salud por parte de la persona, los juicios de valor acerca de su propia capacidad para vivir de forma independiente, etc.

Por lo tanto, lo importante a la hora de referirnos a la dimensión de salud, es ver el impacto que la enfermedad ocasiona a la hora de funcionar en un contexto determinado. Aún así, se debe seguir mirando la salud física en términos de condición física, diagnósticos, y sintomatología, uso de servicios médicos, percepción de la persona sobre su salud y consumo de medicamentos.

Es importante conocer algunos de los indicadores de salud física. El número de *enfermedades diagnosticadas*, puede conducir a error, ya que una sola enfermedad terminal de una importante severidad es mucho más perjudicial que un número mayor de enfermedades crónicas. La salud de alguien que padezca por ejemplo hipertensión y artrosis será mucho mejor que la que padezca cáncer.

El *dolor* y las *molestias* producidas como consecuencia de las enfermedades son indicadores de gran trascendencia en la vejez, aunque son bastante difíciles de medir. Las personas mayores suelen sufrir enfermedades crónicas dolorosas, como por ejemplo, la artrosis, y se presta más atención al tratamiento farmacológico a seguir, que al dolor que sufre la persona. Además, sufrir dolor puede llevar a producir problemas de comportamiento de otro orden. Se ha visto que el dolor, especialmente es que se producido con la artrosis supone una de las causas más frecuentes de insomnio en las personas mayores (Prinz y Raskind, 1978).

Otro indicador de salud es el *consumo de medicamentos*, aunque está bastante sesgado ya que depende del juicio y preferencias del médico, así como los ingresos económicos, la adherencia médica, etc.

Por último, está claro que la mejor *apreciación* de salud es la que realiza la propia persona. Es un indicador lo bastante interesante como para ser objeto de especial atención.

2.3.2. Funcional. Actividades de la vida diaria (AVD).

A **nivel funcional**, lo que influye sobre todo a la hora de referirnos a éste término son las actividades de la vida diaria (AVD). Es complicado definir la capacidad de funcionamiento real de una persona mayor si sólo nos fijamos en su salud general, ya que, aun siendo ésta problemática, no supone un indicador clave al 100% (aunque si cuenta con gran importancia). Existen ancianos que aún valiéndose por sí mismos presentan una serie de problemas de salud.

El término actividades de la vida diaria se usa para referirse a un conjunto de actividades cuya realización es necesaria para el auto-cuidado personal y el mantenimiento de una vida independiente. Cuentan con gran importancia en la vejez, aunque no lo son por igual en todos los casos ya que no es lo mismo el caso de un anciano-joven (65-75 años) que el de un anciano mayor (por encima de 75 años) (Neugarten, 1975).

Las actividades se dividirían en una serie de dimensiones, y serían las siguientes:

- *Actividades locomotrices*: ponerse de pie, caminar sin ayuda, uso de la silla de ruedas (traslado de la silla a la cama y viceversa), pasear, subir y bajar escaleras, caminar dentro de la residencia.
- *Aseo e higiene*: ir al baño sin ayuda, peinarse, afeitarse, limpiarse los dientes/dentadura), ducharse, lavar y secar las manos.
- *Vestirse*: ponerse la ropa, atarse los cordones de los zapatos, abrocharse, seleccionar la ropa a ponerse.
- *Control esfinteriano*: controlar vejiga y vientre.
- *Comer*: alimentarse sin ayuda, uso de cubiertos, beber de un vaso.
- *Orientación/confusión*: en tiempo (año, día, mes), persona (edad y nombre), lugar (dónde vive), personas más cercanas.
- *Comunicación*: capacidad para mantener conversaciones coherentes con otras personas, uso del teléfono, escribir cartas, aislamiento social.
- *Medicación*: responsabilidad de tomar la dosis correcta en el momento adecuado, no automedicarse.
- *Otros*: lavar la ropa, hacer la compra, hacer encargos, manejo de dinero, limpiar la casa/habitación, cerrar con llave...

2.3.3. Familiar.

Una de las dimensiones claves de cara a conseguir una calidad de vida óptima es la **familia**, que juega un papel básico. Los vínculos sociales son imprescindibles de cara a un proceso óptimo de adaptación a cualquier cambio, por ejemplo de entorno (pasar de vivir en casa a hacerlo en una residencia). Una falta de apoyos sociales (familia, amigos) puede desembocar en problemas de demencia, depresiones, ideas de suicidio, etc. Está íntimamente relacionado con una óptima calidad de vida, ya que la degradación social es totalmente incompatible con el bienestar físico y psicológico. La existencia y percepción de compañía incide de manera muy importante sobre la salud de la persona mayor que vive en una residencia y tiene efectos muy beneficiosos en su salud y bienestar.

La familia supone por sí mismo un proceso de socialización, y ayuda a desarrollar la identidad de la persona mayor a través de la comprensión, el afecto, la aceptación y el respeto. Aunque hoy en día las personas mayores han ganado en independencia respecto a la familia, juegan un importante rol en ella como veremos más adelante (aportaciones económicas, cuidado de nietos, etc...).

Y es que, uno de los mayores temores de las personas mayores es sentirse solos, por ello valoran tanto la atención y el cariño de su familia. Es muy importante de cara a la dimensión psicológica que veremos más adelante, y donde esa soledad puede acarrear aburrimiento, vacío, exclusión, y desembocar en una psicosis. La familia juega un papel fundamental cara a sus mayores ya que llega una edad en la que pueden sentirse “apartados” o suponerse una “carga”. Unida a ésa posible soledad que puedan llegar a sentir, están unidos otros aspectos, también problemáticos, como la fragilidad y vulnerabilidad bio-psico-social, inevitable con el paso de los años y donde la familia también debe jugar ése papel de cuidado de sus mayores. Es importante que la persona mayor se sienta necesitada y que existe un clima agradable con su familia, donde se dé una comunicación fluida, basada en el diálogo, el cariño y el afecto. Esto es muy importante sobre todo en la persona que está institucionalizada ya sea en residencia o en hospital.

Aparte de una mejora en la calidad de vida de la persona mayor, éste apoyo y cuidado por parte de la familia supone una importante ayuda de cara a elevar y mejorar la autoestima de la persona, así como generar competencias y dominio social.

Está claro, que en un contexto residencial que nos ocupa, la persona mayor tendrá los mejores cuidados posibles, pero esto no quita para que la familia esté pendiente de ella, y la haga partícipe para realizar planes,

excursiones, comidas, proyectos, etc..., siempre que su salud se lo permita. Es muy importante que la persona mayor se siga sintiendo parte de su propia familia a pesar de no vivir bajo el mismo techo ni en iguales circunstancias.

Continuando con el párrafo anterior, actualmente, fuertes redes familiares forman hogares, los complementan y hacen que funcionen, aún bajo distintos techos. Dichas redes proporcionan cuidados complementarios a los obtenidos en el propio hogar, y facilitan la integración y participación de la persona mayor en el ámbito familiar y social, permiten el acceso a información y recursos, y influyen en sus hábitos de vida y salud. A través de éstas redes cómo las personas mayores encuentran respuesta a cierta dependencia para ayuda material, y a una fuerte dependencia para cuidados. Estos apoyos se pueden dar viviendo bajo el mismo techo, a través de bienes materiales (dinero); o dedicando tiempo (asistencia, cuidados). (House *et al.*,1988).

2.3.4. Social/Convivencia

A continuación y de alguna manera, ligada a la dimensión familiar, tenemos la **social**, a través de la cual podemos ver la existencia o cantidad de relaciones sociales, la integración y participación social; la red social haciendo referencia a las características estructurales de las relaciones sociales; y el apoyo social propiamente dicho, esto es, las consecuencias positivas que para las personas tiene el acceso y mantenimiento de las relaciones sociales.

Únicamente con la existencia de relaciones sociales, la persona mayor no tiene garantizada la provisión de apoyo, ya que pueden existir algunas relaciones que lleguen a ser incluso amenazantes para ella y le generen problemas. El concepto de red social se refiere a un conjunto de características que permiten describir las relaciones sociales de una persona, mientras que el término **“apoyo social”** habla acerca de las funciones del apoyo social (apoyo emocional, ayuda económica o material, ayuda en tareas y actividades, etc...)

Existen estudios acerca del mundo social de la persona mayor, y de cómo modula su estrés, su funcionamiento diario y su salud. Tales estudios reflejan una gran relación entre el apoyo social y las enfermedades coronarias (Parkes y Pilisuk, 1981), o un menor número de síntomas depresivos y una mejor capacidad de afrontamiento. No es que el apoyo social reduzca el número de acontecimientos estresantes, pero sí que ayuda a proteger de cara a afrontar el estrés y disminuir la posibilidad de aparición de síntomas depresivos. También, desde la psiconeuroinmunología se ha demostrado que la existencia de redes de apoyo social influye sobre la mejora del sistema inmunológico de la persona. (Holliday *et al.*, 1984)

Es una etapa que se caracteriza por la “pérdida” de amigos y familia. Muchos de los acontecimientos vitales que ocurren durante estos años están relacionados con ello. Se reducen los contactos sociales, existen pérdidas económicas, se deteriora la salud, decrece el status social, y el nivel de autoestima.

Tales acontecimientos no sólo suponen estrés por sí mismos, además acarrear la pérdida de personas que disminuyen los recursos con los que cuentan las personas (Díaz Veiga, 1985). Si una persona mayor pierde a su cónyuge, también se ve afectado su círculo social, su economía, los recursos educativos, además de acarrear en muchos casos un importante deterioro físico (ya de por sí importante debido a la edad). Todos ellos están muy asociados al establecimiento y mantenimiento de relaciones sociales proveedoras de apoyo.

2.3.5. Servicios y programas.

En lo referente a la dimensión de los **servicios y programas**, hablaremos de ellos dentro del ámbito de los establecimientos residenciales y lo que pueden ofrecer de cara a satisfacer las necesidades de la persona mayor y su calidad de vida. Serían seis tipos de servicios los ofrecidos desde la residencia:

- Residenciales: alojamiento, manutención, lavandería, limpieza de dependencias, mantenimiento de instalaciones, servicio de información y recepción.
- Servicios socio-sanitarios:
 - *Atención médica*: atención a patologías y control de enfermedades crónicas. Medicina preventiva y educación para la salud.
 - *Cuidados de enfermería*: cuidados preventivos y de asistencia directa de cara a vigilar la salud y atención sanitaria del residente.
 - *Asistencia en AVD*: supervisión, ayuda y asistencia directa en las actividades básicas de la vida diaria en las que la persona mayor presente dificultad o incapacidad para valerse autónomamente.
 - *Fisioterapia*: atención en patologías con los recursos de la especialidad para la rehabilitación del síndrome invalidante.
 - *Terapia ocupacional*: atención integral a nivel individual y grupal de cara a facilitar el seguimiento con los modos de vida y conseguir el mayor grado de autonomía posible.
- *Atención psicológica*: promover el bienestar psicológico a nivel preventivo y asistencial, abarcando los distintos ámbitos de intervención: individual, grupal, familiar y ambiental.

- *Atención social:* a sus necesidades de desarrollo personal, relación e integración a través del trabajo individual/familiar de grupo y comunitario.
- -Actividades:
 - *Terapéuticas:* diversas terapias grupales de cara a potenciar las capacidades personales funcionales, cognitivas, afectivas y relacionales-
 - *Animación social:* de cara a la integración social y comunitaria de las personas mayores mediante su participación en actividades culturales, recreativas y sociales dentro y fuera de la residencia.
- Servicios complementarios: biblioteca, cafetería, comedor, lavandería, actividades, peluquería, podología, transporte, etc.

2.3.6. Ambiental

La siguiente dimensión que forma parte de una buena *calidad de vida*, sobre todo a nivel de centros residenciales es la **ambiental**, referida no a nivel socio-afectivo y emocional sino físico, a nivel de instalaciones y equipamientos con los que un centro residencial debe contar de cara a facilitar la movilidad y traslado de las personas mayores, proporcionándoles un mayor confort físico y psicológico, ya que supone autonomía y seguridad. Los objetivos a conseguir con esto son:

- Potenciar la autonomía física.
- Aumentar la seguridad psicológica.
- Respetar la intimidad individual.
- Fomentar las relaciones sociales.
- Facilitar la labor del personal en cuanto al desarrollo de sus funciones.

A *nivel externo*, cualquier centro de ésta índole debe disponer de: integración con el entorno, accesibilidad integral para personas con movilidad reducida, zonas ajardinadas en el propio recinto, relación con el exterior de manera que se pueda dar una relación intergeneracional. Materiales constructivos y decorativos que cumplan con su función específica, etc...

A *nivel interno*, los espacios deben permitir fluidez en la circulación así como facilitar la comunicación de los residentes, garantizar su seguridad, confianza y desenvoltura necesaria.

Como comentamos anteriormente, el ambiente físico debe ir destinado a una mayor autonomía física y seguridad psicológica de la persona mayor.

En cuanto a la primera, los factores encaminados a lograrla serían:

- Evitar caídas
- Paliar discapacidades disfunciones motoras, y
- Actuar sobre la reducción de las capacidades sensoriales.

Y en cuanto a la segunda, los factores serían:

- Proyectar espacios definidos e identificables que permitan compensar la desorientación espacial,
- Fomentar el contacto con el exterior y la naturaleza,
- Contar con lugares que permitan la privacidad necesaria, aparte de otros que potencien la interrelación y favorezcan las relaciones sociales y la vida en comunidad.

2.3.7. Económica.

La **economía** es una dimensión también importante, no sólo para las propias personas mayores, sino que es algo muy ligado a la sociedad. Dentro de la encuesta que hemos administrado, se hizo hincapié en la cuestión económica, a nivel particular, ingresos, gastos, opinión y percepción acerca de la situación económica de cada persona. Es una cuestión siempre polémica y controvertida ya que es difícil encontrar un nivel óptimo de satisfacción respecto a ello, y más en la gente mayor que suelen decir “mi pensión es bastante corta”, o en el caso concreto de las personas ingresadas en una residencia pública “nos quitan un porcentaje elevadísimo de nuestra pensión, y si no fuera por las pagas extraordinarias tendríamos muchos apuros”.

Las pensiones de jubilación, viudedad, invalidez, etc, dependen de un porcentaje de las cotizaciones realizadas, las cuáles rara vez superan al nivel de ingresos obtenidos durante el período de actividad laboral. Es preocupante para estas personas la pérdida que se genera. Según el informe *FOESSA 2008* las tasas de pobreza de las personas mayores superan la media de la población y son crecientes en el tiempo. El problema es mayor en las mujeres mayores viudas, más numerosas que los varones en ésta condición. Para ellas debe establecerse un nivel de pensiones mayor, ya que el actual es insuficiente para mantener la vivienda familiar, si los hijos aún conviven bajo el mismo techo, gastos de manutención y otros básicos

Pero, aparte de la cuestión económica a nivel individual, en la que ya que hemos obtenido datos y opiniones en nuestro estudio, creemos que es muy importante hablar acerca del gasto público que las personas mayores generan. Y es que el envejecimiento provoca un crecimiento del gasto público en el sistema de protección social. Según la OMS (2008), cada año un 2,3% de los

hogares sufre una catástrofe económica debido a los costes de la atención de la salud.

Queda claro que a mayor envejecimiento, aumenta el gasto sanitario, ya que las limitaciones orgánico-funcionales aumentan con la edad, así como el consumo de medicamentos. Las *consultas médicas*, las *hospitalizaciones*, los *ingresos en urgencias*, y el antes citado *consumo de medicamentos* ponen de manifiesto tal aumento del gasto sanitario público.

El sistema de seguridad social, que genera la mayor parte del gasto público, aumenta de forma creciente cuanto mayor es el envejecimiento. Éste sistema se basa en el reparto, esto es, que las pensiones y prestaciones se financian con cargo a las cotizaciones sociales de empresarios y trabajadores, aunque también las Administraciones públicas participan financiando las prestaciones contributivas.

Tenemos, aparte un aumento en el gasto en prestaciones hacia los servicios sociales, los cuáles no están dirigidos únicamente a personas mayores en situación de dependencia sino que tenemos un amplio catálogo de servicios para personas mayores autónomas, como la ayuda a domicilio, teleasistencia, servicios de proximidad domiciliaria, atención en alojamientos (residencias, pisos tutelados, centros de día...), programas y actividades destinadas a satisfacer sus necesidades e inquietudes de ocio, cultura, prestaciones de diverso tipo, etc.

2.3.8. Psicológica.

En cuanto a la dimensión **psicológica**, dentro de la encuesta administrada hemos hecho un mayor hincapié en la adaptación que la persona (a nivel individual) ha tenido desde que ingresó en la residencia. Está claro que la adaptación es una cuestión básicamente psicológica ya que el cambio que se produce en la vida de la persona mayor al cambiar de lugar de residencia es drástico y tiene que amoldarse a todo: nuevos espacios, nueva gente, nuevo ambiente, normas, separación en muchos casos de su familia, etc. Son muchos cambios que pueden afectar psicológicamente en caso de no adaptarse satisfactoriamente. Para explicar esto nos centraremos en el modelo Bio (fisiológico) Psico (psicosocial) y Social (ambiental).

A nivel fisiológico, está claro que la vejez acarrea cambios, sobre todo a nivel de posibles enfermedades que pueden padecerse, aparte de cambios sensoriales, disminución en la velocidad de respuesta, etc. Los problemas de salud pueden ocasionar efectos de dos tipos:

- *Directos*: sobre el funcionamiento cognitivo, por ejemplo en demencias.
- *Indirectos*: sobre el comportamiento, molestias ocasionadas por dolores crónicos o restricciones en la movilidad. Las enfermedades pueden acarrear una autopercepción negativa y baja autoestima (poco competentes).

Los cambios sensoriales causan una mayor incomunicación y una mayor restricción en cuanto a movilidad, lo cual hace más dificultosa la aparición de ciertas conductas, y por tanto, los refuerzos positivos asociados a ellas.

A nivel psicosocial, son importantes las pérdidas, menos recursos, actividades y contactos sociales. La jubilación se asocia a la disminución de recursos económicos y de participación social, aparte del decremento de satisfacción de vida y un incremento de problemas físicos.

Las pérdidas sociales también son importantes, (cónyuge, familiares, amigos), debidas a muertes, enfermedad, problemas de movilidad, traslados (cambios de residencia de los hijos, generalmente por trabajo). La pérdida del cónyuge por ejemplo puede tener consecuencias negativas en la salud física y mental, y incluso incrementar las tasas de mortalidad (Gallagher, Thompson, y Peterson, 1981). En definitiva, las pérdidas a nivel laboral y familiar, traen consigo una disminución de refuerzos necesarios de cara a mantener conductas apropiadas y reforzantes para la persona. La jubilación supone también la disminución de los recursos económicos, lo que a su vez acarrea consecuencias negativas.

Por último, a nivel ambiental, pueden producirse problemas procedentes del propio ambiente en donde vive la persona, que ocasionen alteraciones en su comportamiento. Existen estudios que lo corroboran. Lawton y Nahemow, (1973) vieron que las personas con problemas físicos en situación de riesgo sólo son capaces de afrontar pequeños cambios en su ambiente. Por otra parte, Scheidt y Windley (1985) determinaron cómo la existencia de barreras arquitectónicas en un barrio puede provocar una precaria salud mental.

Uno de los trabajos más conocidos de cara a conocer la influencia de las variables ambientales en el comportamiento habla de que las personas en situación de dependencia reciben más cuidados y atención que las personas autónomas. El medio social responde a las conductas de autocuidado dependiente de forma consistente, mientras que no ocurre así con las

independientes. Por tanto, la dependencia mostrada por las personas mayores es una forma de asegurarse una contingencia gratificante (sobre todo en residencias) en cuanto a la atención social. Esto suele ocurrir también en ámbitos familiares. (Baltes *et al*, 1985).

2.3.9. Educativa.

Por último, tenemos la dimensión **educativa**. Está claro que la terca edad es una etapa más en la vida, y por tanto, de desarrollo personal. El envejecimiento es una forma de evolución, crecimiento y desarrollo personal donde la experiencia tiene un papel clave.

Las personas mayores no son los que más saben (ellos mismos lo reconocen, y dicen de sí mismos que son los que más ignoran), lo cual obliga a la sociedad e instituciones a fomentar la formación que les permita un máximo ajuste y adaptación al ciclo vital en el que se encuentran, y les haga ganar en seguridad, capacidad de adaptación, y afrontamiento de las distintas situaciones. La educación por tanto supondría un medio para organizar y estructurar recursos y materiales que permitan conseguir la capacidad y preparación para la vejez, así como participar en la sociedad del ocio y del tiempo libre.

A través de la educación y la formación se facilita a la persona mayor a seguir viviendo dignamente dirigiendo su propia vida. Los programas educativos tienen el fin de lograr una educación integral de éstas personas. Deben ser actividades de cara a seguir una senda de crecimiento personal, y ¿qué mejor época de la vida que ésta? Es el momento de realizar cosas y actividades que por obligaciones, falta de tiempo o necesidades no pudieron realizar hasta ahora. Es una fase de desarrollo y crecimiento personal selectivo en el sentido de que pueden seleccionar aquello que más les gusta y les llene hacer y les haga sentirse satisfechos consigo mismos y su vida.

Las personas mayores deben disfrutar del ocio formativo, de aprender por el simple hecho de aprender, lo cual afirma su personalidad y le permite realizar algo que evite la disminución e ineficacia intelectual. Y es que las personas nos podemos seguir autorrealizando y llegar a la última etapa de la vida de forma creativa y siendo originales. (Blázquez Entonado, 2000,143)

3. Las instituciones y Centros residenciales de la Tercera Edad.

3.1. Concepto.

Se han ofrecido distintas definiciones de lo que es un Centro residencial, casi todas ellas desde el IMSERSO, pero la más completa, válida y la que mejor define actualmente un centro residencial la ofreció Rodríguez Rodríguez (1995), y viene recogida en el Libro Blanco de la Dependencia (IMSERSO, 2005b). Es la siguiente: "Centro gerontológico abierto de desarrollo personal y atención socio-sanitaria multi-profesional en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia..."

Podemos observar varias cosas dentro de ésta definición:

- Centro Gerontológico "Abierto", ya que se incluye dentro de los servicios sociales comunitarios y debe integrarse en el entorno urbano, así como interrelacionarse con todos los recursos de la zona, así como con los demás colectivos de la propia comunidad. El funcionamiento debe ser "hacia fuera", es decir, favorecer el contacto con el exterior siempre que sea posible, y también "hacia adentro", incorporando agentes externos, es decir, familia, allegados, personas voluntarias, etc. Debe ser un centro polivalente de recursos lejos de estar restringida de cara a la atención.
- Lugar de desarrollo personal y de vida, debe haber un proyecto vital para los residentes. Es muy necesario y tan importante como los cuidados que reciban las personas mayores. El proyecto vital, representa la forma global de acoger a la persona y las actividades organizadas alrededor de ella (Carrington *et al*, 1989). No lo debemos confundir como una actividad más dentro del centro como puedan ser los programas de intervención, la seguridad, la alimentación, la hostelería, etc. El proyecto vital trae consigo el desarrollo y crecimiento personal, y debe considerarse como prioritario dentro de las áreas y actividades de una residencia.
- Atención multi-profesional completa e integrada en un programa general de intervención. Es necesaria una buena atención gerontológica, con profesionales adecuados, formación específica y que trabajen en equipo desarrollando cada una de las disciplinas, pero de manera integrada y en torno a un plan general de intervención que debe ser conocido por todos los agentes involucrados (personas mayores, familias, plantilla de profesionales) e incluirse en el correspondiente reglamento que debe existir obligatoriamente en cada centro.
- Estancias temporales o permanentes. La residencia será concebida como un lugar en el que pasar temporadas (descanso familiar,

revisiones terapéuticas, rehabilitación. Atención socio-sanitaria derivada del hospital, enfermedad común de personas que viven solas, vacaciones, etc..). Las personas mayores suelen ser bastante reacias a ingresar en una residencia, y para paliar éste pensamiento, es necesario que comprueben por sí mismas los beneficios de acudir a ellas (al menos temporalmente). Con esto también ganan en tranquilidad en sus hogares ya que saben que en caso de ocurrir algo que les impida su vida autónomamente, tienen un buen lugar a donde ir y saber que están en buenas condiciones. Éste tema de las estancias temporales también es beneficioso para las residencias, ya que les reduce la carga que tienen en alguna temporadas, debido a que parte de la demanda de plaza se produce por los insuficientes apoyos de cara a la permanencia en el domicilio.

3.2. Tipología de residentes.

En principio podría pensarse que las residencias están destinadas a aquellas personas a las que les es muy complicado permanecer temporalmente o vivir en su propia casa.

Algunas personas o sus familias se plantean acudir a la residencia porque sufren una gran **discapacidad física** o un **deterioro cognitivo** importante. Otras porque su hábitat no les brinda las condiciones adecuadas a sus necesidades de apoyo y ni las posibles adaptaciones en su vivienda o los programas disponibles resolverían el problema. También habrá personas que al enviudar o haber desaparecido sus familiares más cercanos, unen sus dificultades para realizar las actividades de la vida diaria, un grado de aislamiento importante (apoyo social insuficiente, o escasas habilidades para las relaciones sociales). Todo esto hace referencia a las estancias permanentes.

Por lo tanto, no todas las personas que acuden a estos centros se encuentran en situación de dependencia sino que en muchos casos, es la única solución cuando los demás recursos comunitarios no pueden abordar sus problemas.

3.3. Objetivos que se persiguen con las personas mayores residentes.

Las personas que acceden a los servicios prestados por los centros residenciales buscan el logro, total o parcial, de los siguientes objetivos y es por ello que este tipo de instituciones trabajan por el logro de los mismos. Sin ánimo de ser excluyentes destacaremos los que son a nuestro modo de ver los más importantes:

- a) Dar la oportunidad de ejercer sus derechos como ciudadano así como más específicamente los contenidos en la carta de derechos del centro.
- b) Cumplir las obligaciones como residente.
- c) Elegir libremente el centro, tanto cuando ingrese como durante su permanencia.
- d) Respecto a su plan de cuidados, participar y opinar junto al equipo multidisciplinar que se ocupará de su caso.
- e) Poder participar en programas y actividades rehabilitadoras donde se pueda mejorar a nivel funcional y mental en la medida que le sea posible.
- f) Prevenir el aumento de la dependencia a través de programas, terapias y actividades adecuadas.
- g) Control y seguimiento de sus problemas (enfermedades, trastornos) detectados en la evaluación integral.
- h) Ofrecerle una alimentación equilibrada y variada.
- i) El ambiente deberá ofrecer confort, seguridad, limpieza, etc.
- j) Ofrecer la posibilidad de elegir entre diversas actividades (ocio, cultura, recreativas, etc) tanto dentro como fuera del centro.
- k) Mantener buenas relaciones sociales tanto con los demás residentes, como con la familia, y el personal. Se le procurará ayuda en caso de que surjan conflictos, o en caso de dificultad para socializar).
- l) Estimularle de cara a mejorar sus conocimientos y experiencias.
- m) Favorecer su creatividad y expresión con talleres y programas de ejercicios físicos.

3.4. Rasgos de la residencia ideal. (Carrington *et al*, 1989).

Todo centro residencial debe contar con una serie de características que favorezcan el bienestar de las personas y la obtención de una calidad de vida óptima, y en definitiva, un lugar donde vivir. Son las siguientes:

- Debe estar situada de manera que favorezca los vínculos y contactos sociales.
- Disponer de espacios íntimos que generen privacidad y donde poder tener sus objetos personales.
- Horario flexible (comidas, salidas, entradas, hora de levantarse y, etc...)
- Horarios amplios y también flexibles de cara las visitas así como espacios para favorecer las interacciones.
- Los costes por permanecer en el centro debe ser asumibles.
- Buenas instalaciones y equipamientos.
- Oferta amplia de servicios (cultura, ocio, entretenimiento...).
- Los trabajadores deben tener empatía y comprender los puntos de vista de los residentes, así como respetar la historia de su vida y gustos y preferencias personales.
- Los trabajadores deben dedicar tiempo al diálogo, paseo, juegos, etc, dentro de su jornada laboral.

3.5. Principios que favorecen la obtención de calidad de vida en el centro residencial.

Estos principios están dirigidos a las personas mayores y los programas y derechos que se dirigen a ellas, así como el tipo de atención que deben recibir. Toda intervención a desarrollar debe girar siempre en torno al cumplimiento de tales principios, que a continuación enumeramos:

- **Principio de autonomía y elección:** las personas residentes tiene el derecho a ejercer el control sobre su vida, tener libertad, para esto debe haber un reconocimiento sin coacción de las capacidades de las personas por parte del personal del centro.
- **Principio de participación:** ligado al anterior. Aún ingresadas en el centro, las personas mayores (incluso en situación de dependencia) deben poder seguir participando dentro de su comunidad, así como interactuar socialmente y lleva una vida personal a su propia elección. Deben tener además el derecho a estar presentes en las decisiones que se tomen acerca de los aspectos que vaya a afectar al desarrollo de su vida, así como a tener criterio y opinión sobre ello.

- **Principio de integralidad:** donde a la persona se la debe de considerar como alguien donde se da la interacción de aspectos biológicos, psicológicos, y sociales.
- **Principio de individualidad e intimidad:** todas las personas son iguales respecto a sus derechos, pero cada una es distinta a las demás, por lo tanto debe gozar del respeto a su intimidad.
- **Principio de integración social:** las personas mayores, por el hecho de estar ingresadas en un centro residencial no dejan de ser miembros de su comunidad con sus derechos, por ello, y aún en situación de dependencia deben contar con la posibilidad de interacción dentro de su entorno así como poder participar en la sociedad, y disfrutar de la cultura al igual que el resto de la población.
- **Principio de independencia y bienestar:** todas las personas mayores han de contar con el acceso a programas informativos-formativos dirigidos a prevenir la dependencia, así como a promover su autonomía e incrementar su bienestar. Ante casos de fragilidad y dependencia, tendrán el derecho al apoyo para su mejora y minimizar dichas situaciones de car al bienestar ante citado.
- **Principio de continuidad de cuidados:** de cara a las personas en situación de dependencia o fragilidad que tienen el derecho a los cuidados que sean necesarios de manera continua y adaptada a sus circunstancias.
- **Principio de dignidad:** las personas mayores tienen derecho al respeto a la diversidad y su propia dignidad, independientemente del estado funcional en el que se encuentren.

3.6. Diseño arquitectónico integral de los centros residenciales.

El objetivo principal de todo diseño a nivel de geriatría es contribuir a la mejora en la calidad de vida de los residentes. Esto se consigue a través del confort físico y psicológico de las personas otorgándoles autonomía física y seguridad psicológica.

De cara a los trabajadores, se crearán espacios que permitan aliviar su trabajo y garanticen la atención y vigilancia de los residentes. Además, se permitirá la intimidad, privacidad y solución de conflictos a través de espacios, y ambientes.

Estos centros residenciales cuentan con servicios comunes (manutención, limpieza, atención, y cuidados), enfocados para garantizar las necesidades de las personas mayores con diferentes grados de dependencia, permitiendo y fomentando así su autonomía (actividades de la vida diaria).

3.7. Organigrama arquitectónico-funcional.

Todo centro residencial que se precie debe seguir un programa de necesidades que sirva de base a sus funciones de alojamiento y atención integral de los residentes. A continuación se muestra un esquema de ejemplo de organigrama de servicios y funciones y cómo deben situarse dentro de cualquier centro residencial.



Figura 1: Organización Piramidal: disociación de funciones (Tomado de: Pilar Rodríguez Rodríguez, 2007)

La *organización espacial* debe desarrollarse horizontalmente, y a ser posible sin superar las tres plantas de altura, de cara a favorecer la percepción a escala humana y no diferir mucho de la imagen de barrio o pueblo y así humanizar aún más el centro.

En todo edificio residencial, que se precie, se deben diferenciar las zonas de *alojamiento*, en las que se genere la mayor intimidad y privacidad, de las zonas *comunes* donde se lleven a cabo los encuentros sociales y de tratamientos específicos. Deben estar diferenciadas pero a la vez unidas, a poder ser a través de espacios acristalados que permitan el contacto visual de cara al exterior (jardines, paseos, parque, etc...).

De cara a personas en situación de dependencia, y para favorecer su autonomía, se deben proyectar dos módulos residenciales distintos y separados:

- *Módulo genérico*: para residentes con discapacidades de distinta naturaleza, fundamentalmente físicas.
- *Módulo específico*: para personas con demencia y desorientación.

¿Qué se persigue con esto? Crear un espacio que ofrezca la capacidad de movimiento, para con ello disminuir la angustia y garantizar también la observación y vigilancia de los residentes.

3.8. Profesionales (perfiles y posiciones del cuidador)

Existen tres niveles de intervención, a su vez complementarios entre sí. Deben compartir conocimientos, estrategias y objetivos de trabajo. Para abordar íntegramente la realidad de la persona mayor, es básico y fundamental contar con la complementariedad de los distintos profesionales. Los tres niveles son:

- *Tecnocrático*: *medicina de familia, psicología, farmacología, y medicina especializada*. Son las profesiones que trabajan de cara a solucionar aspectos terapéuticos
- *Participativo*: *enfermería, terapia ocupacional, fisioterapia*. Profesiones que trabajan a partir de la definición de procesos de acompañamiento y de la toma de decisiones por parte de la personas con dependencia.
- *Asistencial*: *Trabajo social, educación social*. Profesiones o servicios que se dedican a paliar las dificultades cotidianas (asistencia directa y personal) y que desarrollan la capacidad de identificar necesidades y de realizar acciones de cara a paliar las situaciones a las que se dirige la atención.

3.9. Competencias de los profesionales

Por último, señalaremos, en 4 bloques las **competencias** que deben tener, desarrollar y/o potenciar los profesionales de cualquier centro residencial de cara a la realización óptima del trabajo con los residentes, sean o no dependientes.

- Características y capacidades físicas: aprovechar la fuerza física e incorporarla en las intervenciones técnicas; gozar de una buena salud en general y, en particular, del aparato locomotor y la columna vertebral; contar con un desarrollo óptimo de la motricidad necesaria para la atención personal.
- Características y capacidades sociales: receptividad social; tacto personal y social; capacidad de trabajar en equipo y colaborar con los otros; respeto a la manera de ser de los demás; aceptación de la diferencia; capacidad de comunicación, discreción/confidencialidad; interés por las relaciones interpersonales; responsabilidad.
- Características y capacidades emocionales: tolerancia a la frustración; control emocional; capacidad de distanciamiento de las situaciones.
- Características y capacidades psicológicas e intelectuales: capacidad de análisis y discriminación de situaciones prácticas; comprensión verbal y escrita; fluidez verbal; capacidad de organización práctica; capacidad de improvisación; creatividad aplicada a situaciones prácticas; predisposición para aprender nuevos conocimientos; disposición y capacidad de aplicar conocimientos e informaciones teóricas a situaciones prácticas; discreción y mantenimiento de la confidencialidad; tolerancia y saber distanciarse y controlar situaciones y problemáticas del usuario.

BLOQUE II: Metodología

4. Objetivos.

A través de nuestra investigación pretendemos alcanzar una serie de objetivos de cara al mantenimiento y mejora del funcionamiento del centro residencial

donde se ha llevado a cabo el estudio, y como consecuencia, de la calidad de vida de sus residentes. Los objetivos son los siguientes:

- Conocer el funcionamiento general del Centro Residencial.
- Conocer el nivel de satisfacción de las personas mayores residentes con respecto al funcionamiento del Centro.
- Conocer el nivel de satisfacción con la calidad de vida obtenida en el Centro.
- Valorar aspectos a mantener, y aspectos a mejorar dentro de la institución.
- Realizar propuestas (generales y a la institución) de cara a mejorar los aspectos que así lo requieran, tras el análisis realizado.

5. Diseño.

Desde el punto de vista metodológico, el presente trabajo se constituye como un estudio de observación basado en encuestas, dado que ha sido la utilización de cuestionarios el sistema utilizado para recabar la información necesaria para el logro de los objetivos inicialmente plantados. Del mismo modo este diseño de investigación puede tipificarse como *preordenado* ya que hemos seguido detalladamente las fases y los distintos procesos de una investigación, *selectivo* ya que hemos seguido una estrategia de recogida de información que nos va a permitir detectar la variabilidad en los niveles de satisfacción entre los sujetos. Por último se pretende que este trabajo sea igualmente de *medidas repetidas*, ya que está previsto que el estudio se replique durante los próximos años una vez que la institución reciba el informe ejecutivo con las valoraciones y propuestas de actuación y valore la pertinencia de continuar con la línea de trabajo diseñada y los instrumentos y procesos contruidos ah-doc.

La replicación del estudio, así como la muestra utilizada hará que éste obtenga dos puntos fuertes, en cuanto a consistencia en la investigación, así como en la validez de sus resultados que se obtengan.

6. Instrumentos

Como hemos comentando durante la fundamentación teórica, nuestro objetivo es “evaluar el nivel de satisfacción de las personas mayores en los centros residenciales”. Para ello, construimos un cuestionario semiestructurado (anexo 1) dirigido a personas mayores válidas residentes en la Residencia Mixta del E.R.A de Gijón. En la siguiente tabla mostramos la estructura del cuestionario, el cual se anexa en la parte final de la investigación.

Se han llevado a cabo multitud de análisis, entre ellos el Coeficiente Alfa de Cronbach, basado en el promedio de las correlaciones entre los ítems, que nos facilita información acerca de la *fiabilidad* del instrumento diseñado, es decir, hasta qué punto el instrumento que hemos diseñado cuenta con una buena consistencia interna. En nuestro caso, el Alfa de Cronbach nos aporta un resultado de 0,863, lo que nos permite afirmar que el instrumento tiene una buena consistencia interna.

Información	Dimensiones	Ítems	Escala de valoración
Cuantitativa	Salud	1-4	Escala tipo Likert 1-10.
	Funcional	5-7	
	Familiar	8-10	
	Servicios	11-14	
	Social	15-18	
	Ambiental	19-21	
	Psicológica	22-23	
	Educativa	24-27	
	Económica	28	
	Valoración Global	29-31	
Cualitativa	Observaciones y sugerencias de cara a complementar cada dimensión de manera subjetiva	Preguntas abiertas	Pregunta abierta
Variables de clasificación	Sexo, edad, estado civil, nivel educativo, nivel económico.	Autoclasificación sobre las categorías propuestas	

Tabla 1. Estructura del cuestionario.

7. Procedimiento/Aplicación.

El siguiente esquema representa los diferentes agentes que estuvieron implicados a lo largo de todo el proceso evaluativo cuyo objetivo general, como se ha destacado con anterioridad, es “**conocer el nivel de satisfacción de los usuarios en relación a la calidad obtenida en el centro residencial, así como el intercambio y trasvase de información entre dichos agentes**”.

- Equipo de investigación: diseña el cuestionario, analiza la información, elabora los informes, y comunica los resultados.
- Dirección del centro: encargada de realizar la planificación de las mejoras y/o el mantenimiento a realizar.
- Centro Residencial: lugar donde se llevarán a cabo las mejoras y el mantenimiento oportunos.
- Dimensiones de mejora y mantenimiento: de cara a la implementación del instrumento.

La *dirección del centro residencial* recibe una propuesta por parte del equipo de investigador acerca de la necesidad y oportunidad de trabajar de forma colaborativa en el diseño de un estudio cuyo objetivo general sería “*analizar el nivel de satisfacción con la calidad de vida*” percibida por las personas mayores usuarias de sus servicios. El *centro residencial* considera pertinente y viable el diseño y desarrollo de la investigación y se compromete a facilitar el acceso a la información necesaria y los permisos pertinentes para la aplicación del instrumento en los residentes que cumplan con las características definidas.

El *equipo investigador* está en contacto continuo con el *personal de implementación*. Llegados a la fase final, el *personal de implementación* administra el cuestionario, que ha elaborado junto con el equipo investigador. Una vez administrado el cuestionario a la muestra de personas mayores del centro residencial, se trasladan los datos al equipo investigador. Se vuelcan los cuestionarios y se analizan todos los datos a través de un procedimiento metodológico en función de la información recogida.

Para los ítems cuantitativos se procedió con el vaciado mediante lectura mecanizada para, después, realizar análisis descriptivos y diferenciales. De cara a las cuestiones de respuesta abierta, se llevó a cabo un vacío cualitativo, el cuál una vez obtenido, se organizó en dimensiones y categorías.

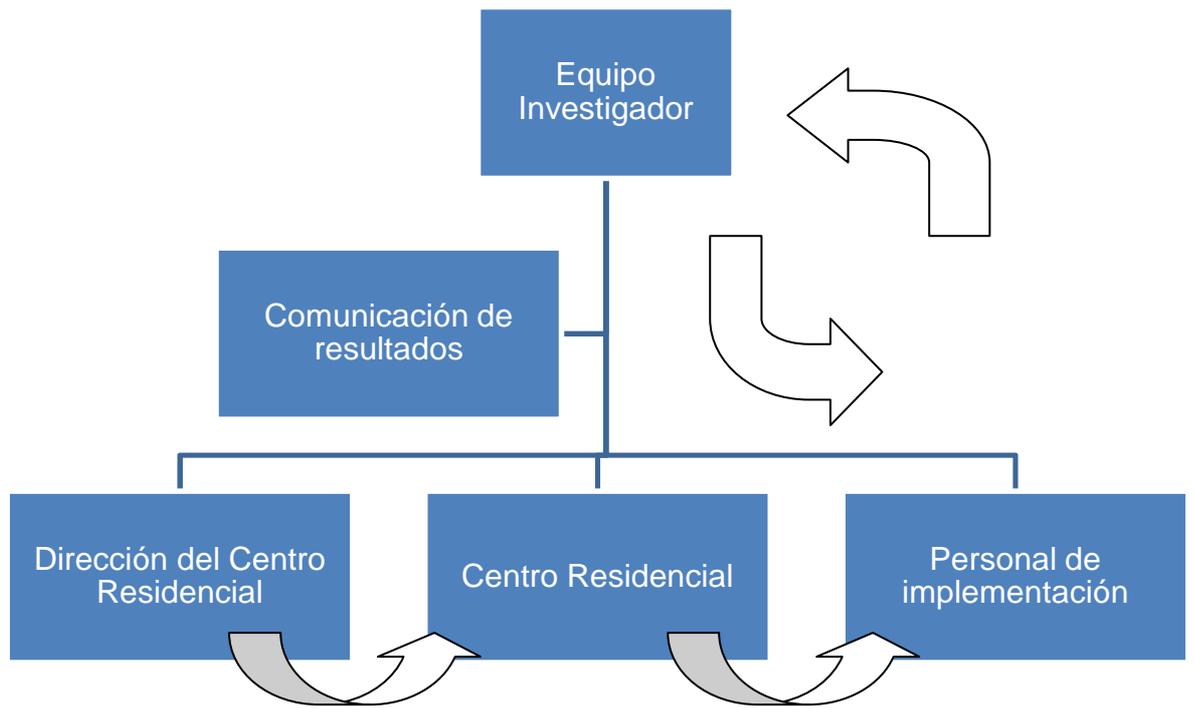


Figura 1. Agentes implicados en la evaluación y flujos de información que se establecen entre ellos)

En la siguiente tabla, se muestran los resultados de las frecuencias y los porcentajes obtenidos en el “**análisis cualitativo**” realizado.

Dimensiones	Categorías	Registro de frecuencias	Porcentajes	
Salud	Buena	12	25,5%	
	Buena con problemas	17	36,2%	
	Regular	10	21,3%	
	Mala	8	17%	
Funcional	Sin problemas	37	78,7%	
	Con algún problema	10	21,3%	
Familiar	Buena	36	76,6%	
	Mala	8	17,1%	
	No tiene familia	3	6,3%	
Social	Buena	14	29,7%	
	Mala	6	12,8%	
	Cordial	27	57,5%	
Servicios	Opinión favorable	46	97,8%	
	Opinión desfavorable	1	2,2%	
Ambiental	Opinión favorable	41	87,2%	
	Opinión desfavorable	6	12,8%	
Económica	Holgada	9	19,1%	
	Ajustada	31	66%	
	Mala	7	14,9%	
Psicológica	Costosa al principio	20	42,5%	
	Buena desde el principio	25	53,2%	
	Mal incluso ahora	2	4,3%	
Educativa	Buena percepción	39	82,9%	
	Indiferencia	8	17,1%	
IGS	<u>Categorías</u>	<u>Registro de frecuencias</u>	<u>Porcentajes</u>	
	Aspectos a destacar	Trabajadores	30	63,8%
		Otros	10	21,2%
		NS/NC	7	15%
	Aspectos a mejorar	Comida	23	48,9%
		Otros	7	15%
		NS/NC	17	36,1%
	Sugerencias	Ocio y cultura	4	8,5%
		Comedor	3	6,3%
		Otros	7	15%
		NS/NC	33	70,2%

Tabla 2. Análisis de las dimensiones a nivel cualitativo.

8. Participantes.

Con éste estudio pretendemos abarcar la población total de personas mayores con edades comprendidas entre 75 y 85 años, residentes en el Centro Público Residencial Mixto del Principado de Asturias perteneciente al E.R.A (Establecimientos Residenciales del Principado de Asturias) en el año 2013. Se pretende llevar a cabo dicho estudio durante los años posteriores. El total de los participantes en el estudio fue de 47. Lo ideal hubiese sido alcanzar el total de la población existente entre ese rango de edad, pero por diversas cuestiones no fue posible llevarlo a cabo, por lo que se tomó la decisión de tomar una muestra lo más representativa posible relacionada con las diferentes variables a tener en cuenta (edad, sexo, estado civil, nivel económico, y nivel educativo).

A continuación se muestra una tabla con los datos de la población total, la muestra elegida, y el porcentaje representativo.

Datos de la población/muestra (entre 75 y 85 años)	2013
Población total	53
Muestra	47
Porcentaje	88,67%

Tabla 3. Datos de la población/muestra.

A continuación iremos analizando la muestra en función de las distintas variables que hemos tenido en cuenta a la hora de construir el instrumento. Lo ilustraremos visualmente a través de gráficas. En función del sexo, observamos un claro predominio femenino, con un porcentaje del 57,44% (27) frente al 42,55% (20) de los varones.

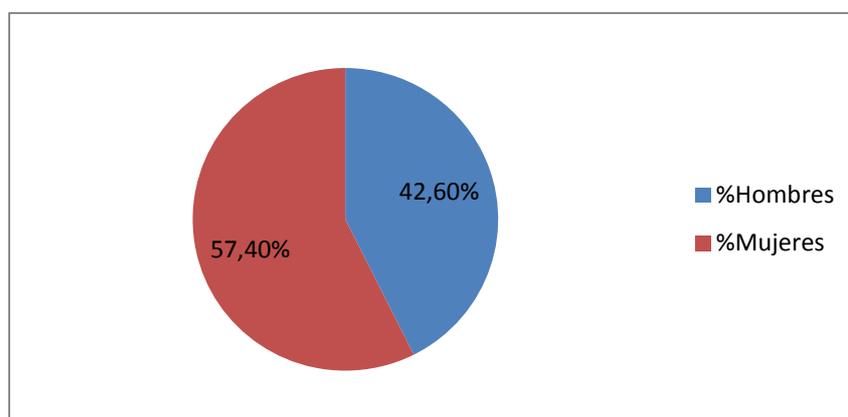


Figura 2. Distribución de la muestra por sexo.

En cuanto a la edad, vemos un mayor número de personas con 80 años (12,8%) y sobre todo con 84 años, con una frecuencia de 9 (19,1%) respecto a las demás edades, que cuentan con unas frecuencias claramente inferiores aunque bastante equitativas entre ellas, salvo alguna edad que se queda descolgada como la única persona con 75 años, que cuenta únicamente con una frecuencia de 1 (2,1%).

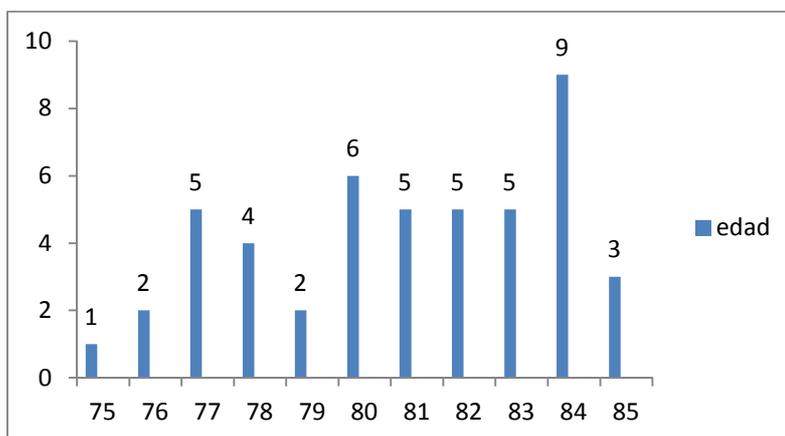


Figura 3. Distribución de la muestra por edad.

En referencia a la variable “estado civil”, se ve un predominio bastante claro de personas viudas, con un porcentaje del 59,6%, seguido muy de lejos por las personas divorciadas con un 25,5%. Quedan muy descolgadas las personas solteras (10,6%), y las casadas, con tan sólo el 4% de porcentaje total.

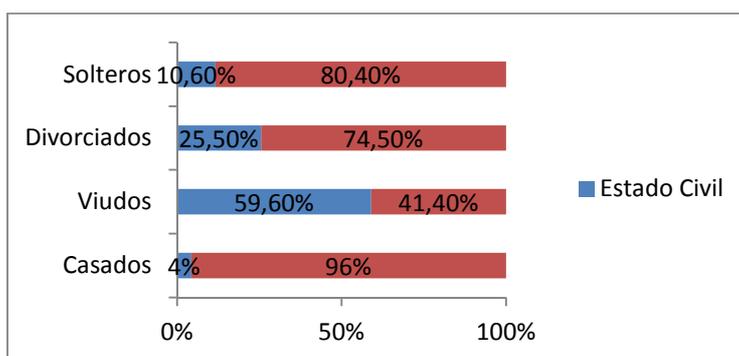


Figura 4. Distribución de la muestra por estado civil.

La variable “nivel educativo” también cuenta con un predominio bastante claro, en éste caso, las personas con un nivel de estudios básicos, con un porcentaje del 72,3%, muy por encima de las personas que cuentan con estudios medios (19,1%). Quedan por debajo las personas que cuentan con estudios superiores, lo cual era bastante previsible incluso antes de realizar el

estudio, y solamente un 4,3% de las personas encuestadas tuvieron oportunidad de obtenerlos.

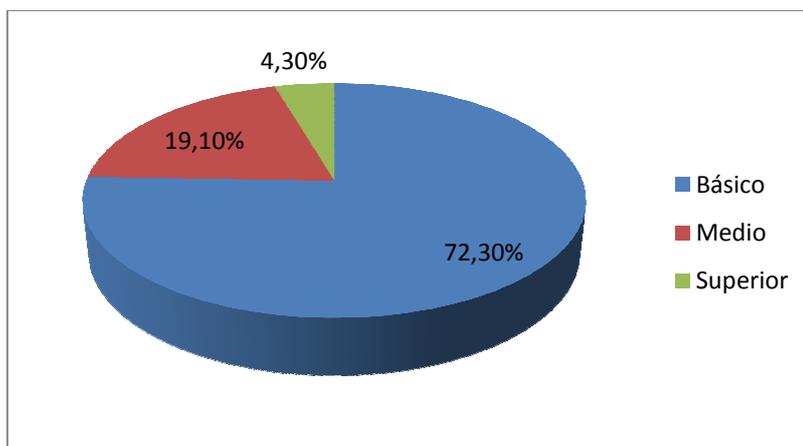


Figura 5. Distribución por niveles educativos.

Por último, veremos la variable “nivel económico”. Como sabemos, las personas mayores cuentan con ingresos a través del sistema de pensiones, en función de los años de cotización a la Seguridad Social, por tanto, existen diferencias. En éste caso, el mayor porcentaje de ingresos está entre los 500 y los 1000€ con un abundante 63,8% del porcentaje total (frecuencia 30). Muy lejano a esto, aunque también con un porcentaje importante, se encuentra la franja económica entre 0 y 500€ (27,7%, frecuencia de 13). Por el contrario, son muy pocas las personas que cuentan con unos ingresos más holgados, de entre 1000 y 1500€, tan sólo un 6,5% del total (frecuencia de 4).

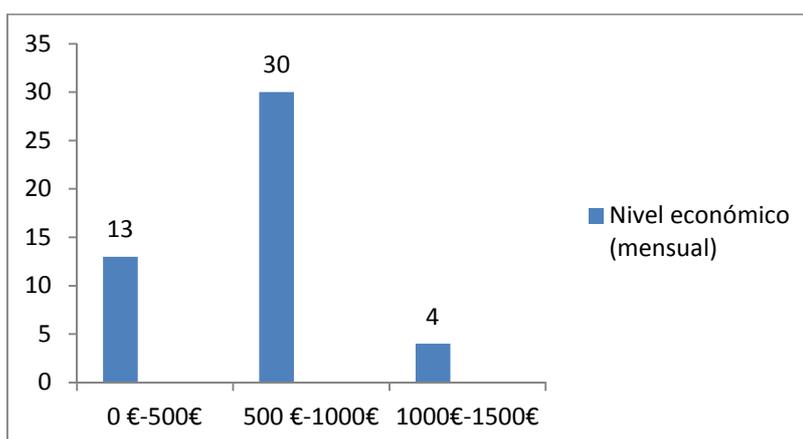


Figura 6. Distribución por niveles de ingresos mensuales.

Como podemos observar en la *tabla 4*, las respuestas obtenidas en cada uno de los tres ítems que formaron la dimensión son bastante homogéneas, obteniendo una puntuación media total de 7,55. Por lo tanto percibimos que, por lo general, las personas mayores están bastante satisfechas en éste sentido con la calidad de vida que obtienen en el centro residencial.

BLOQUE III: Resultados.

Con éste apartado iremos viendo los resultados que hemos obtenido a través del análisis de los datos e información que hemos recabado a partir de la administración de los cuestionarios. Lo ilustraremos de la manera más visual, clara y sencilla siguiendo la estructura que hemos utilizado a la hora de construir nuestro cuestionario, es decir, dividiéndolo en dimensiones. Hemos establecido a su vez la correspondencia entre las distintas dimensiones utilizadas en el análisis de los datos cualitativos y cuantitativos.

A continuación mostraremos tal correspondencia a través de la siguiente tabla.

Dimensiones Cuantitativas	Dimensiones Cualitativas
Salud	Consideración del estado de salud
Funcional	Capacidad para las AVD
Familiar	Percepción de la situación familiar
Social	Valoración convivencia en el centro
Servicios	Percepción de los Servicios del centro
Ambiental	Consideración espacios físicos
Económica	Valoración estado de su economía
Psicológica	Adaptación al centro
Educativa	Importancia a la cultura y educación
IGS	Aspectos a destacar, a mejorar, y sugerencias.

Tabla 5. Correspondencia entre dimensiones cuantitativas y cualitativas.

9. Resultados por Dimensiones.

A continuación analizaremos los datos de las diferentes dimensiones, primero desde una perspectiva cuantitativa atendiendo al resultado de las medias de los ítems, y luego desde una perspectiva cualitativa, analizando las respuestas ofrecidas ante las preguntas de carácter abierto de cada dimensión.

-Salud: recordemos que la muestra que hemos elegido es de personas válidas, por lo cual, era de esperar que su opinión a nivel cuantitativo fuera más bien positiva como así se ha visto reflejado en el cuestionario, donde la puntuación media obtenida entre los 4 ítems de la dimensión ha sido de un 7,53. Si observamos cada uno de los ítems por separado vemos que el ítem “estoy contento/a con el seguimiento que los servicios sanitarios del centro llevan sobre mis problemas de salud.” ha sido el más valorado con una media del 8,23 y una desviación típica de 1,118, mientras que el ítem “Mi salud es mejor

desde el día de mi ingreso en el centro.” obtuvo un discreto 6,15, con una desviación típica de 1,118. Vemos, por tanto que, la percepción de la salud de la que gozan se debe en buen parte al trato y cuidados que reciben por parte del personal sanitario del centro como podemos ver con el ítem “Siempre tengo algún profesional de referencia dentro del centro al que acudir ante cualquier duda o problema.” que cuenta con una puntuación de 7,74. La desviación típica de éste ítems se sitúa en 1,482. Por último, el ítem “Conozco perfectamente mi número de consultas médicas, el tratamiento que debo tomar, así como los posibles cambios que se produzcan en ellos.” Ha puntuado con una media de 7,71, muy próxima al ítem anterior, con una desviación típica de 1,657.

Salud	Media	Desviación Típica
Mi salud es mejor desde el día de mi ingreso en el centro.	6,15	1,853
Estoy contento/a con el seguimiento que los servicios sanitarios del centro llevan sobre mis problemas de salud.	8,23	1,118
Siempre tengo algún profesional de referencia dentro del centro al que acudir ante cualquier duda o problema.	7,74	1,482
Conozco perfectamente mi número de consultas médicas, el tratamiento que debo tomar, así como los posibles cambios que se produzcan en ellos.	7,71	1,657
Media de la Dimensión	7,53	0,870

Tabla 6. Dimensión Salud

Los datos de dispersión nos indican una mayor homogeneidad en las respuestas del ítem “Estoy contento/a con el seguimiento que los servicios sanitarios del centro llevan sobre mis problemas de salud.”, con respecto a los demás, lo cual deja a las claras la satisfacción global en éste sentido.

Destacar la notable puntuación media alcanzada por la dimensión y sobre todo el elevado nivel de acuerdo vista la desviación típica alcanzada por la dimensión (0,870)

En cuanto a la parte cualitativa de ésta dimensión, se puede observar cómo la percepción general de las personas mayores acerca de su estado de salud es bastante óptima, ya que así lo atestigua un alto porcentaje del 59,5%, aunque de ahí, un 34% tiene quejas por problema de salud, crónicos o no, muy comunes dada la edad en la que se encuentran. Dos ejemplos de respuesta indicativos de esto son: “Me encuentro bien en general. Me canso y tengo problemas de espalda, pero son cosas de la edad.” y “Estupendamente. No es

como cuando era chaval. Entré fastidiado, y aquí mejoré mucho.”. Es un porcentaje previsible ya que como sabemos, el estudio se realiza a personas residentes “válidas”, por lo que estos datos eran bastante esperados.

Por otro lado, tendríamos un porcentaje de 19,1% de residentes que tienen una percepción más bien regular de su estado, con respuestas como por ejemplo, *“Regular. Tengo algo de diabetes y me operaron de las caderas.”*, y un 17% que considera como mala su salud. Un ejemplo de respuesta a ésta última categoría sería, *“Mal, tuve operaciones de cadera, y tengo problemas en las piernas. También sufro de diabetes. En general no me encuentro muy bien.”*.

-Funcional: esta dimensión se refiere a la capacidad de la persona mayor para valerse por sí misma, es decir, las ADV (actividades de la vida diaria). Iría también un poco asociada a la dimensión anterior, ya que es una dimensión claramente referida al estado físico de la persona y su capacidad de realizar los movimientos necesarios del día a día.

Los tres ítems de ésta dimensión obtuvieron puntuaciones semejantes, siendo ligeramente superior el ítem *“Se me da libertad para realizar mis AVD siempre y cuando cumpla las normas y horarios del centro.”*, el cual obtuvo una puntuación media de 8,70, frente a los otros dos ítems *“El personal conoce perfectamente mis capacidades y limitaciones de cara a realizar mis Actividades de la Vida Diaria (AVD)”* y *“Soy capaz de valerme por mi mismo sin ningún tipo de ayuda del personal del centro.”*, que obtuvieron puntuaciones media de 8,53 y 8,40 respectivamente.

En cuanto a las desviaciones típicas tendríamos, un 0,749 en el primer ítem, un 0,687 en el segundo, y por último, un 1,056 en el tercero, lo cual, y en comparación con la dimensión de salud, nos indica una mayor homogeneidad en cuanto a las respuestas.

Funcional	Media	Desviación Típica
Se me da libertad para realizar mis AVD siempre y cuando cumpla las normas y horarios del centro.	8,70	0,749
El personal conoce perfectamente mis capacidades y limitaciones de cara a realizar mis Actividades de la Vida Diaria (AVD)	7,53	0,687
Soy capaz de valerme por mi mismo sin ningún tipo de ayuda del personal del centro.	7,40	1,056
Media de la Dimensión	8,55	0,686

Tabla 7. Dimensión Funcional.

Los datos que nos ofrecen las medidas de dispersión son claramente indicativos de que, por norma general, las opiniones se asemejan bastante entre el total de la muestra.

La dimensión nos da un dato muy indicativo de satisfacción tanto a nivel de puntuación media con un 8,55, como a nivel de dispersión, que nos indica la gran homogeneidad en cuanto a las respuestas de los residentes en éste sentido.

A nivel cualitativo, encontramos respuestas muy homogéneas ante ésta dimensión, con ligeras variaciones que nos hicieron dividirla en dos categorías, aunque bien podríamos haberla dejado en tan sólo una ya que un amplio 78,7% aseguraron valerse totalmente y sin problema por ellos mismos, mientras que solamente un 21,3% dijeron contar con ligeros problemas de cara a realizar sus actividades de la vida diaria. A continuación dos ejemplos ilustrativos de respuesta ante estas dos categorías:

-“Sí, no tengo necesidad de nada, y si la tengo, me atienden sin problemas.”

-“Bueno..., tengo problemas para caminar y levantarme.”

-Familiar: una dimensión muy a tener en cuenta en cuanto al bienestar psicológico de la persona, ya que la percepción de compañía y atención por parte de su familia es vital de cara a una calidad de vida óptima.

En ésta dimensión las puntuaciones también son aceptables, siendo el ítem más “aclarativo” de la dimensión “*Mi familia me visita con frecuencia.*” El que mayor puntuación media obtuvo con un 7,81, seguido de “*Considero adecuada e importante la integración y participación de mi familia en el centro.*”, con un 7,32, y un poco más alejado “*Mi familia está satisfecha con el trato que recibo en el centro.*”, con una puntuación media de 7,81.

Respecto a la dispersión de los datos, tendríamos unas desviaciones típicas de 1,568 en el primer ítem, 1,729 en el segundo, y 1,998 en el último.

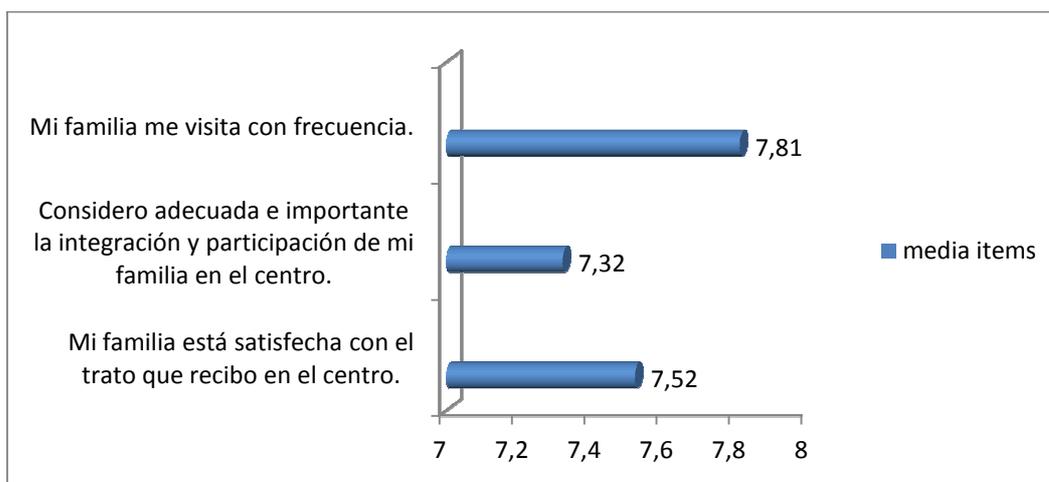


Figura 7. Dimensión Familiar (medias).

Familiar	Media	Desviación típica
Mi familia está satisfecha con el trato que recibo en el centro.	7,52	1,568
Considero adecuada e importante la integración y participación de mi familia en el centro.	7,32	1,729
Mi familia me visita con frecuencia.	7,81	1,998
Media de la Dimensión	7,73	1,029

Tabla 8. Dimensión Familiar.

Como podemos observar en la *tabla 8*, sobre todo en tercer ítem “Mi familia me visita con frecuencia.”, existen casos que hacen que las respuestas cuenten con una mayor heterogeneidad de lo habitual en comparación con otros ítems, por lo que podemos concluir casos sin familia, o con una mala relación.

La media de la dimensión nos indica que, en general, los residentes están felices con respecto a su familia, aunque sí que existen algunos casos donde la situación podría ser mejor.

Los aspectos cualitativos en cuanto a ésta dimensión nos indican unos resultados bastante satisfactorios en cuanto a la relación que las personas mayores tienen con sus respectivas familias, ya que una amplio 74,4% así lo asegura. Por otro lado, tan sólo un 14,8% están descontentos con su situación familiar, y únicamente un 6% no tiene familia. Veamos a continuación ejemplos de respuestas en éste sentido:

-“Sólo tengo un hijo, y aunque discuto mucho con él, mi relación es muy buena. Con mi marido muy bien, y vive aquí conmigo”.

-“Estoy divorciado, tengo siete hijos, pero no vienen a verme porque están con mi ex mujer.”

-“No tengo familia.”

-Social/convivencia: un dimensión también importante de cara al nivel de satisfacción, ya que contar con un buen ambiente social dentro del centro, y tener personas en quien confiar, buscar compañía, etc, es básico en estas edades donde la soledad acucia en muchas ocasiones, aunque también depende mucho del carácter de la persona.

Por los resultados se puede observar que las puntuaciones son ligeramente inferiores a las anteriores dimensiones vistas con una puntuación media total de 7,19. La puntuaciones entre los cuatro ítems de la dimensión son bastante homogéneas, variando ligeramente entre una media de 7,26 del ítem “No tendría ningún problema en el hecho de tener que compartir habitación, me parecería bien.”, y un 7,04 del ítem “Mi relación con los demás residentes es bastante cordial.”

En cuanto a los datos obtenidos referentes a las desviaciones típicas, tendríamos una desviación de 1,348 en el primer ítem, 1,327 en el segundo, 0,870 en el tercero, y por último, 1,674 en el cuarto.

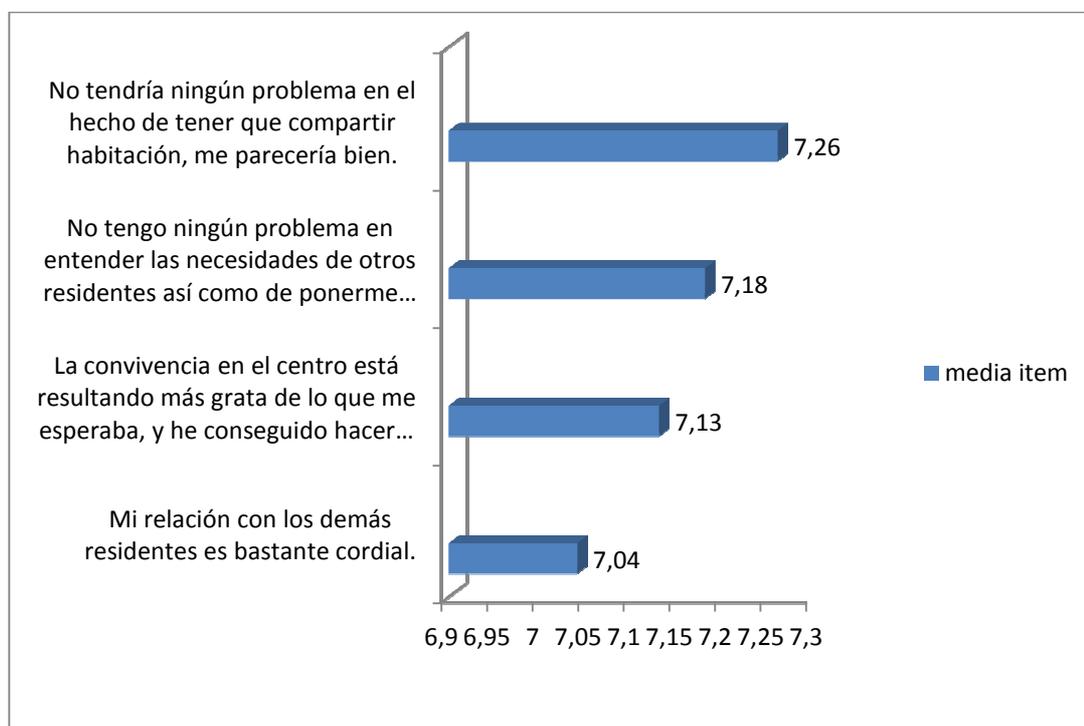


Figura 8. Dimensión Social/convivencia.

Social/Convivencia	Media	Desviación Típica
Mi relación con los demás residentes es bastante cordial.	7,04	1,348
La convivencia en el centro está resultando más grata de lo que me esperaba, y he conseguido hacer buenas amistades.	7,13	1,327
No tengo ningún problema en entender las necesidades de otros residentes así como de ponerme en su lugar ante cualquier problema que le pueda surgir.	7,18	0,870
No tendría ningún problema en el hecho de tener que compartir habitación, me parecería bien.	7,26	1,674
Media de la Dimensión	7,20	0,855

Tabla 9. Dimensión Social/Convivencia.

Apreciamos en la tabla 9, como los niveles de empatía de los residentes para con sus compañeros son bastante buenos, ya que el ítem “No tengo ningún problema en entender las necesidades de otros residentes así como de ponerme en su lugar ante cualquier problema que le pueda surgir.”, muestra una desviación típica inferior a uno, mientras que, como vemos, sí que podría haber ciertas reticencias a la hora de compartir habitación.

La dimensión nos muestra una puntuación media de 7,20, lo que deja a las claras que la convivencia es buena, pero que, como veremos a nivel cualitativo, sí que podría ser mejora, y esa es una opinión bastante generalizada como de hecho nos muestra la puntuación inferior a 1 de la desviación típica.

En ésta dimensión teníamos especial interés el observar las respuestas a nivel cualitativo, ya que era probable que difiriera de las respuestas de carácter cerrado de nivel cuantitativo como así ha resultado. Y es que, como veíamos a nivel de ítems, las respuestas referidas a la cordialidad en la convivencia dentro del centro residencial, aun obteniendo una puntuación notable, era la más baja en comparación al resto de ítems de la dimensión, y sin embargo, a nivel cualitativo, un 57,4% opina que la cordialidad es la nota que impera en la convivencia del día a día en el centro, frente a un 29,7% que opinan que es “buena”, y sólo un 12,7% que la perciben como “mala”.

Vemos ejemplos de las 3 respuestas a continuación:

-“Es buena, y los problemas, son por celos, envidias, criticas...”.

-“Hay de todo, hay gente maleducada, déspota y grosera. “

-“Hay de todo, depende de con quién. Cada cuál es como es, o tienen problemas de salud. Se complica todo, discusiones...”.

-Servicios y programas: es una dimensión bastante importante ya que buena parte del correcto funcionamiento del centro residencial depende de ellos, y por tanto, el bienestar y calidad de vida de las personas mayores residentes en él. Los distintos servicios y programas son llevados por trabajadores de distintas secciones y áreas del centro, y por lo que hemos podido observar durante la administración del cuestionario es que las personas mayores están muy satisfechas con todos y cada uno de los empleados, e incluso es lo que más van a destacar en las cuestiones más generales.

Por lo que podemos ver a merced de los resultados obtenidos, es que la percepción en éste sentido también es bastante óptima, obteniendo una puntuación media total de 7,78 y una desviación típica de 0,810.

En cuanto a los ítems, el más puntuado ha sido con un 8,50 el ítem *“Valoro en gran medida que desde el centro se guarde confidencialidad acerca de mi persona.”*, seguido a más distancia por *“Estoy plenamente satisfecho con el trabajo que realizan los distintos departamentos del centro (fisioterapia, terapia ocupacional, psicología, trabajo social, etc), y con los otros servicios, como limpieza, peluquería, cafetería, comedor, lavandería, podología, etc.”*, que obtuvo un 7,70. El ítem *“Estoy de acuerdo con los horarios, las normas, y las distintas actividades del centro.”* tuvo una puntuación media de 7,53, mientras que *“Pienso que en el centro se otorga un trato de igualdad sin discriminación por sexo, raza, ideología, religión, etc.”*, consiguió puntuar con un 7,29, ligeramente inferior a los demás.

Las desviaciones típicas de los ítems de ésta dimensión fueron las siguientes: 1,060; 1,209; 1,487; y 0,821.

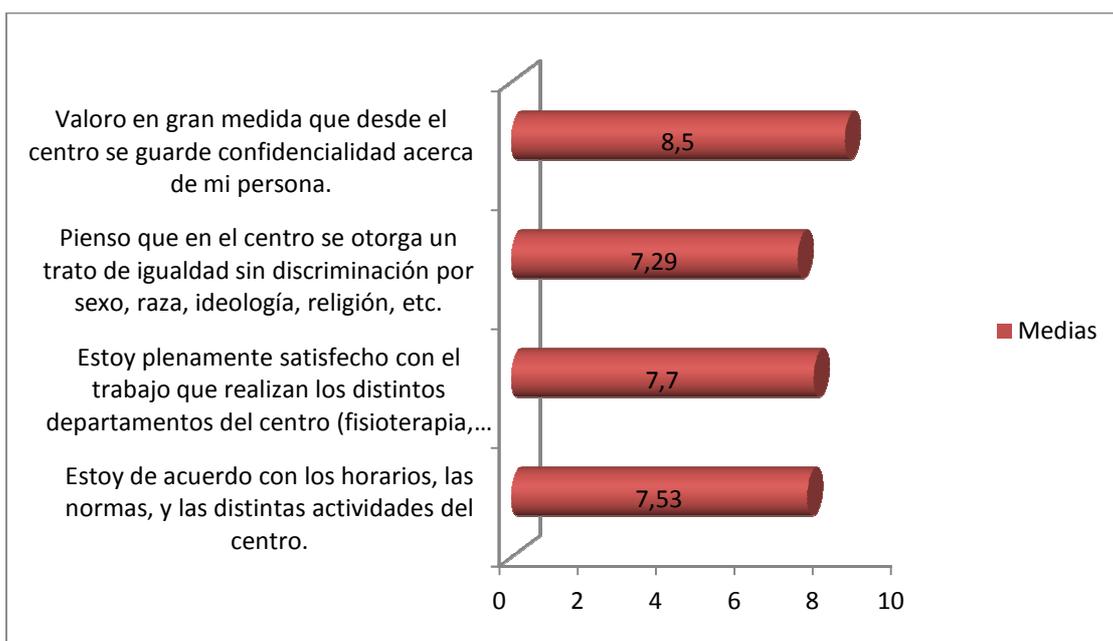


Figura 9. Dimensión Servicios y programas (medias).

Servicios y programas	Media	Desviación Típica
Estoy de acuerdo con los horarios, las normas, y las distintas actividades del centro.	7,53	1,060
Estoy plenamente satisfecho con el trabajo que realizan los distintos departamentos del centro (fisioterapia, terapia ocupacional, psicología, trabajo social, etc), y con los otros servicios, como limpieza, peluquería, cafetería, comedor, lavandería, podología, etc.	7,70	1,209
Pienso que en el centro se otorga un trato de igualdad sin discriminación por sexo, raza, ideología, religión, etc.	7,29	1,487
Valoro en gran medida que desde el centro se guarde confidencialidad acerca de mi persona.	8,50	0,821
Media de la Dimensión	7,78	0,810

Tabla 10. Dimensión Servicios y programas

Vemos, por tanto, un gran interés acerca de la confidencialidad y el secreto profesional de cara a las historias de vida de los residentes, y por lo general, satisfacción con los servicios del centro, y sobre todo con los empleados

La dimensión nos indica un buen nivel de satisfacción respecto a los servicios, así como una opinión bastante homogeneizada visto el bajo nivel de dispersión que muestra.

A nivel cualitativo, encontramos bastante homogeneidad en las respuestas, al igual que en la dimensión funcional. Ésta sería una dimensión referida a la percepción que las personas mayores residentes tienen acerca del personal de trabajadores de los diferentes servicios ofrecidos por el centro, y aparte de las respuestas en ésta dimensión, también podremos observar las opiniones a éste respecto en las preguntas generales del final, para confirmar aún más la opinión más que positiva que los residentes tienen en éste sentido. Y es que, podemos observar un porcentaje desmesurado de opiniones a favor, exactamente del 97,8%, frente a un ridículo 2,2% de personas que opinan al contrario, por lo que en general el trabajo del personal de servicios del centro está muy valorado por parte de los residentes, y sobre todo en cuanto al trato.

Los ejemplos referidos a ambas categorías son bastante clarificadores de lo dicho anteriormente:

-“Todo estupendo. Si no hacen más es porque no tienen más tiempo.”

-“Regular.”

-Ambiental/física: una dimensión referida a todo lo que tienes que ver con las instalaciones del centro, y como estas están adaptadas al tipo de persona residente en el centro. Adaptaciones de cara a mejorar la calidad de vida de las personas con deficiencias a nivel motor, cognitivo o sensitivo.

Los tres ítems de la dimensión obtuvieron puntuaciones notables, por lo que la percepción de los residentes a éste respecto es más que correcta, situándose los ítems *“Los distintos espacios del centro tienen todo lo necesario para compensar los posibles problemas físicos o discapacidades (motoras, sensoriales, etc...) que puedan surgir.”* y *“Los espacios íntimos (habitaciones, baños, etc...) están bien preparados de cara a su uso sin dificultades.”* Por delante con unas puntuaciones medias de 7,98 y 7,90 respectivamente, y con una media algo inferior del 7,68 tendríamos el ítem *“Los espacios comunes (salas de estar, comedor, etc...) son acogedores y me permiten mantener el contacto con otros residentes.”*

En cuanto a la dispersión de los datos obtenidos en ésta dimensión, tendríamos que el primer ítem se dispersa en 1,177, el segundo en 1,213, y el tercero en 1,000.

Ambiental/físico	Media	Desviación Típica
Los espacios comunes (salas de estar, comedor, etc...) son acogedores y me permiten mantener el contacto con otros residentes.	7,68	1,177
Los espacios íntimos (habitaciones, baños, etc...) están bien preparados de cara a su uso sin dificultades.	7,90	1,213
Los distintos espacios del centro tienen todo lo necesario para compensar los posibles problemas físicos o discapacidades (motoras, sensoriales, etc...) que puedan surgir.	7,98	1
Media de la dimensión	7,87	0.896

Tabla. 11. Dimensión Ambiental/Física.

Los resultados tanto de las puntuaciones medias como de la dispersión en cuanto a la dimensión, son indicativos de un buen nivel de satisfacción en éste sentido, y además de manera generalizada si observamos la puntuación de la desviación típica por debajo de 1.

Ésta dimensión, al igual que la anterior, también se dividió en dos categorías, por un lado, las opiniones favorables, y por otro las desfavorables, también igual que la anterior dimensión. Las primeras obtuvieron también un porcentaje importantísimo del 87,2%. Un ejemplo aquí sería: *“Estoy encantada, yo que tengo problemas para moverme, hay comodidades para todo.”* Las

segundas, por el contrario, obtiene un paupérrimo porcentaje de las respuestas, tan sólo un 12,7%, donde un ejemplo lo tendríamos en: “*En general, para mí no están bien ya que se necesita obra.*”

-Económica: ésta es una dimensión en la que a priori y sin analizar los resultados, se puede anticipar que las puntuaciones disminuirán respecto a las otras dimensiones del cuestionario, como así ha sido. Ya se comentó durante la fundamentación teórica que la economía en el ámbito de la tercera edad disminuye respecto a épocas anteriores, ya que las pensiones suelen ser en la mayoría de los casos inferiores a los sueldos percibidos durante los años de ocupación laboral. Si a esto le unimos la cuota a desembolsar mensualmente por residir en el centro (un 75% del total de la pensión), la cantidad de dinero del que dispone la persona disminuye notablemente, por lo que la percepción general de la mayoría de las personas que participaron en el estudio a éste respecto es de una situación bastante justa en cuanto a su economía.

Las puntuaciones medias de ambos ítems se sitúan de manera bastante pareja, siendo ligeramente superior la media del ítem “*Considero adecuada la cuota mensual a pagar por estar en el centro.*”, con un 5,84 y una dispersión de 1,511, mientras que el ítem “*Mi pensión es suficiente para afrontar los diferentes pagos y gastos del mes sin necesitar otro tipo de ayudas económicas (familia, amigos, servicios sociales, etc...)*” obtuvo una puntuación media de 5,72 y una desviación típica de 1,766.

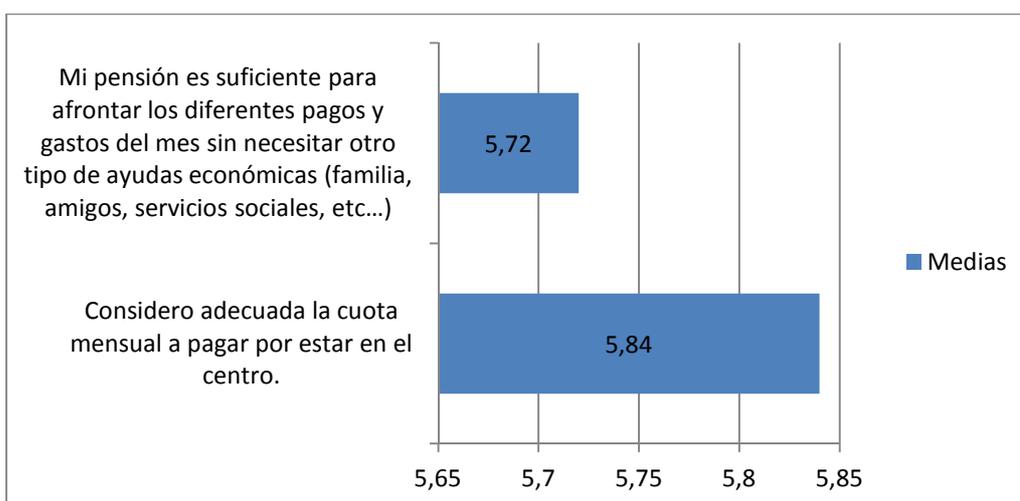


Figura 10. Dimensión económica.

Económica	Media	Desviación Típica
Considero adecuada la cuota mensual a pagar por estar en el centro.	5,84	1,511
Mi pensión es suficiente para afrontar los diferentes pagos y gastos del mes sin necesitar otro tipo de ayudas económicas (familia, amigos, servicios sociales, etc...)	5,72	1,766
Media de la Dimensión	5,77	1,419

Tabla 12. Dimensión económica

Podemos percibir cierta diferencia de opiniones a tenor de los datos de dispersión, los cuáles son indicativos de las opiniones respecto a las cuestiones económicas.

La dimensión deja muy a las claras una puntuación discreta si comparamos con las demás dimensiones, por lo que el aspecto económico en boca de los residentes podría ser muy mejorable.

A nivel cualitativo, obtuvimos unos resultados bastante esperables. Se dividió la dimensión en tres categorías: Situación “holgada”; situación “ajustada”; y “mala” situación económica.

La primera obtuvo un discreto porcentaje del 19,1%, muy alejado de la respuesta generalizada a favor de una situación económica “ajustada”, que obtuvo un importante 65,9%. La tercera (mala situación), obtuvo también al igual que la primera un discreto 14,8%.

Éstos son resultados esperados si atendemos a lo dicho durante la fundamentación teórica en la dimensión de economía., donde destacábamos que los ingresos una vez llegada la jubilación eran significativamente menores que durante la etapa laboral, y si a eso le sumamos el inmenso porcentaje (un 75%), que se descuenta de la pensión a cada residente, en los casos de una pensión pequeña, el dinero que les puede quedar hace que la situación sea bastante ajustada, por lo que ésta puede ser un explicación bastante plausible a dichos porcentajes.

Varios ejemplos de respuestas según categorías:

-“Es buena, al menos de momento.”

-“Tengo que mirar mucho por ello para poder arreglarme.”

-“Estoy “jodido” de dinero.”

-Psicológica: hemos tomado ésta dimensión desde el punto de vista adaptativo de la persona en el centro, desde su ingreso, y cómo se encuentra actualmente en éste sentido. Por lo que hemos podido comprobar, la percepción de los residentes acerca de su adaptación y bienestar actual en el centro residencial ha sido y es actualmente bastante óptima y se ve reflejado en las puntuaciones de los cuatro ítems que conforman ésta dimensión.

Al contrario que la mayoría de las dimensiones del cuestionario, aquí podemos observar diferencias entre los cuatro ítems, obteniendo puntuaciones sensiblemente superiores de 8,32 y 8,43 respectivamente los ítems “La decisión final de ingresar en el centro fue mía.” y “Acepté mi ingreso desde el principio, ya que lo consideraba la mejor opción, tanto para mí, como para mi familia.”. Por otra parte los ítems “No he tenido dificultades a la hora de adaptarme a todo lo nuevo del centro respecto a mi casa.” y “En general, siento bienestar (físico y anímico) desde que estoy en el centro.”, obtuvieron puntuaciones menores, con una media de 7,04 y 7,57 respectivamente.

Por otra parte, atendiendo a las puntuaciones obtenidas en función de la dispersión en las respuestas a cada ítem, observamos una desviación típica de 1,656 en el primer ítem; 1,485 en el segundo; 2,085 en el tercero; y por último 1,098 en el cuarto. Podemos apreciar una dispersión superior a los demás ítems del cuestionario en el tercer ítem, lo cual nos indica que ha habido casos donde a diferencia de otros, incluso actualmente están teniendo dificultades en éste sentido.

Psicológica (adaptativa)	Media	Desviación Típica
La decisión final de ingresar en el centro fue mía.	8,32	1,656
Acepté mi ingreso desde el principio, ya que lo consideraba la mejor opción, tanto para mí, como para mi familia.	8,43	1,485
No he tenido dificultades a la hora de adaptarme a todo lo nuevo del centro respecto a mi casa.	7,04	2,085
En general, siento bienestar (físico y anímico) desde que estoy en el centro.	7,57	1,098
Media de la Dimensión	7,84	1,226

Tabla. 9. Dimensión Psicológica/ Adaptativa.

Como podemos apreciar en la puntuación media de la dimensión, y en comparación con las puntuaciones de los ítems, vemos que la adaptación al centro por lo general es buena, aunque sí que es cierto que denota ese periodo más o menos corto de adaptación inevitable durante la primera época de estancia en la residencia.

Desde el punto de vista cualitativo, los resultados vienen a confirmar los resultados obtenidos cuantitativamente, ya que un 53,1% de las personas afirman no haber tenido problemas de adaptación, lo cual puede deducirse a nivel cuantitativo a través del ítem *“Acepté mi ingreso desde el principio, ya que lo consideraba la mejor opción, tanto para mí, como para mi familia.”*, aunque no en todos los casos. Un ejemplo aquí sería: *“Nada, muy buena, estoy muy contenta desde el primer día.”*. Por otro lado, tendríamos un 42,5% de la categoría “costosa al principio”, lo cual es bastante normal es un cambio tan drástico. Una respuesta para ejemplificar esta categoría sería la siguiente: *“Los primeros días un poco peor, pero en general bien. Esto es algo aburrido, pero bueno, estoy bien.”*. Por último tendríamos un 4,2% que no se acaban de adaptar al centro, incluso tras llevar años ingresado en él. Ejemplos como éste nos lo indican: *“Horrible, no se puede hablar con nadie, y a mí me gusta conversar. Me costó y me cuesta.”*

-Educación y cultura: una dimensión que se incluyó de cara a conocer las impresiones de los residentes en cuanto a las actividades culturales, de ocio y educativas planteadas por el centro de cara a su entretenimiento y crecimiento personal.

Por lo que pudimos observar durante la administración del cuestionario, y después analizando las respuestas es que la mayoría muestran escaso interés por estos aspectos, aunque valoran su existencia.

El único ítem que conforma la dimensión, *“Opino que desde el centro se fomenta la cultura y la educación de los residentes.”*, mostró como resultado una puntuación media de 6,89, lo cual deja muy a las claras que, aunque la percepción es positiva, el interés que muestran hacia ello no es algo “desbordado”. El mismo ítem obtuvo una desviación típica de 1,539.

Educación y cultura	Media	Desviación Típica
Opino que desde el centro se fomenta la cultura y la educación de los residentes.	6,89	1,539

Tabla 10. Dimensión Educación y cultura.

Atendiendo a la dimensión en su aspecto cualitativo, podemos observar que la mayoría ven con buenos ojos las actividades que se realizan en el centro a nivel socio-cultural, así como la existencia de distintas salas como la biblioteca o la sala de ordenadores, aunque no muchos hacen uso de ello.

Hemos dividido la dimensión en dos categorías: buena percepción, e indiferencia ante ello. La primera obtuvo un amplísimo 82,3% frente a un discreto 17,1% de personas que mostraron indiferencia hacia éstas cuestiones.

Con estos resultados podemos observar el buen trabajo desde el centro respecto a las cuestiones de ocio, cultura y tiempo libre de las personas mayores. Aún así, un alto porcentaje de los residentes contestaron que favorablemente, aunque no solían ser usuarios de ello, por lo que una posible estrategia de mejora sería una mayor promoción de las actividades que se proponen, así como ofrecer alternativas.

10. Resultados Globales de satisfacción. Indicador Global de Satisfacción (IGS).

Hemos construido un **Indicador Global de Satisfacción**, resultado de la media de todos los ítems del cuestionario, excluyendo el relativo “En general, mi valoración del Centro es...”. Éste ítem nos muestra el sentir general de los usuarios de una manera general.

El **IGS** obtiene los siguientes valores 7,44 con una desviación típica de 0,539, lo que nos da a entender que el nivel de satisfacción con la calidad de vida que los usuarios obtienen por residir en el centro es notable, y destacar también el gran acuerdo existente entre todos los usuarios a éste respecto, ya que así nos lo indica la medida de dispersión, que por otra parte, es la más baja de todo el cuestionario.

A nivel cualitativo hemos hecho una división en categorías y subcategorías de cara a una extracción más estructurada de la información obtenida. Tendríamos por tanto una primera con “*aspectos a destacar*”, donde las respuestas han ido encaminadas hacia: “*trabajadores*”, “*otros*”, y “*NS/NC*”; una segunda categoría con “*aspectos a mejorar*” en la que encontramos respuestas encaminadas hacia: “*comida*”, “*otros*”, y “*NS/NC*”; y por último una tercera dedicada a “*sugerencias*”.

Dentro de la primera categoría, ha quedado clara la opinión generalizada de cara a los aspectos que más destacan los residentes, y so los trabajadores del centro y el trato que dan a la persona mayor. Ha obtenido por tanto un

amplio 63,8% de las respuestas en ésta categoría. Por otra parte, la subcategoría “otros” obtuvo un 21,2% y encontraríamos respuestas un poco más generales de satisfacción sin entrar a concretar, salvo excepciones, y por último, personas que no ha querido contestar a ello, con un 14,8%.

En cuanto a la segunda categoría de “aspectos a mejorar” la respuesta con mayor porcentaje fue la referente a la “comida” con un 48,9% de las opiniones, muy por encima de la subcategoría “otros”, que obtuvo un discreto 15%. Un importante 36,1% decidieron no contestar a ésta cuestión

Por último, en referencia a la categoría “sugerencias”, a la mayoría de las persona (un 70,2%) no se les ocurrió nada, al menos en el momento de la entrevista, y hubo opiniones minoritarias, acerca de cuestiones referentes a “ocio y cultura” (8,5%), “comedor” (6%), y “otros” (14,8%).

La cuestión básica a la que queremos llegar y en la que se basa nuestro estudio, es conocer el nivel de satisfacción que tienen las personas mayores respecto a la calidad de vida que obtienen en los centros residenciales. Para ello, hemos creado la dimensión General, la cual contiene tres ítems que nos pueden dar a conocer las impresiones que tienen las personas a éste respecto.

General	Puntuación Media	Desviación Típica
Estoy satisfecho/a con el funcionamiento del centro.	7,60	1,097
Considero óptima la calidad de vida que se intenta conseguir desde el centro respecto a los residentes.	7,62	1.033
En general, mi valoración del centro es...	7,43	1,264
Puntuación Media total	7,54	1,050

Tabla 11. Índice General de Satisfacción.

Como podemos observar en la *tabla 11*, las respuestas obtenidas en cada uno de los tres ítems que formaron la dimensión son bastante homogéneas, obteniendo una puntuación media total de 7,54. Por lo tanto percibimos que, por lo general, las personas mayores están bastante satisfechas en éste sentido con la calidad de vida que obtienen en el centro residencial.

Por lo que vemos en los datos de dispersión, la homogeneidad es la nota predominante, y por lo general los niveles de satisfacción con la calidad de vida que tienen los residentes son bastante aceptables.

BLOQUE IV: Conclusiones y propuestas de mejora

11. Conclusiones y reflexiones.

En cuanto a la **dimensión de salud**, a tenor de los resultados, y conociendo de antemano que el experimento iba dirigido a personas mayores “válidas”, podíamos adivinar lo que a posteriori pudimos comprobar, es decir, por normal general, la percepción que las personas mayores tienen acerca de su salud es óptima dentro de los problemas típicos de las edades que manejábamos, en donde los problemas crónicos como por ejemplo la diabetes, la artrosis, u otros problemas físicos, van apareciendo inevitablemente a medida que los años van avanzando.

Todas las dimensiones que hemos estudiado son importantes a la hora de comprobar la percepción de la calidad de vida que reciben las personas mayores en un centro residencial, pero está claro que la salud es el eje principal a la hora de medir lo que pretendemos. Si la persona sufre de graves problemas de salud, la percepción acerca de su calidad de vida disminuirá notablemente, es algo obvio que en el caso de la muestra elegida apenas ocurre debido a su condición de “válidos”.

Otra cuestión a comentar es la percepción subjetiva que cada persona tenga acerca de su estado de salud, ya que hay personas que, teniendo problemas, perciben su salud como óptima, probablemente por haber sufrido anteriormente problemas muchos más graves como puede ser un cáncer o un ictus cerebral, y sin embargo, otras personas que con los años tienen problemas crónicos, sin haber previamente algo de mayor gravedad, perciben su salud como “no tan buena” e incluso “mala”.

A nivel **funcional**, en referencia a las actividades de la vida diaria, podemos concluir algo que va paralelo a la dimensión de la salud, e incluso los resultados hablan de una mejor percepción de las personas mayores en el manejo de las actividades del día a día respecto a su propia salud, la cual, en caso de ser problemática, no les impide realizar sus tareas cotidianas. Aspectos tales como limpiar sus habitaciones aún teniendo personal del centro que lo haga, tener libertad para entrar y salir del centro en cualquier momento, cosas como el cuidado personal, a nivel comunicativo, etc.

Es básico, de cara a una óptima calidad de vida, que una persona pueda valerse por sí misma sin tener que depender de otras personas, ya sean familiares, o personal del centro. Poder gozar de autonomía para realizar las tareas diarias con total libertad de movimientos, por tanto, influye notablemente en la percepción que las personas mayores tienen acerca de su satisfacción con su calidad de vida.

En referencia a la tercera dimensión, la **familiar**, hemos visto, que, salvo escasas personas, por lo general, se tiene una buena percepción acerca de la situación familiar actual. Es muy importante contar con el apoyo de la familia, sobre todo a nivel afectivo-emocional, percibir que se cuenta con ella ofrece seguridad a la persona de cara a una mejor adaptación al centro, e incluso también, una mayor capacidad de afrontamiento de problemas de todo tipo, ya sea de salud, económicos, o de convivencia dentro de la residencia.

Muchas de las personas con las que se realizó éste estudio, a la hora de administrar el cuestionario, hacían referencia continua a distintos miembros de su familia, y cómo estos les visitaban con bastante frecuencia. Quedaba a las claras pues, la importancia que para ellos tenía dicho aspecto.

Como pudimos adelantar en la parte teórica del estudio. Es muy importante que la persona mayor se sienta parte de su familia aún sin vivir bajo el mismo techo. Es importante que la familia mantenga contacto frecuente, e incluso cuenten con ellos de cara a tomar decisiones importantes, acudir a pedirles consejo, que obviamente y por la larga experiencia pueden ofrecer, e incluso también, que les hagan partícipes de viajes, excursiones, nuevas experiencias, etc. Todo esto aporta infinidad de beneficios a la persona mayor, a todos los niveles, tanto físico, intelectual, emocional, etc.

La cuarta dimensión, hacía referencia a los aspectos **sociales**, y sobre todo de **convivencia** dentro del centro. Pudimos observar a través sobre todo de las cuestiones a nivel cualitativo (aparte de a nivel cuantitativo, donde la puntuación media resultó ser ligeramente inferior a las anteriores dimensiones), cómo la percepción a nivel de convivencia en la residencia, es simplemente cordial, traduciéndose dicho término en la mayoría de los casos, y cito textualmente en ejemplos como: “Hay de todo, depende de con quién. Cada cuál es como es, o tienen problemas de salud. Se complica todo, discusiones...”.

Está claro, que los conflictos en cuestiones de convivencia son inevitables, ya que cada persona, y más en edades avanzadas, tiene su manera de ver, entender, y hacer las cosas, y toda la vida han vivido de una determinada manera. El hecho de llegar a una residencia implica seguir ciertas normas de convivencia con otras personas totalmente desconocidas, que provienen de contextos totalmente distintos, económicos, sociales, laborales, etc. El más mínimo detalle puede generar conflicto de mayor o menor gravedad.

Hemos observado que muchas de las respuestas ofrecidas hacían referencia a una preferencia de la persona por pasar desapercibida y alejarse de posibles problemas que pudieran surgir, los cuales suelen ser frecuentes a tenor de las respuestas dadas. También la existencia o no de conflictos depende mucho de cada persona, ya que las hay que van incitando a ello, mientras otras prefieren mantenerse muy al margen.

Dentro de los conflictos que se puedan o no generar, también hay que hacer referencia a los apoyos sociales con los que cuenta la persona mayor dentro de la residencia. En muchos casos, siempre había alguna persona con la que se tenía una mayor afinidad. Es muy importante en éste contexto contar con alguien con quien mostrar un apoyo mutuo que permita afrontar las situaciones del día a día y a su vez ofrezca compañía y conversación, algo muy importante en éstas edades.

La siguiente dimensión a estudiar fue la referida a los **servicios** ofrecidos por el centro. Podemos concluir observando los resultados, y su escasa variabilidad en cuanto a las respuestas, que, por lo general, la satisfacción es bastante elevada a éste respecto. Durante la administración del cuestionario a la muestra, muchas de las personas se mostraban muy agradecidas a trabajo del personal del centro, y cómo gracias a ellos, todas sus necesidades quedaban cubiertas a diario.

Es importante que un centro residencial de éstas características funcione debidamente para ofrecer a éstas personas los mejores servicios para su máxima comodidad y conseguir con ello, y junto a las demás dimensiones, una calidad de vida lo más favorable posible.

Destacar por otra parte, las referencias que las personas mayores hacían cuando se les preguntaba acerca de éstos aspectos. La mayoría aludían al trabajo del personal de limpieza del centro, y no sólo a su labor tanto en espacios comunes y en las habitaciones, sino también al trato que les otorgaban en los pequeños momentos del día a día en que coincidían. Puede parecer con lo anterior, que su percepción acerca de los servicios del centro queda limitada a lo que acabamos de señalar, pero con esto se comprueba una vez más cómo estas personas llegan a percibir tan positivamente el trato agradable por parte de cualquier persona, y más de un empleado cuyo trabajo se podría quedar limitado a una labor específica.

Por supuesto que las personas mayores perciben los demás servicios como importantes, y a la vista están los resultados. Servicios de una atención más personalizada como fisioterapia, psicología, asistencia social eran bastante valorados aun sin haber acudido a ellos en muchos casos, o habiéndolos necesitado en alguna ocasión. También servicios más dedicados a

la comunidad como la peluquería, la cafetería, lavandería, podología o el comedor, se observa un nivel de satisfacción importante. Todos ellos, por tanto, contribuyen a obtener una calidad de optima bastante satisfactoria.

En cuanto a la dimensión **ambiental**, que hace referencia básicamente al entorno físico, tanto interno como externo del centro residencial, instalaciones, espacios comunes, no comunes, zonas ajardinadas, etc. Es muy importante que la persona mayor se encuentre satisfecha con las condiciones físicas del entorno en el que reside, y sobre todo si cuenta con problemas físicos, sensoriales, cognitivos que le impidan moverse con total libertad, el cual no es el caso en la gran mayoría de las personas de la muestra escogida, aunque si hubo alguna excepción con dificultades de movilidad.

A la hora de administrar el cuestionario, y como se ha podido observar a la hora de analizar las respuestas tanto a nivel cuantitativo como cualitativo, las impresiones de la mayoría de la muestra fueron muy positivas.

Es muy importante que las personas mayores perciban su espacio como seguro y acogedor, y que sepan, que el centro cuenta con las instalaciones necesarias en caso de que surjan problemas de cualquier índole. Esto también es contribuir a una buena calidad de vida.

La siguiente dimensión, la **económica**, intuíamos que los resultados obtenidos estarían bastante por debajo en comparación a las demás dimensiones, como así ha sido. Durante la fundamentación teórica ya se avanzaba acerca de las posibles dificultades económicas que acarrearía la jubilación debido a la reducción de salario en comparación con las ganancias obtenidas durante los años de actividad laboral. La mayoría de las personas encuestadas han pasado a lo largo de toda su vida por bastantes dificultades a nivel económico, y no es una cuestión de la que hablen habitualmente desde un punto de vista optimista.

Hemos podido comprobar, ya no sólo a la hora de analizar los resultados, sino durante la administración de los cuestionarios, las continuas quejas a la escasez económica que sufren la mayoría, en muchos casos debido al importante porcentaje que el E.R.A les descuenta de su pensión para poder ocupar una plaza en la residencia. De todas maneras, y a pesar de las dificultades y escasez, hemos podido comprobar, sobre todo en las respuestas a nivel cualitativo, que la mayoría se “arreglan”, o “van tirando” con lo que les queda.

Una dimensión crucial a la hora de obtener una óptima calidad de vida es la **psicológica**. En nuestro estudio, hemos querido enfocar ésta dimensión atendiendo al nivel de adaptación de la persona al centro desde su ingreso, e incluso actualmente.

Por los resultados obtenidos tanto a nivel cuantitativo como cualitativo, podemos concluir unos buenos niveles de adaptación a todo lo que supone un entorno totalmente nuevo para la persona, ya sea a nivel físico, como social. Está claro, que un ingreso siempre supone trastocar la vida de una persona, ya que se desprende de una parte importante de su vida, de su hogar, de sus iguales, y deja de vivir bajo el mismo techo que su familia. Su espacio físico íntimo cambia radicalmente, así como las normas existentes, ahora ateniéndose a las de una residencia, donde tiene que respetar y compartir espacios comunes, así como ciertas normas de convivencia para con otras personas, ya sean residentes o trabajadores.

Destacar el alto porcentaje a nivel cualitativo que han tenido dificultades de adaptación ya fuera al principio de su ingreso, e incluso actualmente. Expresiones textuales como: “A lo primero me costó un poco. Ahora ya muy bien.”, dejan esto muy a las claras.

Queda claro pues en éste sentido que, aun realizando un gran trabajo a nivel institucional de cara a favorecer y facilitar la adaptación a nivel psicológico de cada persona a la hora de ingresar y durante sus primeros días/semanas/meses, el simple cambio de contexto, en muchas ocasiones ya le genera unos niveles de estrés más o menos importantes, también dependiendo de las circunstancias personales de cada caso, es decir, si a una persona no le queda otro remedio que ingresar, probablemente porque ya no pueda vivir sola a pesar de valerse por sí misma, y su familia, normalmente por imposibilidad laboral no pueda hacerse cargo, lo más lógico es ingresar en una residencia. Muchas personas con tales circunstancias son muy conscientes de ello, y así lo han hecho saber en el momento de la administración del cuestionario.

Otra cuestión es que la persona lleve una vida placentera a nivel social, familiar y económico, y por circunstancias, ajenas o no a ella, deba ingresar en la residencia, y en éstos casos las dificultades de adaptación puedan acrecentarse.

La última dimensión que hemos estudiado y analizado ha sido la referente a la **cultura, el ocio y la educación**.

Por los resultados obtenidos, la conclusión que podemos extraer es que, aun considerando éstos aspectos como interesantes, importantes, y constructivos, por unas y otras cosas, las personas mayores de nuestro estudio apenas hacen uso de ello.

Como reflexión ante ésta dimensión, hay que decir que para contribuir a una óptima calidad de vida, es importante mantenerse no sólo a nivel físico, de salud, cognitivo, y emocional, sino que también, el hecho de mantenerse activo intelectualmente contribuye enormemente.

Tras estudiar, analizar, extraer resultados y conclusiones, y reflexionar acerca de lo obtenido en cada dimensión individualmente, y cómo cada una por sí misma contribuye en mayor o menor medida a obtener una óptima calidad de vida en la persona mayor que reside en un centro residencial, decidimos crear un índice aparte, que unificara toda ésta cuestión, y nos diera una percepción más general y concreta del nivel de satisfacción.

Con los resultados tanto a nivel cuantitativo como cualitativo que nos ha ofrecido el **Índice General de Satisfacción (IGS)**, podemos concluir que la percepción que tienen las personas mayores acerca de la calidad de vida que obtienen al estar ingresadas en el centro residencial es óptima, aunque bien es cierto que podría haber un margen de mejora, el cual se puede dar a través de las propuestas de mejora, comentadas en el siguiente punto.

12. Propuestas de mejora para la Institución.

De cara a mejorar, mantener y optimizar el funcionamiento de la institución residencial, todo de cara a favorecer una buena calidad de vida en los residentes, y tras analizar los resultados obtenidos a través de nuestra investigación, proponemos una serie de alternativas, ideas, o consejos en algunas de las dimensiones estudiadas de cara a conseguir nuestro objetivo.

Es evidente que en alguna de las dimensiones, como por ejemplo, la referente a la **salud**, o la **funcional** (actividades de la vida diaria) es complicado establecer criterios de mantenimiento y mejora ya que, por una parte, en lo referente a la salud, según avanza la edad, los problemas (crónicos o no) y la ingesta de medicación es prácticamente inevitable, aparte de que el trabajo por parte del servicios médico de la institución se podría calificar de impecable (impresiones recogidas tanto por profesionales de los demás servicios como de los propios residentes). Por otra parte, a nivel funcional, queda claro, que al ser una muestra perfectamente válida, a pesar de los problemas que puedan tener, se observa por los resultados que el funcionamiento en ésta dimensión es más que óptimo.

A continuación veremos qué dimensiones son al menos en un principio las que pueden generar ese margen para la mejora o mantenimiento.

12.1.- Dimensión social

-Programa para facilitar y crear las redes sociales entre las personas mayores institucionalizadas: es importante ayudar al anciano a crear una red de apoyo social dentro de la institución, ya que su red primaria de apoyo, es decir, familia y amigos, se va mermando con el paso de los años, y una vez ingresado en el centro, con todo lo que ello conlleva, lograr establecer una red de apoyo, tanto con profesionales como con otros residentes es de vital importancia. Con éste programa se pretende lograr:

- Aumentar la red de apoyo actual.
- Es importante la creación de nuevas redes de apoyo, ya que con ello la persona mayor gana en autoestima, y favorece el bienestar tanto propio, como de los demás residentes y profesionales, de cara también a favorecer un buen clima de convivencia.

¿Cómo lograr llegar a tales objetivos? Para ello debemos introducir una serie de cambios:

- El primer paso debe ser que la persona conozca la institución como paso previo a su ingreso, esto facilitaría las cosas ya que la persona se

formaría una idea muy precisa de lo que se va a encontrar una vez ingrese en el centro, haciendo así menos traumático el ingreso.

- Crear grupos de residentes. Esto se haría pasado un tiempo, en el cuál se conocería a la persona. El objetivo aquí sería crear el grupo con personas de manera de ser y de pensar semejante, de cara a un buen entendimiento y convivencia futura.
- Hacer partícipe a la persona mayor dentro de su comunidad. Es importante que la persona mayor se sienta útil, esto mejorará su bienestar, autoestima, y por consiguiente su calidad de vida. Establecer nuevos vínculos con otras instituciones a través de su experiencia previa.

12.2.- Dimensión familiar.

A pesar de ser una dimensión donde nos hemos encontrado resultados y sensaciones satisfactorias, al igual que en las demás dimensiones, siempre existe un margen de mejora. Tal margen de mejora iría enfocado hacia cuatro áreas donde suelen aparecer problemas con el paso de los años como son: la salud (física, y mental); los hijos, con problemas en sus vidas, a nivel sentimental, laboral, etc; adaptación a los cambios socioculturales y sociales que han ido acaeciendo a lo largo de las últimas décadas; acuerdos para facilitar el entendimiento entre las reglas de sistema familiar y las propias creencias de la persona mayor.

Las líneas a seguir de cara a trabajar ésta dimensión serían las siguientes:

- Ofrecer a la familia una alternativa o salida de cara a tomar las decisiones correctas para con el anciano.
- Es muy importante contar con la persona mayor. Conocer muy bien su estado físico, su capacidad sensorial, cognitiva y emocional. La familia debe conocer todo esto de cara a contar con un realidad ajustada acerca de la persona mayor. Se busca con esto normalizar una situación más o menos compleja, y reducir así posibles episodios de ansiedad que sólo empeorarían las cosas.
- Ofrecer a la familia un modelo a seguir en cuanto a facilitar la toma de decisiones.
- Actuar sobre aquellos miembros de la familia que cuenten con una mayor implicación respecto a la persona mayor, ya que éstos por norma general suelen tener los recursos y el poder en éste sentido. Con ésta/s persona/s se establecerán las metas propuestas.
- De cara a actuar con la persona mayor, las familias deberán seguir ciertas reglas: disponibilidad y compromiso; ajustarse a la realidad de

cara a ofrecer la ayuda más eficaz posible; y utilizar un lenguaje semejante al del anciano.

12.3.- Dimensión servicios

Por lo observado a través de los resultados tanto a nivel cuantitativo, como sobre todo a nivel cualitativo, podemos comprobar la enorme satisfacción con la gran mayoría de los servicios, y hemos podido apreciar con clara nitidez qué servicio “cojea” de manera más homogénea entre la muestra de residentes del estudio. El servicio de comedor.

Hubo quejas de todo tipo a éste respecto, desde el personal de comedor (cocineros, camareros, etc), hasta la calidad de la comida, la manera de cocinarla, la cantidad, la temperatura de los alimentos, e incluso la calidad de la materia prima con respecto sobre todo a épocas anteriores donde parecía que el servicio era más óptimo.

Resulta bastante complicado establecer una mejora en éste sentido, sobre todo debido a los recortes que están acaeciendo actualmente, y que influye a todos los niveles. Más complicado resulta aún si cabe, llevar a cabo una mejora a nivel de una institución tan grande, y con tantos residentes, donde tanto los horarios como los menús están claramente fijados, también con la intención de mantener un orden y una organización adecuada.

Una propuesta de mejora adecuada en éste sentido, aun siendo muy complicada llevarla a cabo en una institución tan grande como ésta, sería la de individualizar la dieta, sobre todo para aquellas personas donde sea primordial de cara a favorecer su salud.

Para llevar esto a cabo, los profesionales deben contar con conocimiento y formación en cuanto a criterios nutricionales y alimentarios en estas edades, además de conocer los factores que más influyen, de cara a favorecer la nutrición de la persona y con ello, su calidad de vida.

La comida es imprescindible de cara a obtener una calidad de vida aceptable, y se debe conseguir que la dieta a nivel individual, y dentro de los límites establecidos a nivel médico, sea gustosa y atractiva para la persona, ya que una mala predisposición ante los alimentos mal prestados, o poco atractivos a su ingesta, puede provocar niveles preocupantes de desnutrición y por consiguiente, riesgos para la salud de la persona.

El hecho de individualizar la dieta en las residencias es habitual y frecuente, pero como ya hemos adelantando, en una institución tan grande, es mucho más complejo.

12.4.- Dimensión económica

Fue una dimensión en donde pudimos encontrar unas puntuaciones mucho más bajas en comparación con las demás, algo que ya presuponíamos desde un principio.

La institución donde llevamos a cabo la investigación pertenece al E.R.A (Establecimientos Residenciales del Principado de Asturias). Para permanecer en el centro, a cada persona se le descuenta un porcentaje del 75% de su pensión, independientemente de cuanto sean sus ingresos mensuales.

A la hora de administrar el cuestionario, asistimos a muchas quejas a éste respecto, y bajo nuestro punto de vista subjetivo, un 75% es un porcentaje altísimo, y más teniendo en cuenta que se aplica independientemente de la cantidad de ingresos mensuales de la persona, es decir, le descuentan lo mismo a una persona que reciba la pensión mínima (0-500 €) que a alguien cuyos ingresos sean superiores a 1000 €.

Sería complicado llegar a lograr una mejora en las condiciones económicas en éste contexto, ya que la imposición de los precios está a cargo de un organismo público, pero sí que se podría enviar una propuesta de ajuste y mejora atendiendo a las peticiones de los residentes.

Nuestra mejora consistiría en realizar una modificación en cuanto a la cantidad descontada en función de los ingresos de cada persona. Atenderíamos a las diferencias de ingresos que previamente establecimos en la variable "nivel económico". La propuesta sería la siguiente:

-0-500 €: 40%

-500-1000 €: 50%

-1000-1500 €: 65%

Comentar también, la dificultad que supone ajustar éstos porcentajes, ya que con ellos se cubren los gastos de todos los profesionales que trabajan para la institución, por tanto es una cuestión bastante compleja que requeriría un estudio mucho más profundo.

12.5.- Dimensión psicológica

Como ya hemos visto en el cuestionario, hemos enfocado esta dimensión haciendo hincapié en la capacidad de adaptación de la persona al nuevo entorno. Un cambio de residencia, y por tanto espacios, entorno, gente, hábitos y costumbres siempre es complicado y puede acarrear problemas a nivel psicológico.

Hemos visto que los resultados a ambos niveles (cuantitativo y cualitativo) nos indican que por lo general, la adaptación al centro es bastante buena, aunque sí que es verdad que en muchos casos, durante los primeros días/semanas/meses la sensación era cuanto menos extraña. Dadas las impresiones que recogimos, consideramos que el funcionamiento de la institución en éste sentido es óptimo, por lo que a continuación comentaremos varios aspectos ya existentes en éste sentido de cara a mantener ésta faceta de manera eficaz.

La primera idea para paliar éste posible problema ya la comentamos en la propuesta de mejora de la dimensión social, y es que la persona, días previos al ingreso conozca todo lo referente a la institución, de cara a formarse una idea realista de lo que se va a encontrar, y facilitar así el ingreso y la adaptación durante los primeros días.

Durante los primeros días se le otorga a la persona mayor una atención especial, y se hace lo posible porque esos días sean lo más agradables posibles para ella. Se hace mucho hincapié a la familia y los amigos de cara a que visiten con frecuencia a la persona, y no sólo para esto, sino también de cara a compartir actividades con ella.

Se le recibirá en el despacho de la persona encargada de su acogida, y ésta intentará siempre conocer cómo se siente, sus impresiones, opiniones, estado anímico. Todo acerca de su ingreso en el centro y su adaptación al nuevo entorno. Se la administra una entrevista semiestructurada en la cual se recogen datos personales e historia de vida, además de preguntas de cara a crear un clima de empatía y confort para la persona. A continuación se le facilita un contrato de régimen interno y consentimiento informado para que lo lea y firme con calma, y siempre con la opción de preguntar cualquier duda que le surja.

Es básico crear un clima de empatía y asertividad, ya que es un momento delicado en la vida de la persona mayor, y pueden aflorar muchos sentimientos y emociones por lo que debemos tener un grado de permisividad importante ante tales conductas.

Se le enseña todas las instalaciones del centro, y se hacen las pertinentes presentaciones de los residentes y profesionales con los que

compartirá su vida en el centro, para, por último acompañarle a su habitación donde dejará a su gusto todos los objetos personales que desee. Es importante que en éste proceso la familia o amigos acompañen al nuevo residente de cara a facilitar el proceso.

12.6.- Dimensión física/ambiental

A pesar de los incontestables resultados obtenidos a favor de las instalaciones del entorno, tanto internas como externas, hay que señalar que en ésta dimensión sí que se podrían mejorar algunos aspectos.

Si bien es cierto que todas las instalaciones son correctas y adecuadas para facilitar la vida dentro del centro residencial y paliar las posibles dificultades físicas, cognitivas y sensoriales que puedan surgir, también podrían llevarse a cabo alguna mejoras, básicamente de cara a dar a los distintos espacios un toque más “alegre”.

Comenzando por el propio edificio. Es una construcción que data de los años 80, y tanto externa como internamente se percibe según se comienza a caminar entre sus distintos espacios. Bajo nuestro punto de vista está todo bastante obsoleto. La sensación al ver el edificio desde fuera claramente es de “esto se asemeja a un hospital”. Es un edificio muy gris cercado por un muro por verjas alrededor de toda la manzana. En éste sentido, y acudiendo a unas características de la residencia ideal (aunque es éste caso sería imposible), un edificio para acoger éste tipo de necesidades no debe superar las tres plantas de altura y en este caso cuenta con diez. Fue concebido por el Principado de Asturias para acoger a una gran cantidad de residentes (cerca de 500 en la actualidad), y por es por ello de sus características. Esto no exime para que visto desde afuera la sensación sea de mucha tristeza.

Internamente y como antes citábamos, la arquitectura denota tener varias décadas. Los espacios comunes y no comunes son bastante obsoletos, y bajo nuestro punto de vista se necesitaría una reforma integral de todos ellos con el fin de facilitar un mayor confort, no sólo ya a nivel físico, sino también anímico, ya que un espacio nuevo y reformado facilita las cosas tanto a nivel de adaptación como de satisfacción diaria.

Tras explicar lo anterior, también debemos ser conscientes de la inmensa dificultad que tendría llevar a cabo todo esto, ya no sólo por los gastos económicos tan elevados que supondría, y más en los tiempos de crisis actuales, sino también porque habría que movilizar a muchos residentes, y actualmente no habría cabida en ningún otro sitio para acogerlos temporalmente.

12.7.- Dimensión socio-cultural/educativa.

A pesar de la buena percepción que pudimos observar acerca de éstas cuestiones, no es menos cierto que, en muchos casos no se suele hacer apenas uso de ellas.

Destacar también la buena opinión que en muchos de los casos se tenía acerca del trabajo de los terapeutas ocupacionales y las animadoras socioculturales, que en todo momento tratan de realizar actividades con los residentes de cara a hacer más amena su estancia.

Respecto a ése “desuso” de tales actividades al que previamente aludíamos, una posible propuesta de mejora, sería una mayor promoción hacia los residentes, así como charlas explicativas, de cara a fomentar el interés y la atención del residente con propuestas atractivas así como posibles beneficios a todos los niveles de acudir a ellas. También se puede ampliar el repertorio de actividades ya no tanto dentro de la institución, sino también de cara a salidas al exterior. Hemos comprobado que desde el centro se tratan de cuidar tales aspectos, y se llevan a cabo excursiones, comidas, y actividades especiales en diferentes fechas significativas del año (navidades, carnaval, cumpleaños, etc).

También es cierto, que al preguntarles por espacios como la sala de informática, la biblioteca, muchos mostraban bastante indiferencia y desilusión. Respecto a los ordenadores, sí que comentaban que anteriormente acudían al centro profesionales de cara a impartir un cierto número de horas semanales, pero que de tiempo hacia acá, esto no ocurría. Una posible propuesta de mejora, sería renovar los equipos, y contratar personal de cara a impartir conocimientos de informática a los usuarios que así lo deseen. Es importante hoy día saber manejar las nuevas tecnologías, y nunca es tarde para aprender a hacerlo.

Es importante que la persona mayor haga uso de estas cosas, ya que es importante mantenerse activo mentalmente de cara a contribuir a una óptima calidad de vida.

12.8.- Propuesta sobre el proceso evaluativo.

En relación a la iniciativa de investigación que hemos descrito en este trabajo considero de vital importancia que la institución apueste por el mantenimiento y mejora de procesos de análisis como el descrito. Por ello se proponen una serie de actuaciones en relación a este particular:

- Continuar con el proceso de aplicación del cuestionario diseñado.
- Mejorar tanto el diseño del proceso, como el instrumento utilizado, colaborando para ello si se considera oportuno con agentes externos expertos en procesos evaluativos de esta índole e implicando al personal trabajador de la institución.
- Dotar al proceso de transparencia en lo relativo los resultados observados, para ello se podrían elaborar una especie de posters que dieran publicidad a los resultados observados, para que usuarios y familiares puedan observar y colaborar en la mejora de la institución. Este aspecto dota al proceso de transparencia, lo que permite ampliar la confianza de los usuarios y familias y garantiza la representatividad de las muestras en posteriores proceso de aplicación.
- Ampliar la población objeto de análisis a las familias y colectivos trabajadores de la institución.

BIBLIOGRAFÍA

-Libros

- Bermejo García, L. (coord.) (2010). Guía de Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia. Principado de Asturias: Consejería de Bienestar y Vivienda.
- Gómez Redondo, R. (dir.) (2011) Salud, demografía, y sociedad en la población anciana. Madrid: Alianza Editorial.
- Guillén Llera, F. (1998) Atención a personas mayores que viven en residencias. Protocolos de intervención psicosocial y sanitaria. Madrid: Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de migraciones y servicios sociales (IMSERSO).
- Montorio, I. (coord.) (1994) La persona mayor: guía aplicada de evaluación psicológica. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Pérez Cano, V., Malagón Bernal, JL. , Amador Muñoz, L (Directores) (2006) Vejez, autonomía o dependencia pero con calidad de vida. Sevilla: DYKINSON, S.L. -.
- Rodríguez Rodríguez, P. (2007) Residencias y otros alojamientos para personas mayores. Madrid: Médica Panamericana.
- Rodríguez Álvarez, E. (2002) Plan de Intervención en Residencias. Oviedo: Consejería de Asuntos Sociales.

-Revistas

- Bazo, M^a T. (1991). "La familia como elemento fundamental en la salud y bienestar de las personas ancianas". *Revista española de Geriatría y Gerontología*, 26 (1), 47-52.

-Citas

- Moragas, R. (1991) "Vejez, autonomía o dependencia pero con calidad de vida". Sevilla: DYKINSON, S.L. -. Pag 49
- OMS. (1984) "Guía de Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia". Principado de Asturias: Consejería de Bienestar y Vivienda. Pag 22

- Bazo, M^a T. (1991). "La familia como elemento fundamental en la salud y bienestar de las personas ancianas". Revista española de Geriátría y Gerontología, 26 (1), 47-52.
- Martínez Rodríguez, T. (2006) "Vejez, autonomía o dependencia pero con calidad de vida". Sevilla: DYKINSON, S.L. -. Pags 23-24
- Arking. (1991) "Salud, demografía, y sociedad en la población anciana". Madrid: Alianza Editorial. Pag 107
- Park. (2000) "Salud, demografía, y sociedad en la población anciana". Madrid: Alianza Editorial. Pag 109-111
- Park et al, (2002) "Salud, demografía, y sociedad en la población anciana". Madrid: Alianza Editorial. Pags 111-112-114-117.
- West. (1996) "Salud, demografía, y sociedad en la población anciana". Madrid: Alianza Editorial. Pag 109
- Linderberger y Baltes. (1997) "Salud, demografía, y sociedad en la población anciana". Madrid: Alianza Editorial. Pags 18-21
- Baddeley. (1990)"Salud, demografía, y sociedad en la población anciana". Madrid: Alianza Editorial. Pag 111
- (Hasher y Zacks. (1988) "Salud, demografía, y sociedad en la población anciana". Madrid: Alianza Editorial. Pag 111
- Salthouse. (1996) "Salud, demografía, y sociedad en la población anciana". Madrid: Alianza Editorial. Pag 112
- Levy. (1980) "La persona mayor: guía aplicada de evaluación psicológica". Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Pag 70
- Kovar. (1983) "La persona mayor: guía aplicada de evaluación psicológica". Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Pag 70
- Servicio de Investigaciones de Rhode Island. (1977) "La persona mayor: guía aplicada de evaluación psicológica". Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Pag 71
- Prinz y Raskind. (1978) "La persona mayor: guía aplicada de evaluación psicológica". Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Pag 74

- Neugarten. (1975) "La persona mayor: guía aplicada de evaluación psicológica". Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Pag 46
- House et al, (1988) "Salud, demografía, y sociedad en la población anciana". Madrid: Alianza Editorial. Pag 237
- Parkes y Pilisuk. (1981) "La persona mayor: guía aplicada de evaluación psicológica". Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Pag 157
- Holliday y Glaser. (1984) "La persona mayor: guía aplicada de evaluación psicológica". Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Pag 157
- Díaz Veiga. (1985) "La persona mayor: guía aplicada de evaluación psicológica". Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Pag 157
- OMS. (2008) "Salud, demografía, y sociedad en la población anciana". Madrid: Alianza Editorial. Pag 263
- Gallagher, Thompson, y Peterson. (1981) "La persona mayor: guía aplicada de evaluación psicológica". Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Pag 20
- (Lawton y Nahemow. (1973) "La persona mayor: guía aplicada de evaluación psicológica". Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Pags 18-21
- (Scheidt y Windley. (1985) "La persona mayor: guía aplicada de evaluación psicológica". Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Pag 21
- Baltes et al. (1985) "La persona mayor: guía aplicada de evaluación psicológica". Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Pag 21
- Blázquez Entonado. (2000) "Vejez, autonomía o dependencia pero con calidad de vida". Sevilla: DYKINSON, S.L. -. Pag 67
- Rodríguez Rodríguez. (1995) "Residencias y otros alojamientos para personas mayores". Madrid: Médica Panamericana. Pag 58
- IMERSO. (2005b) "Residencias y otros alojamientos para personas mayores". Madrid: Médica Panamericana. Pag 58
- Carrington et al. (1989) "Residencias y otros alojamientos para personas mayores". Madrid: Médica Panamericana. Pag 33

ANEXO I

Cuestionario utilizado en el estudio “la calidad de vida de las personas mayores en los centros residenciales”

Cuestionario acerca de la calidad de vida de las personas mayores en los centros residenciales.

Este cuestionario tiene como objetivo “conocer el funcionamiento general del Centro”, así como su nivel general de satisfacción con el mismo y la calidad de vida que usted está obteniendo por estar ingresado en él.

A continuación deberá usted rellenar los siguientes datos, o seleccionar la opción que usted considere adecuada:

-Sexo:

-Edad:

-Estado civil:

-Nivel educativo: Básico / Medio / Superior

-Nivel económico: 0-500 € / 500 €- 1000 € / 1000 € - 1500 € / + 1500 €

Una vez haya rellenado los datos anteriores, deberá usted contestar a las siguientes cuestiones señalando un número en una escala del 1 al 10, siendo las expresiones situadas en la parte superior “nada de acuerdo”, “poco de acuerdo”, “de acuerdo”, “muy de acuerdo”, o “no sabe/no contesta” algo orientativo.

Salud

1-Mi salud es mejor desde el día de mi ingreso en el centro.

Nada de acuerdo		Poco de acuerdo			De acuerdo			Muy de acuerdo		NS/NC
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS/NC

2-Estoy contento/a con el seguimiento que los servicios sanitarios del centro llevan sobre mis problemas de salud.

Nada de acuerdo		Poco de acuerdo			De acuerdo			Muy de acuerdo		NS/NC
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS/NC

3-Siempre tengo algún profesional de referencia dentro del centro al que acudir ante cualquier duda o problema.

Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	NS/NC
1 2	3 4 5	6 7 8	9 10	NS/NC

4-Conozco perfectamente mi número de consultas médicas, el tratamiento que debo tomar, así como los posibles cambios que se produzcan en ellos.

Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	NS/NC
1 2	3 4 5	6 7 8	9 10	NS/NC

-¿Cómo considera su estado de salud?

--

Funcional

5-Soy capaz de valirme por mi mismo sin ningún tipo de ayuda del personal del centro.

Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	NS/NC
1 2	3 4 5	6 7 8	9 10	NS/NC

6-El personal conoce perfectamente mis capacidades y limitaciones de cara a realizar mis Actividades de la Vida Diaria (AVD)

Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	NS/NC
1 2	3 4 5	6 7 8	9 10	NS/NC

7-Se me da libertad para realizar mis AVD siempre y cuando cumpla las normas y horarios del centro.

Nada de acuerdo		Poco de acuerdo			De acuerdo			Muy de acuerdo		NS/NC
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS/NC

-¿Es usted capaz de realizar sus AVD por sí mismo/a?

--

Familiar

8-Mi familia está satisfecha con el trato que recibo en el centro.

Nada de acuerdo		Poco de acuerdo			De acuerdo			Muy de acuerdo		NS/NC
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS/NC

9-Considero adecuada e importante la integración y participación de mi familia en el centro.

Nada de acuerdo		Poco de acuerdo			De acuerdo			Muy de acuerdo		NS/NC
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS/NC

10-Mi familia me visita con frecuencia.

Nada de acuerdo		Poco de acuerdo			De acuerdo			Muy de acuerdo		NS/NC
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS/NC

-¿Cómo considera su situación familiar?

--

Social / Convivencia

11-Mi relación con los demás residentes es bastante cordial.

Nada de acuerdo		Poco de acuerdo			De acuerdo			Muy de acuerdo		NS/NC
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS/NC

12-La convivencia en el centro está resultando más grata de lo que me esperaba, y he conseguido hacer buenas amistades.

Nada de acuerdo		Poco de acuerdo			De acuerdo			Muy de acuerdo		NS/NC
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS/NC

13-No tengo ningún problema en entender las necesidades de otros residentes así como de ponerme en su lugar ante cualquier problema que le pueda surgir.

Nada de acuerdo		Poco de acuerdo			De acuerdo			Muy de acuerdo		NS/NC
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS/NC

14-No tendría ningún problema en el hecho de tener que compartir habitación, me parecería bien.

Nada de acuerdo		Poco de acuerdo			De acuerdo			Muy de acuerdo		NS/NC
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS/NC

-¿Cómo valora usted la convivencia en el centro? ¿Cuáles son los principales problemas en éste sentido?

--

Servicios y programas

15-Estoy de acuerdo con los horarios, las normas, y las distintas actividades del centro.

Nada de acuerdo		Poco de acuerdo			De acuerdo			Muy de acuerdo		NS/NC
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS/NC

16-Estoy plenamente satisfecho con el trabajo que realizan los distintos departamentos del centro (fisioterapia, terapia ocupacional, psicología, trabajo social, etc), y con los otros servicios, como limpieza, peluquería, cafetería, comedor, lavandería, podología, etc.

Nada de acuerdo		Poco de acuerdo			De acuerdo			Muy de acuerdo		NS/NC
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS/NC

17-Pienso que en el centro se otorga un trato de igualdad sin discriminación por sexo, raza, ideología, religión, etc.

Nada de acuerdo		Poco de acuerdo			De acuerdo			Muy de acuerdo		NS/NC
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS/NC

18-Valoro en gran medida que desde el centro se guarde confidencialidad acerca de mi persona.

Nada de acuerdo		Poco de acuerdo			De acuerdo			Muy de acuerdo		NS/NC
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS/NC

-¿Cómo percibe usted los distintos servicios del centro?

--

Ambiental

19-Los espacios comunes (salas de estar, comedor, etc...) son acogedores y me permiten mantener el contacto con otros residentes.

Nada de acuerdo		Poco de acuerdo			De acuerdo			Muy de acuerdo		NS/NC
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS/NC

20-Los espacios íntimos (habitaciones, baños, etc...) están bien preparados de cara a su uso sin dificultades.

Nada de acuerdo		Poco de acuerdo			De acuerdo			Muy de acuerdo		NS/NC
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS/NC

21-Los distintos espacios del centro tienen todo lo necesario para compensar los posibles problemas físicos o discapacidades (motoras, sensoriales, etc...) que puedan surgir.

Nada de acuerdo		Poco de acuerdo			De acuerdo			Muy de acuerdo		NS/NC
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS/NC

-¿Cómo considera usted los distintos espacios e instalaciones del centro?

--

Económica

22-Considero adecuada la cuota mensual a pagar por estar en el centro.

Nada de acuerdo		Poco de acuerdo			De acuerdo			Muy de acuerdo		NS/NC
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS/NC

23-Mi pensión es suficiente para afrontar los diferentes pagos y gastos del mes sin necesitar otro tipo de ayudas económicas (familia, amigos, servicios sociales, etc...)

Nada de acuerdo		Poco de acuerdo			De acuerdo			Muy de acuerdo		NS/NC
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS/NC

-¿Cómo valora el estado de su economía?

--

Psicológica

24-La decisión final de ingresar en el centro fue mía.

Nada de acuerdo		Poco de acuerdo			De acuerdo			Muy de acuerdo		NS/NC
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS/NC

25-Acepté mi ingreso desde el principio, ya que lo consideraba la mejor opción, tanto para mí, como para mi familia.

Nada de acuerdo		Poco de acuerdo			De acuerdo			Muy de acuerdo		NS/NC
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS/NC

26- No he tenido dificultades a la hora de adaptarme a todo lo nuevo del centro respecto a mi casa.

Nada de acuerdo		Poco de acuerdo			De acuerdo			Muy de acuerdo		NS/NC
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS/NC

27-En general, siento bienestar (físico y anímico) desde que estoy en el centro.

Nada de acuerdo		Poco de acuerdo			De acuerdo			Muy de acuerdo		NS/NC
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS/NC

-¿Cómo fue su adaptación al centro?

Educación y cultura

28-Opino que desde el centro se fomenta la cultura y la educación de los residentes.

Nada de acuerdo		Poco de acuerdo			De acuerdo			Muy de acuerdo		NS/NC
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS/NC

-¿Cómo percibe usted la importancia que desde el centro se otorga a la educación y la cultura?

2-Cite los aspectos a mejorar que usted considere sobre en funcionamiento general del centro.

3-¿Tiene usted alguna sugerencia acerca del funcionamiento general del centro?

Muchas gracias por su participación.