



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

MÁSTER DE PSICOPEDAGOGÍA

TRABAJO FIN DE MÁSTER

EVALUACIÓN DEL BIENESTAR Y LA CALIDAD DE VIDA DE UN GRUPO DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS.

Autor: Adrián Esteban Navarro

Tutora: Dra. M^a A. Inmaculada Calleja González

Septiembre 2015

RESUMEN.

El creciente envejecimiento que está sufriendo la población es cada vez más notable, por ello se debe cambiar el pensamiento y la forma de actuar para prestar más atención a la tercera edad, una etapa que siempre se ha caracterizado por la pérdida de funciones físicas y mentales pero que con la evolución de la sociedad y la mejora en la calidad de vida este deterioro se está retardando. Con este Trabajo Fin de Máster lo que se quiere conseguir es evaluar el bienestar y la calidad de vida de un grupo de personas residentes en un centro institucionalizado a través de la observación, análisis e interpretación de una serie de datos de diferentes áreas: autonomía funcional, comunicación, relaciones con los otros, participación en actividades y expresión emocional.

Palabras clave: tercera edad, bienestar, calidad de vida, envejecimiento, evaluación, personas mayores.

ABSTRACT.

The growing ageing population is suffering increasingly noticeable, so you must change the way of thinking and acting to pay more attention to the elderly, a stage that has always been characterized by the loss of physical and mental functions but with the evolution of society and improving the quality of life this deterioration is slowing. With this Master's Thesis what we want to achieve is to assess the welfare and quality of life of a group of people living in an institutionalized center through the collection, analysis and interpretation of a series of real data in different areas, like: functional autonomy, communication, relationships with others, participation in activities and emotional expression.

Key words: old age, welfare, quality of life, ageing, evaluation, old people.

AGRADECIMIENTOS.

Durante el desarrollo de este Trabajo Fin de Máster me he encontrado diferentes obstáculos que con la ayuda de algunas personas he conseguido superar.

Primero quiero agradecer a la Residencia “Cardenal Marcelo” de Valladolid y a todos sus trabajadores, su gran acogimiento durante mi estancia allí, proporcionándome toda la información necesaria para poder realizar el presente trabajo. Mención especial considero que merece D. Olga de Vega Vegas, psicóloga del centro quién en todo momento me tendió la mano y me ayudó en todo lo que necesitaba; y por supuesto a todos los residentes que he tenido el placer de conocer y compartir parte de su día a día.

También agradecer la labor llevada a cabo por las profesoras del Departamento de Psicología de la Facultad de Educación y Trabajo Social de la Universidad de Valladolid, D. M^a A. Inmaculada Calleja González por darme la oportunidad de poder realizar este trabajo y su siempre motivación y ánimo para continuar, y a D. Valle Flores Lucas por sus indicaciones a la hora de realizar el trabajo.

A la Gerencia de Servicios Sociales, Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León, por dejarme formar parte de este nuevo proyecto.

Agradecer por último a mi familia y amigos, en especial a mis padres José Antonio y Rosa el apoyo que he recibido siempre para continuar y poder lograr todo lo que me he propuesto.

ÍNDICE.

RESUMEN	2
ABSTRACT	2
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS	6
1. INTRODUCCIÓN	9
1.1. Motivación y justificación del tema elegido.	9
1.2. Relación con las competencias del Máster.	9
1.3. Delimitación del objeto de estudio y objetivos. Estructura del trabajo.	11
1.4. El papel del psicopedagogo.	10
2. MARCO TEÓRICO.	13
2.1. Tercera Edad.	13
2.2. Envejecimiento.	15
2.3. Calidad de vida.	18
2.4. Bienestar en la tercera edad.	24
2.5. Esperanza de vida.	25
2.6. Salud.	26
2.7. Convivencia en la tercera edad.	28
2.8. Servicios Sociales.	29
2.9. Centros Residenciales.	30
2.10. Evaluación.	33
3. METODOLOGÍA.	38
3.1. Contexto.	38
3.2. Participantes.	41
3.3. Instrumentos utilizados.	44
4. ANÁLISIS DE RESULTADOS.	47
4.1. Rejillas de observación.	49

4.2. Checklist para cuidadores.	59
5. CONCLUSIONES.	69
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	71
7. ANEXOS.....	73
Anexo I: rejilla de observación.	74
Anexo II: checklist para cuidadores.....	79

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS.

Tabla 1. Porcentaje de mayores y jóvenes de diferentes países de Europa.....	17
Figura 1. Relaciones entre calidad de vida, bienestar y envejecimiento.....	24
Figura 2. Convivencia de las personas mayores a partir de los 70 años.....	28
Figura 3. DAFO.....	40
Figura 4. Total de plazas de la Residencia Cardenal Marcelo.....	41
Figura 5. Porcentaje en función del sexo.....	41
Figura 6. Edad de los residentes.....	42
Figura 7. Nivel de estudios.....	42
Figura 8. Nivel socioeconómico.....	43
Tabla 2. Minimental y Barthel de los residentes.....	47
Figura 9. Deterioro Cognitivo.....	47
Figura 10. Autonomía funcional.....	48
Figura 11. Comunicación (I) (Grupo Borderline).....	49
Figura 12. Comunicación (I). (D. Leve).....	49
Figura 13. Comunicación (I). (D. Moderado).....	50
Figura 14. Comunicación (I). (D. Grave).....	51
Figura 15. Relaciones con los otros (I). (Grupo Borderline).....	52
Figura 16. Relaciones con los otros (I). (D. Leve).....	52
Figura 17. Relaciones con los otros (I). (D. Moderado).....	53
Figura 18. Relaciones con los otros (I). (D. Grave).....	53
Figura 19. Expresión emocional (I). (Grupo Borderline).....	54
Figura 20. Expresión emocional (I). (D. Leve).....	54

Figura 21. Expresión emocional (I). (D. Moderado).....	55
Figura 22. Expresión emocional (I). (D. Grave).....	55
Figura 23. Participación en actividades (I) (Grupo Borderline).....	56
Figura 24. Participación en actividades (I). (D. Leve).....	56
Figura 25. Participación en actividades (I). (D. Moderado).....	57
Figura 26. Participación en actividades (I). (D. Grave).....	57
Figura 27. Autonomía funcional. (Grupo Borderline).....	59
Figura 28. Autonomía funcional. (D. Leve).....	60
Figura 29. Autonomía funcional. (D. Moderado).....	60
Figura 30. Autonomía funcional. (D. Grave).....	61
Figura 31. Comunicación (II). (Grupo Borderline).....	61
Figura 32. Comunicación (II). (D. Leve).....	62
Figura 33. Comunicación (II). (D. Moderado).....	62
Figura 34. Comunicación (II). (D. Grave).....	63
Figura 35. Relaciones con los otros (II). (Grupo Borderline).....	63
Figura 36. Relaciones con los otros (II). (D. Leve).....	64
Figura 37. Relaciones con los otros (II). (D. Moderado).....	64
Figura 38. Relaciones con los otros (II). (D. Grave).....	65
Figura 39. Participación en actividades (II). (Grupo Borderline).....	65
Figura 40. Participación en actividades (II). (D. Leve).....	66
Figura 41. Participación en actividades (II). (D. Moderado).....	66
Figura 42. Participación en actividades (II). (D. Grave).....	66
Figura 43. Expresión emocional (II). (Grupo Borderline).....	67
Figura 44. Expresión emocional (II). (D. Leve).....	67

Figura 45. Expresión emocional (II). (D. Moderado).....	68
Figura 46. Expresión emocional (II). (D. Grave).....	68

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. Motivación y justificación del tema elegido.

Tradicionalmente, la etapa de la vejez se ha relacionado con un estado de deterioro físico y mental de las personas. Gracias a la evolución de la sociedad y la mejora de la calidad de vida, sobre todo en los países más industrializados, está provocando un cambio de esa manera de pensar y se empieza a ver el envejecimiento como algo positivo.

La elección del tema de bienestar en la tercera edad fue motivado por la falta de recursos que se puede ver en este colectivo, se necesita abrir más el campo de trabajo, prestar una mayor atención a la tercera edad, provocando su motivación y su participación activa, intentar que las personas mayores no sean unos sujetos pasivos de la sociedad, que se involucren en ella y formen parte de su día a día.

Una vez elegido el tema no sabía muy bien cómo se iba a desarrollar el presente Trabajo Fin de Máster ya que nunca había trabajado con la tercera edad. Al comenzar la labor de observación en el día a día y recogida de datos, pude ver cómo lo que estaba llevando a cabo era algo con lo que disfrutaba, por lo que la motivación y las ganas de trabajar con la tercera edad aumentaron de forma considerable, debido también, en cierta parte al agradecimiento recibido por todos los usuarios de la residencia cuando te dirigías a ellos.

1.2. Relación con las competencias del Máster.

Con la realización de este Trabajo Fin de Máster se pretenden desarrollar una serie de competencias, tanto generales como específicas relacionadas con el Máster de Psicopedagogía:

Competencias generales

G1. Resolver problemas en entornos nuevos o poco conocidos de forma autónoma y creativa y en contextos más amplios o multidisciplinares.

G2. Tomar decisiones a partir del análisis reflexivo de los problemas, aplicando los conocimientos y avances de la psicopedagogía con actitud crítica y hacer frente a la complejidad a partir de una información incompleta.

G4. Tomar conciencia de las creencias y estereotipos sobre la propia cultura y otras culturas o grupos de las implicaciones sobre su actuación profesional y potenciar el respeto de las diferencias individuales y sociales.

G5. Responder y actuar de manera adecuada y profesional, teniendo en cuenta el código ético y deontológico de la profesión, en todos y cada uno de los procesos de intervención.

G6. Actualizarse de manera permanente en las TIC para utilizarlas como instrumentos para el diseño y desarrollo de la práctica profesional.

G7. Implicarse en la propia formación permanente, reconocer los aspectos críticos que ha de mejorar en el ejercicio de la profesión, adquiriendo independencia y autonomía como discente y responsabilizándose del desarrollo de sus habilidades para mantener e incrementar la competencia profesional.

Competencias específicas

E1. Diagnosticar y evaluar las necesidades socioeducativas de las personas, grupos y organizaciones a partir de diferentes metodologías, instrumentos y técnicas, tomando en consideración las singularidades del contexto.

E4. Diseñar, implementar y evaluar prácticas educativas, programas y servicios que den respuesta a las necesidades de las personas, organizaciones y colectivos específicos.

E5. Planificar, organizar e implementar servicios psicopedagógicos.

E7. Analizar, interpretar y proponer actuaciones, teniendo en cuenta las políticas educativas derivadas de n contexto social dinámico y en continua evolución.

E8. Formular nuevas propuestas de mejora de la intervención psicopedagógica, fundamentadas en los resultados de la investigación psicopedagógica.

1.3. El papel del psicopedagogo.

El papel que el psicopedagogo puede llevar a cabo en este ámbito es muy amplio, comenzando por el análisis de necesidades, la recogida de datos, el análisis de los datos recogidos, evaluación e interpretación de esos datos, propuestas de mejora,

proponer y llevar a cabo actividades, talleres, charlas... para la inmersión del tiempo libre de los usuarios.

La población envejece, es un hecho que contrastamos con datos reales lo que nos indica una nueva línea de actuación. Se debe cambiar el pensamiento de la educación centrada en la escuela para abrir el campo a las personas mayores, lo que nos hace reflexionar y elaborar diferentes figuras en la sociedad, como es la del psicopedagogo para trabajar en este campo. El psicopedagogo puede abordar esta nueva línea de trabajo a través de múltiples proyectos para cubrir necesidades que sean importantes, tales como intentar frenar o retrasar lo máximo posible el deterioro cognitivo y la funcionalidad de los mayores para que sean autónomos durante el mayor tiempo posible y poder trabajar con ellos, que se sientan activos y participantes en sus vidas y no sean unos meros espectadores del paso del tiempo en la sociedad en la que se encuentran.

En este sentido, una de las principales actuaciones que puede llevar a cabo el psicopedagogo para intentar retardar lo máximo posible el deterioro cognitivo de los mayores es la realización de un taller de memoria en el que día a día se trabajen las diferentes funciones ejecutivas, principalmente la memoria, la atención y la fluidez verbal.

1.4. Delimitación del objeto de estudio y objetivos. Estructura del trabajo.

Como objeto principal de estudio de este trabajo fin de máster nos encontramos ante una aproximación al estudio y conocimiento del colectivo de la tercera edad. El objetivo principal que persigue este trabajo, es conocer y evaluar el bienestar y la calidad de vida en la tercera edad. Además de este objetivo principal, nos hemos marcado una serie de objetivos específicos tales como: profundizar en el ámbito de la tercera edad para conocer sus características, su quehacer en la vida diaria. Observar y evaluar el día a día de un grupo de personas que residen en una institución. Conocer y analizar las características de la población susceptible de formar parte de la muestra.

Por otro lado, una vez delimitado el objeto de estudio y los objetivos previos del trabajo, la estructura del mismo que se expone a continuación consta de los siguientes apartados:

Una primera parte, enmarcada dentro de una fundamentación teórica en la que se puede apreciar una primera aproximación a los conceptos de vejez, tercera edad, envejecimiento, calidad de vida, bienestar y bienestar subjetivo, salud y evaluación.

La segunda parte del presente trabajo está basada en el análisis de datos, éste se ha centrado en la selección, descripción y evaluación de un grupo de usuarios seleccionados “*ad hoc*”, dentro del colectivo de la Residencia Provincial Cardenal Marcelo de la ciudad de Valladolid.

Los miembros de este grupo, tenían que ser similares a otros que participaban en el Proyecto “En mi Casa” ya que deberían ser utilizados como grupo de control dentro de una investigación que se está llevando a cabo entre las profesoras M^a A. Inmaculada Calleja González y Valle Flores Lucas en colaboración con la Gerencia de Servicios Sociales Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, para evaluar el bienestar en los mayores.

Por último se han redactado una serie de conclusiones y aspectos a tener en cuenta para mejorar debilidades que se han observado durante el registro y análisis de los datos.

2. MARCO TEÓRICO.

Se sabe que la gerontología tiene por objeto de conocimiento el envejecimiento, la vejez y las personas mayores (Birren, 1996). La sociedad española en las últimas décadas ha experimentado profundos cambios económicos, sociales y políticos. Un porcentaje elevado de personas mayores, tuvieron que dedicarse durante su juventud a trabajar y no tuvieron tiempo para conseguir una formación y en muchos casos ni para completar los estudios básicos, por ello, es necesario que la sociedad se ocupe de ellos y les proporcione programas de educación como un servicio público, permanente (ANECA, 2004), también por ello, la sociedad debe proporcionar a las personas mayores un acceso gratuito y completo a los servicios sociales y sanitarios que les permitan cubrir sus necesidades y dolencias que pueden aparecer con el paso de los años.

2.1. Tercera Edad.

El tema de la vejez, como la tercera edad, se llevan a cabo a través de una conceptualización en virtud de sus características funcionales físicas, sociales y psíquicas.

Para Blanco (2010) la Tercera Edad es un periodo en el que se recibe todo de la sociedad y no se aporta nada a esta. Ante una afirmación tan categórica parece interesante detenernos un poco y reflexionar si esto es verdadero ¿Realmente las personas mayores no aportan nada a la sociedad? ¿Se deben englobar a todo el colectivo en un único grupo? ¿Por qué motivo los mayores no aportan nada? Esta y otras preguntas se deberían de poner a debate por los profesionales que trabajan en los ámbitos de servicios sociales, instituciones, residencias, etc. Es posible que la causa de que esto sea así, no sea de nuestros mayores sino que la responsabilidad puede ser de las personas que trabajamos con ellos, que no se les hace partícipes o se les facilita lugares o actividades para que puedan sentirse cómodos y puedan compartir con los demás sus conocimientos, emociones y aportaciones a la sociedad en general, y que no permanezcan de forma pasiva en los distintos lugares.

Según Orosa Fraix (2003) la llamada tercera edad, se ubica alrededor de los 60 años, asociada al evento de la jubilación laboral. Incluso hoy comienza a hablarse de

una cuarta edad para referirse a las personas que pasan de los 80 años esta misma autora señala que hasta hoy en día los autores que han estudiado todo lo que se refiere a la edad los incluyen a todos como adultos mayores o ancianos, indistintamente, y comienzan a separarlos más bien en estudios demográficos o por proyectos específicos de trabajo.

Las aportaciones de Orosa Fraix no se corresponden con la realidad actual ya que debido al aumento de la población envejecida, lo que siempre hemos conocido como tercera edad se ha ido retardando y hoy en día, las personas que tienen 60 años no se las considera pertenecientes a este grupo de edad.

Sin embargo, para las Naciones Unidas (2002) la tercera edad está definida como “personas de edad” y se refiere a aquellas personas que se encuentran en una etapa de la vida en la que se produce una clara disminución de todas sus facultades. Quizá, el concepto aportado por las Naciones Unidas, se corresponde más a la visión que tenemos en la actualidad, y cada vez las personas estamos más concienciadas de la importancia de la autonomía en nuestros mayores y es precisamente cuando empiezan a disminuir su grado de autonomía, cuando les empezamos a considerar pertenecientes a la llamada tercera edad.

Por otro lado, para Laforest (1991) la vejez es un estado que pasa toda persona sufriendo una decadencia biológica en su organismo y un receso en su participación social.

Pero no todos los autores plantean la vejez como una etapa de recesos y pérdidas, en este sentido Fernández-Ballesteros (2004), además de definirla como un conjunto de declive personal y una situación de crisis existencial con ciertos aspectos negativos, la describe como un periodo de crecimiento de la propia personalidad de cada uno.

Cierto es que a la vejez se la caracteriza con ese declive personal que se produce en los mayores y provoca una cierta situación de crisis, por ejemplo cuando llega la jubilación y pasan de ser personas activas a personas más pasivas que no saben cómo desarrollar su tiempo libre o en qué emplearlo, o debido a ciertas enfermedades no pueden ser lo suficientemente autónomos para desarrollar tareas que ellos consideran importantes o básicas de su vida diaria.

Los profesionales que trabajamos con personas mayores, tenemos que tener en cuenta todos los cambios sociales y políticos que han vivido a lo largo de sus vidas. No podemos olvidar las diferentes situaciones políticas por las que han atravesado sus vidas. Estamos hablando de personas que han vivido una república en la que la forma de vida era totalmente diferente a la dictadura que hubo en España durante casi cuarenta años, pasando por una Guerra Civil en la que predominaba la miseria, continuando por una transición nada fácil hasta llegar a la monarquía parlamentaria actual.

2.2. Envejecimiento.

Desde siempre, el envejecimiento se ha asociado a una pérdida de las diferentes capacidades mentales y físicas acompañadas de un deterioro de la propia persona, aunque a medida que han ido evolucionando los años y los diferentes avances han ido ganando importancia, esta asociación está quedando más obsoleta y la calidad de vida y el envejecimiento están cambiando su concepción en la soledad.

Otro concepto que es importante a tratar es el envejecimiento activo. El envejecimiento activo, es un concepto que la Organización Mundial de la Salud, en adelante OMS, lo define como el proceso en que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. El envejecimiento activo permite que las personas realicen su potencial de bienestar físico, psíquico y social.

El año 2012, fue declarado el año europeo del envejecimiento activo, y la OMS señaló que *el envejecimiento activo pretende mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen, favoreciendo sus oportunidades de desarrollo para una vida saludable, participativa y segura. El envejecimiento activo implica entender esta etapa de la vida como un ciclo más de crecimiento personal, añadiendo "vida a los años y no solamente años a la vida".*

Si deseamos que el envejecimiento activo sea de verdad un proceso en la vida de nuestros mayores, se debe prestar especial atención a aquellos ámbitos en los que los mayores precisan más ayuda, como son la sanidad y los servicios sociales principalmente, además de la educación, la vivienda, la accesibilidad, una calidad de vida necesaria para su día a día y una participación notable en la sociedad.

Para la OMS (2002) existen una serie de determinantes que son claves para el envejecimiento activo como son: los económicos, personales, sociales, culturales, conductuales y de género, el ambiente físico, y los servicios sociales y de salud.

Fernández-Ballesteros (2003) considera que existen cuatro dominios comportamentales y psicológicos importantes en el envejecimiento activo como son: el dominio de salud conductual y ajuste físico, el dominio óptimo de funcionamiento cognitivo, el dominio de auto-regulación emocional y motivacional y por último el dominio para lograr una alta participación y un compromiso social.

Es evidente que la población española está más envejecida, en su casuística podría encontrarse aspectos culturales, sociales, económicos y además políticos ya que los recortes y la escasez de ayudas sociales pueden afectar al incremento o mantenimiento de la natalidad.

Según Baltes y Baltes (1990) existen diferencias esenciales en la forma de envejecer, es decir, puede haber un envejecimiento normal, un envejecimiento óptimo y un envejecimiento patológico. Si nos referimos al nivel de la población, existe un tope de vida en los seres humanos que se encuentra alrededor de los 120 años, lo cual nos indica que se ha producido un aumento de la reducción de la mortalidad.

Debido a este aumento de población envejecida, nos encontramos con un mayor número de personas dependientes que necesitan una asistencia social, ya sea a través de las diferentes entidades de servicios sociales o a través de su atención en residencias, recogida esta asistencia social en el Real Decreto Ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la seguridad social, la salud y el empleo, para la gestión de los servicios complementarios de las prestaciones del sistema de la Seguridad Social.

Además hemos de destacar que Europa es el continente más envejecido del mundo. Según los datos, dentro de la Unión Europea, en el año 2004 la población de personas mayores con más de 65 años era de 75 millones. Debido a estos datos y las proyecciones de envejecimiento que se pueden alcanzar en un futuro, las Naciones Unidas, la OMS y la Comisión Económica de las Naciones Unidas para Europa han llegado a diferentes acuerdos. Entre ellas destacamos el II Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento, la Agenda para la investigación sobre el envejecimiento y el Documento sobre la política para el desarrollo del envejecimiento saludable y activo, cuyo objetivo principal de todos ellos es hacer frente al reto del envejecimiento.

En la Tabla 1, podemos observar el porcentaje de la población europea más vieja y más joven en los países de Europa.

Tabla 1. Porcentaje de personas mayores y jóvenes de diferentes países de Europa.

Países europeos	Porcentaje de la población por edad	
	Menores de 15 años	Mayores de 65 años
Países del oeste	17%	16%
Países del este	18%	13%

Si se hace una comparativa de la tabla anterior, se puede observar el claro y notable envejecimiento que hay en Europa occidental respecto de Europa Oriental.

Las Naciones Unidas en el año 2000, llevaron a cabo una proyección para el año 2050 en la que estiman que la población de Europa occidental tendrá una población del 30% mayor de 65 años.

En este sentido, están apareciendo una serie de novedosas teorías que estudian el envejecimiento desde otras perspectivas a las que nos gustaría referirnos:

La Teoría de la retirada frente a la Teoría de la actividad. En la teoría de la retirada, se sostiene que los declives en el funcionamiento físico y la conciencia de la proximidad de la muerte dan como resultado un retraimiento gradual de los roles sociales (Cumming y Henry, 1961). En el otro extremo, nos encontramos con la teoría de la actividad, que vincula las tareas que desarrolla una persona todos los días para satisfacer sus necesidades, la disminución de los roles puede afectar negativamente en el bienestar de las personas (Greenfield y Marks, 2004).

Por otro lado nos encontramos con la *Teoría de la continuidad*. Robert Atchley (1987) fue el precursor de esta teoría y hace hincapié en mantener una conexión con el pasado, y relacionarlo con el presente de la persona.

Esta teoría se basa en dos ideas básicas que son:

- El paso de la edad adulta a la vejez es una prolongación de las experiencias, proyectos y hábitos de vida de la persona.

- Al envejecer, los individuos aprender a utilizar diversas estrategias para hacer frente a los sufrimientos y dificultades de la vida.

2.3. Calidad de vida.

Dentro de la literatura científica nos encontramos con alguna confusión a la hora de referirnos a términos como salud, estado de salud, calidad de vida y calidad de vida relacionada con la salud.

Según Bergner (1989), el concepto “estado de salud” contiene todos aquellos elementos que forman parte integral de la persona y excluye los que existen de manera independiente de la misma aunque puedan interactuar con ella. Con este concepto se describe la salud tal y como se ha medido tradicionalmente, de forma objetiva, bien como diagnóstico o como puntuación en una escala (Lawton, 2001).

La calidad de vida es un concepto bastante más amplio, y además incluye no sólo la economía de la persona, también la educación que ha recibido, el medio ambiente en el que se desenvuelve, la legislación que rige su forma de vida y el sistema de salud al que puede acceder. Hörnquist (1989) define el concepto de calidad de vida como “la percepción global de satisfacción en un determinado número de dimensiones clave, con especial énfasis en el bienestar del individuo”.

A pesar de que Cummins en el año 1999 introdujo una serie de ideas clave acerca de calidad de vida, a día de hoy no existe una definición consensuada sobre la calidad de vida. Entre las ideas de Cummins destacamos:

- La calidad de vida es un concepto multidimensional que incluye componentes tanto objetivos como subjetivos.
- Generalmente se está de acuerdo en que la calidad de vida comprende un número diverso de ámbitos de la vida, aunque exista todavía alguna discrepancia acerca del número real y las características de tales ámbitos.
- La calidad de vida debe reflejar las normas culturales de bienestar objetivo.
- Dentro de la dimensión subjetiva, las personas otorgan un peso específico diferente a los distintos ámbitos de su vida. Es decir, algunos ámbitos son considerados más importantes para algunos individuos que para otros.

- Cualquier definición de calidad de vida debe ser aplicable por igual a todas las personas, cualesquiera que sean sus circunstancias vitales.

Como se ha mencionado anteriormente, al no existir una definición consensuada y unánime sobre calidad de vida, se han llevado a cabo diferentes debates acerca de su definición (Fernández-Ballesteros, 1997):

- Por un lado, están los teóricos que postulan que la calidad de vida se refiere exclusivamente a la percepción subjetiva que los individuos tienen sobre ciertas condiciones, frente a otros que consideran que la calidad de vida ha de comprender tanto condiciones subjetivas como objetivas.
- Por otra parte, también se pone en cuestión si la calidad de vida ha de referirse necesariamente a un concepto idiográfico, en el sentido de que es el sujeto quien ha de establecer cuáles son los ingredientes que intervienen en la “calidad de su vida”, o más bien, si puede ser establecida una calidad de vida general para todos los sujetos, entendiéndose así como un concepto nomotético.

La calidad de vida relacionada con la salud, tiene que ver con todo aquello que debido a la disfunción física, el dolor o el malestar que pueda tener una persona, puede provocar limitaciones en el desenvolvimiento de actividades básicas de la vida diaria de cada una.

Lawton (2001) afirmó que existen tres conceptos críticos en la definición de calidad de vida relacionada con la salud:

1. El impacto en la calidad de vida se debe a una enfermedad o un tratamiento.
2. Los efectos resultan una disminución de la ejecución “normal” del sujeto.
3. Los juicios sobre calidad de vida relacionada con la salud pueden ser únicamente realizados por el propio sujeto.

Lawton (2001) además, sugiere la existencia de cuatro categorías en las que se engloban muchos otros dominios específicos:

1. *Calidad de vida física.* Estados de salud y calidad de vida relacionada con la salud. Es el dominio más ligado a la biología. Dolor, síntomas, limitaciones funcionales y función cognitiva aparecen en casi todas las listas de dimensiones físicas de la calidad de vida.

2. *Calidad de vida social*. Incluye indicadores relativamente objetivos de enganche con el mundo externo. El nivel óptimo varía claramente según los individuos, por lo que alcanzar “el máximo” no es necesariamente lo mejor para todos. Las medidas incluyen tamaño de la red social, frecuencia de contactos, participación en actividades y espacio social.

3. *Calidad de vida percibida*. Generalmente representa el análogo subjetivo de la calidad de vida social, como la calidad familiar, de los amigos, del tiempo, y la seguridad económica.

4. *Calidad de vida psicológica*. Se compone de los afectos posibles y de los síntomas disfóricos y necesidades personales que tienen un efecto más generalizado en la calidad de vida global. En este sentido, Schulz y Heckhausen (1996) han ofrecido un modelo de bienestar psicológico en el que el sentido de control personal (primario o secundario) es el elemento central.

A lo largo de todos estos años, han aparecido diferentes modelos que han abordado el estudio de la calidad de vida, algunos de ellos son:

1. El modelo ecológico de Lawton (1975).

Propone una definición de calidad de vida como juicio subjetivo y valoración multidimensional en base a criterios intrapersonales y sionormativos, del sistema persona-ambiente del individuo, en relación con el tiempo anterior, actual y futuro, y la mide a través de cuatro áreas: competencia comportamental, calidad de vida percibida, ambiente objetivo y satisfacción/bienestar global.

2. Modelos comportamentales

Defendiendo que la calidad de vida no depende sólo del bienestar psicológico o de la satisfacción, sino también, y sobre todo, de lo que uno hace para vivir una vida de calidad. Desde esta perspectiva, lo que hacemos y cómo experimentamos lo que hacemos (la calidad de nuestra experiencia) pasa a ser el objeto de estudio de la calidad de vida (Reig, 2000).

3. Modelos de bienestar

Según el *modelo de satisfacción* desarrollado por Lehman, Ward y Linn (1982) y por Baker e Intagliata (1982), la calidad de vida incluye tres aspectos: características personales, condiciones objetivas de vida en varios aspectos de la vida y satisfacción con las condiciones de vida en dichos aspectos (Lehman, 1988). El modelo se basa en la suposición de que el nivel de calidad de vida experimentado por un individuo depende de si sus condiciones reales de vida satisfacen sus necesidades, carencias y deseos.

4. Modelo de desempeño o rol

En la teoría del rol como concepto de calidad de vida parece necesario incluir las necesidades relativas al proceso patológico en los enfermos y el grado en que estas necesidades específicas pueden ser satisfechas o no, mediante la interpretación convencional del rol en este concepto (Angermeyer y Kilian, 2000). Además, parece importante evaluar hasta qué punto está sumergido el paciente en el rol de enfermo (Lally, 1989) y el grado en que las demandas subjetivamente percibidas de este rol restringen su capacidad para cumplir los roles convencionales (Scheff, 1986).

5. Modelo de proceso dinámico de calidad de vida

El modelo de proceso dinámico de la calidad de vida se basa en el concepto de que la calidad de vida subjetiva representa el resultado de un proceso continuado de adaptación, durante el cual el individuo debe conciliar constantemente sus propios deseos y logros con las condiciones de su entorno y su capacidad para satisfacer las demandas sociales asociadas con el cumplimiento de tales deseos y logros

6. Modelo de la homeostasis de la calidad de vida.

Modelo propuesto por Cummins (2000). Describe un sistema integrado que acopla una capacidad genética primaria con un sistema de amortiguadores secundario. Su propósito es sostener el rendimiento, en la forma de la calidad de vida subjetiva, dentro de un rango estrecho, a pesar de las variaciones de la experiencia de la persona respecto a su entorno.

7. Modelos de calidad de vida aplicados a personas mayores

Margaret y Paul Baltes (1990) ofrecen un modelo psicológico de competencia para el estudio del envejecimiento con éxito: la optimización selectiva con compensación. El modelo de vejez con éxito basado en la optimización selectiva con compensación (Baltes y Baltes, 1990) postula que las personas están inmersas en un proceso continuo de adaptación a lo largo de toda la vida mediante tres componentes que interactúan entre sí: la selección, la optimización y la compensación.

Una vez que tenemos analizado toda la evolución del concepto de calidad de vida, y vamos a abordar el futuro de la calidad de vida desde una perspectiva sociológica de la calidad de vida (Siegrist *et al.*, 2000), a través de tres paradigmas:

-Paradigma de los resultados de la calidad de vida en la investigación clínica y sus dimensiones esenciales. En este caso, los parámetros de interés son las características variables de la persona y no las características estables, con lo que la capacidad de respuesta al cambio a lo largo del tiempo es un prerrequisito importante en los datos de la evaluación. La mayoría de los instrumentos de medida de la calidad de vida disponibles cumplen el paradigma de evaluación de resultados centrandose su atención en el bienestar y el funcionalismo físico y psicológico. Por el contrario, la dimensión social de la calidad de vida personal ha tenido poca atención hasta ahora.

-Paradigma predictor, según el cual, las nociones de los pacientes y las expresiones de bienestar y funcionalismo no son usadas para evaluar los resultados de los tratamientos, sino para predecir el curso futuro de la enfermedad por medio de mecanismos fisiológicos del estrés. Existe actualmente un cuerpo de evidencia clínica y epidemiológica que demuestra los efectos adversos en la recurrencia de la enfermedad y en la probabilidad de supervivencia producidos por una calidad de vida reducida.

-La teoría de los sistemas nos deja ver que ciertas características de la persona se hacen sólo visibles cuando miramos el sistema completo de cada uno más que a sus elementos aisladamente. En el estudio de la salud, no podemos entender

plenamente los determinantes de la salud de las poblaciones por inferencia simple de la información obtenida de individuos. En varios estudios recientes (Kawachi y Kennedy, 1997) se observa una fuerte correlación entre la distribución de los ingresos económicos y la mortalidad: a un mayor rango de desigualdades económicas en una sociedad le corresponde un mayor riesgo de mortalidad.

Por todo ello, la importancia de la calidad de vida debe ser una de nuestras principales preocupaciones para trabajar con la tercera edad.

Responde a aquello que toda persona siente y que le mueve para sentirse a gusto en el desenvolvimiento de la vida diaria. Por consiguiente, persigue buscar el respeto de los derechos de todos y cada uno de los mayores, permitiéndole realizar las actividades que ha realizado siempre y todavía disfruta llevándolas a cabo, además de tener y no perder el derecho de decidir en su toma de decisiones, permitiendo el asesoramiento, pero manteniendo esa capacidad de decisión que es un derecho básico de toda persona.

Durante los años noventa, se llevó a cabo una investigación por el Laboratorio de Gerontología de la Universidad Autónoma de Madrid acerca de la investigación sobre la calidad de vida y el envejecimiento, que se basa principalmente en cinco aspectos:

- Las personas objeto de estudio son individuos mayores.
- Se entiende la calidad de vida es un concepto bastante complejo y con varias dimensiones, compuesto por factores socioambientales, personales y la interacción de estos.
- Se tienen en cuenta aspectos como la satisfacción con la vida o el bienestar de las personas.
- Para llevar a cabo una evaluación de la calidad de vida, esta debe ser adaptada al contexto en el que se vaya a desarrollar.
- La calidad de vida no se asocia solo a una cultura, sino que su estudio debe ampliarse a un punto de vista multicultural.

Todas estas relaciones e implicaciones entre calidad de vida, satisfacción con la vida y envejecimiento con éxito pueden observarse en la Figura 1.

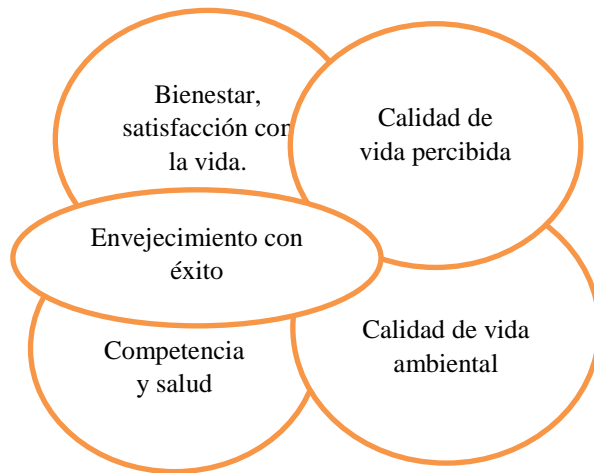


Figura 1.- Relaciones entre calidad de vida, bienestar y satisfacción con la vida y envejecimiento con éxito. (Fernández-Ballesteros, 2009).

2.4. Bienestar en la tercera edad.

El bienestar responde a la percepción que tiene la persona sobre el control de sí misma, el sentirse apoyado socialmente y la propia satisfacción que tiene su vida (Campbell, 1981).

El bienestar subjetivo, satisfacción vital, bienestar social, son todos parte de una serie de términos que se relacionan con la felicidad y el optimismo. A partir de innumerables controversias, actualmente existen ciertos consensos:

- El bienestar tendría una dimensión básica y general que es subjetiva.
- El bienestar estaría compuesto por dos facetas básicas: una centrada en los aspectos afectivos-emocionales y otra centrada en los aspectos cognitivos valorativos, que se refiere a la evaluación que la persona hace de la satisfacción de su propia vida.

Durante los últimos años se han llevado a cabo algunas investigaciones sobre el bienestar que han ampliado considerablemente el concepto de bienestar.

Ryan y Deci (2001) han propuesto una organización de los diferentes estudios en dos grandes tradiciones:

- una relacionada fundamentalmente con la felicidad (bienestar hedónico)
- otra ligada al desarrollo del potencial humano (bienestar eudaimónico).

Ryff y Shmotkin (2002) han extendido los límites de esta clasificación y han utilizado el constructo bienestar subjetivo como principal representante de la tradición hedónica, y el constructo bienestar psicológico como representante de la tradición eudaimónica.

La tradición hedónica desde un primer momento define el bienestar como un indicador de la calidad de vida basado en la relación entre las características del ambiente y el nivel de satisfacción experimentado por las personas.

Considerando lo anterior, el bienestar subjetivo es un área general de interés científico y no una estructura específica que incluye las respuestas emocionales de las personas, satisfacciones de dominio y los juicios globales de satisfacción de vida. (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999)

El bienestar subjetivo se refiere a lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas y a las conclusiones cognoscitivas y afectivas que ellos alcanzan cuando evalúan su existencia. Comúnmente se denomina “felicidad” al bienestar subjetivo que se experimenta cuando se sienten más emociones agradables y pocas desagradables, cuando están comprometidos en actividades interesantes y cuando están satisfechos con sus vidas. (Diener, 2000).

2.5. Esperanza de vida.

Si se continúa indagando en el estudio de la tercera edad, nos encontramos con un concepto clave, como es la esperanza de vida que responde a la edad media que se acercan todos los habitantes de un país o una región.

La esperanza de vida que aumenta en España acompañada de un descenso de la natalidad se considera un éxito de todos los humanos, aunque para abordar esta cuestión también debemos plantearnos otras preguntas cómo pueden ser nuevas enfermedades que aparezcan en la población, nuevas vías de trabajo, nuevos profesionales para atender a este “nuevo” colectivo, etc.

Según el Instituto Nacional de Estadística, en adelante INE, la esperanza de vida en España irá aumentando, por lo que evidentemente nos encontramos ante una clara población envejecida, sobre todo en las zonas rurales.

Si nos centramos en la vida diaria de las personas mayores, es evidente que debemos fomentar en ellos hábitos de vida saludables que tienen unos efectos muy positivos en su propia salud y en los problemas que pueden presentar, pero nos encontramos con un problema y es que las personas mayores pueden presentar rechazo ante el cambio de unos hábitos de vida que llevan a cabo no muy saludables, debido a la cantidad de tiempo que llevan realizándolos y que a cierta edad resulta muy difícil cambiar la forma de pensar y de actuar.

Debido a esto, lo que los profesionales que trabajamos con estas personas llevemos a cabo actividades, talleres de concienciación, para que por lo menos intentemos cambiar en la medida de lo posible esos hábitos que son nocivos para la salud por unos hábitos de vida más saludables, cómo puede ser la realización de ejercicio físico moderado acorde a su salud, una nutrición basada en una dieta adecuada a su organismo e intentando disminuir o eliminar el consumo de tabaco y alcohol, debido a que existen personas que han estado durante toda su vida consumiendo tabaco o bebidas alcohólicas y su organismo se puede encontrar bastante deteriorado.

2.6. Salud.

Si nos centramos en el ejercicio físico podemos observar, según la OMS (1997) una serie de beneficios tanto físicos como psicológicos y sociales. En relación con los beneficios que puede aportar el ejercicio físico en la vejez, relacionados con el bienestar físico nos encontramos una reducción del riesgo de enfermedades del corazón, la presión arterial, mejora de la movilidad, reduce el riesgo de diabetes, etc. En cuanto a los beneficios psicológicos, el ejercicio físico mejora la autoestima, incrementa la socialización. Y por último en cuanto a los beneficios con la sociedad, la realización de ejercicio físico reduce la presencia de servicios de salud, incrementa la presencia de los mayores en la sociedad.

Otro aspecto que debemos tener en cuenta es el funcionamiento cognitivo de los mayores. Quizá algo que todas las personas tenemos miedo y rechazo es llegar a la

tercera edad y sufrir un deterioro cognitivo y no saber valerse por uno mismo además de olvidar todos esos recuerdos que se han ido almacenando en nuestra memoria.

Un mito que se debe intentar eliminar es el de pensar que al llegar a la tercera edad se va a producir en la persona un deterioro cognitivo? ya que esto no es así. Según Schaie (2005) “hemos empezado a reconocer que el paso del tiempo y el envejecimiento no pueden ser en modo alguno la causa de ningún cambio de conducta observado”.

Por ello aumentar la esperanza de vida y la longevidad de nuestros mayores, nos encontramos un campo de trabajo nuevo, mucho más amplio en el que hay poca experiencia y se tiene que investigar aún porque tenemos delante de nosotros un futuro real cuanto menos muy importante.

La muerte, es un tema que las personas mayores tienen muy presente y lo que puede provocar daños en su salud, debido a la pérdida de las personas que siempre han estado a su alrededor. Ante una situación angustiosa en la que nos encontremos, debemos tratar a la persona con naturalidad permitiéndola que se desahogue si lo considera oportuno, escuchando lo que nos cuenta sin ahondar demasiado en el asunto y respetándola hasta donde quiera llegar. El afrontamiento de diferentes temas, es decir, el pensamiento y las diferentes conductas que la persona tiene en su cabeza pueden provocar un estrés que no es beneficioso para la persona. Por ello, la labor de los profesionales que trabajan con personas mayores deben promover pensamientos positivos y conductas que se adapten a la situación que están atravesando en ese momento.

Además de esto, hay un aspecto importante en la forma de vida de las personas, como es la religión. Como se ha comentado anteriormente, la muerte está muy presente y es algo que todos vamos a afrontar en nuestras vidas, ya que por diversas razones perdemos seres queridos a lo largo de nuestra existencia. Las personas mayores cuando van alcanzando la vejez tienen que afrontar la pérdida de personas que han tenido a su lado durante toda su vida. Las que tienen una espiritualidad activa pueden tener una visión más positiva acerca de la muerte ya que “es algo que Dios desea”. Ampliando un poco más esta visión, (Powell, Shahabi y Thoresen, 2003) llevaron a cabo un estudio realizado en Estados Unidos por el que sus resultados muestran una reducción del 95% en el riesgo de mortalidad entre los adultos sanos que acudían a celebraciones religiosas al menos una vez a la semana.

2.7. Convivencia en la tercera edad.

El concepto de convivencia hace referencia a la coexistencia física y pacífica que se lleva a cabo entre un grupo determinado de personas. En la tercera edad, la convivencia puede llevarse a cabo en diferentes entornos y contextos.

Es en esta etapa de la vida cuando pueden producirse diferentes problemas debido a la pérdida de un ser querido con el que se ha convivido siempre o el hándicap en ciertas personas de tener que abandonar sus casas para residir con familiares o en un centro institucionalizado

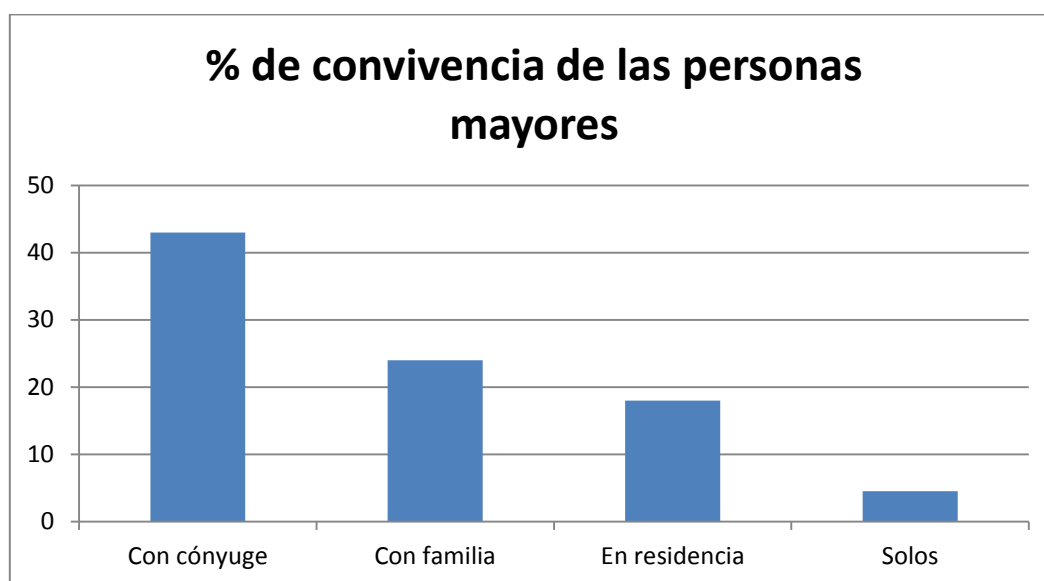


Figura 2. Convivencia de las personas mayores a partir de los 70 años. Fuente: tomada de GONZALO, L.M (2002). Tercera Edad y Calidad de Vida. Aprender a envejecer.

Se puede observar la diferencia existente entre las personas mayores que viven en residencia y las que no. Nos encontramos ante un 18% que se encuentran institucionalizados frente a un 82% que vive con su cónyuge, familia o solos en sus casas.

En la figura 2 podemos ver como es la convivencia de las personas a los 70 años, además suele ser una etapa en la vida un tanto confusa debido a que muchas personas acaban de lograr la jubilación y se encuentran en un estado de crisis en la ocupación de su tiempo, que puede provocar una pérdida de identidad y sentimientos negativos y de frustración.

Según lo anterior se pueden sacar diferentes conclusiones. La reducción de la mortalidad no significa que los años que se viven sean buenos, lo que realmente es

importante es la calidad de vida con la cual se viven esos años que se encuentran dentro de la vejez.

Para Fernández-Ballesteros (2007) existe una relación directa entre la calidad de vida con la que se viven los años de la vejez, el envejecimiento activo y el bienestar y la satisfacción con la vida, ya que este último es considerado como el principal componente del envejecimiento exitoso.

En la actualidad, se observa como la mayoría de las personas mayores prefieren estar en sus casas, aunque sean solas, antes de abandonar su hogar para instalarse en una residencia.

2.8. Servicios Sociales.

A medida que han ido pasando los años, el ámbito de los servicios sociales se ha desarrollado de manera muy acelerada, probablemente debido al concepto llamado “Estado de Bienestar”.

Uno de los autores que más prestigio tiene dentro de este ámbito es Ander-Egg y lo define de la siguiente manera:

“En el sector del Bienestar Social o de la Previsión y Asistencia Social se denominan servicios sociales a las prestaciones especializadas, proporcionándolas por un personal cualificado con el fin de ayudar a las personas en estado de necesidad o en situaciones-problema que no pueden superar o resolver por sí mismas. Estas prestaciones y asistencias técnicas son ofrecidas por organizaciones públicas y entidades privadas, con o sin fin de lucro, cuyo objetivo material es la distribución de bienes y servicios con fines asistenciales, de rehabilitación, prevención o promoción social de casos individuales, familias, grupos o colectividades” (Ander-Egg, 1998, pág.:291).

Fernández-Ballesteros (2007) afirma que los servicios sociales han ido evolucionando. Desde un primer momento los servicios sociales se relacionaba con todo aquello que intentase mejorar o mitigar la pobreza de las personas, pero hoy en día se ha producido un cambio de enfoque debido al consenso que hay respecto a la necesidad de paliar aquellas situaciones que son de vital importancia para el individuo.

Las estructura de los servicios sociales se ha ido fundamentando gracias al reconocimiento de la asistencia social, término que utiliza la Constitución y cuyas

competencias puede ser asumidas en su totalidad por las diferentes Comunidades Autónomas que así lo recoge el artículo 148.1.20 de la mencionada Constitución. Quizá, debido a esto, la consolidación de los servicios sociales sea hoy una realidad.

Si seguimos indagando en este tema, nos encontramos con las administraciones locales que coordinan una importante red relacionada con los servicios sociales. La Ley Reguladora de las Bases de Régimen Local de 1985, obliga a los municipios que tengan censados más de 20.000 habitantes a prestar servicios sociales, lo que ha dado lugar a la creación de los Centros de Servicios Sociales (CSS) cuya principal labor es poner a disposición de los ciudadanos la información relacionada acerca del acceso a todos los recursos sociales. Por supuesto, no podemos olvidar mencionar al Ministerio de Asuntos Sociales, ya que es el principal impulsor de estos servicios a través de convenios y prestaciones de dinero a las diferentes comunidades y administraciones para garantizar la permanencia de los servicios sociales.

2.9. Centros Residenciales.

Según establece IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales), los Centros Residenciales, son establecimientos destinados al alojamiento temporal o permanente, con servicios y programas de intervención adecuados a las necesidades de las personas objeto de atención, dirigida a la consecución de una mejor calidad de vida y a la promoción de su autonomía personal.

El Servicio de atención residencial ofrece, desde un enfoque biopsicosocial, servicios continuados, de carácter personal y sanitario, unos de carácter básico, como alojamiento, manutención, asistencia en las actividades básicas de la vida diaria, y atención social y sanitaria, otros especializados, de prevención, asesoramiento y orientación para la promoción de la autonomía, atención social, habilitación o atención asistencial y personal, atención médica, psicológica, de enfermería, terapia ocupacional y rehabilitación funcional. La prestación de este servicio puede tener carácter permanente, cuando el centro residencial se convierta en la residencia habitual de la persona, o temporal, cuando se atiendan estancias temporales de convalecencia o durante vacaciones, fines de semana y enfermedades o períodos de descanso de los cuidadores no profesionales. (IMSERSO, 2013)

Hasta hace unos años, la residencia funcionaba como un asilo, es decir, lugar de acogimiento de ancianos que estaban solos, sin familiares que pudieran ocuparse de ellos y, sin recursos para concertar una atención para su vida diaria. Esta función de asilo la cumplieron lugares asistenciales de origen antiguo y básicamente religioso, como las Casas de Misericordia, y la han seguido cumpliendo las Hermanitas de los Pobres, las Hermanas de los Ancianos Desamparados, etc...

Actualmente está muy presente un nuevo concepto que se conoce como “Atención centrada en la persona”. Esta atención se refiere a un cuidado en el que la dignidad de la persona es el principal objetivo que tenemos que salvar, en el que cada uno debe tener el derecho a controlar su propia vida.

Existen unas pautas clave que nos muestra los puntos fuertes de la atención centrada en la persona (ACP), que Teresa Martínez (2010) define de la siguiente manera:

“todas las personas tienen dignidad, independientemente de su edad o de las enfermedades que puedan tener. Todos y cada uno de nosotros somos únicos, ya que nadie es superior a los demás. La biografía de cada uno es algo que nos hace únicos, por lo que este aspecto es vital para trabajar este nuevo modelo de atención centrado en la persona. Cada persona tiene derecho a controlar su vida, por lo que se debe respetar la autonomía de cada uno, en el que puedan decidir y actuar con unos valores de respeto. Todas las personas poseen diferentes fortalezas y capacidades, por lo que los profesionales no deben centrarse sólo en sus déficits y limitaciones sino buscar un equilibrio resaltando sus fortalezas. No nos podemos olvidar del ambiente físico ya que influye en el comportamiento, necesitamos buscar diferentes estímulos para que se sientan cómodos. También las actividades de la vida cotidiana juegan un papel muy importante debido a que sus actividades del día a día son lo que hace que se sientan más integrados y no podemos limitarles y “darles todo hecho”, tenemos que hacerles partícipes y que puedan realizar las labores que quieran, siempre que sea posible”.

Hoy en día en la mayoría de las instituciones se realizan diferentes programas o actividades tales como: taller de memoria para frenar y retardar todo lo posible el avance del deterioro cognitivo, fisioterapia para mantener las capacidades funcionales de los residentes, juegos de mesa y de ocio para emplear el ocio y el tiempo libre de los usuarios, charlas y debates para estar al corriente de la actualidad además de interactuar entre los compañeros y los profesionales del centro, etc. Estos programas que se

desarrollan, no son más que la mera mezcla de actividades para intentar que las personas usuarias de residencias inviertan su ocio y su tiempo libre.

En un intento de profundizar en la atención centrada en las personas, actualmente en la Junta de Castilla y León y dentro de la Consejería de Familia se está llevando a cabo un programa novedoso denominado “En Mi Casa”. Este programa se está poniendo en marcha en diferentes residencias de la tercera edad de la comunidad. Uno de estos Proyectos se está llevando a cabo en la Residencia de la Tercera Edad “Cardenal Marcelo” de Valladolid. Este proyecto está basado en la calidad de vida de los residentes y pretende cubrir los deseos explicitados en diversos estudios y foros relativos a cómo quieren vivir las personas durante el último periodo de su vida.

En la mayor parte de los casos se pone de manifiesto que las personas mayores quieren seguir viviendo en “su propia casa”. No siendo siempre esto posible, si se puede, sin embargo, hacer de la vivienda alternativa un lugar grato y confortable, lo más parecido al propio hogar, en el que la persona siga manteniendo el control de su vida, se respeten sus derechos y decisiones, y no se interrumpa de forma brusca su proyecto y modo de vida anterior.

Este proyecto tiene tres pilares fundamentales que son: la presencia de un profesional de referencia que los usuarios conozcan y se dirijan a él ante cualquier situación. La presencia de las historias de vida, en la que los profesionales de referencia intentan extraer datos acerca de su pasado, sus gustos, aficiones, horario antes de llegar a la residencia... en fin su historia pasada. Y por último, la realización del proyecto de vida. A través de la historia de vida se pueden obtener pistas acerca de sus gustos, intereses... y de este modo, poder confeccionar un proyecto de vida, algo que la persona pueda realizar partiendo de sus intereses.

Este proyecto apuesta por un nuevo modelo de derechos, que pivota sobre el principio de autodeterminación de la persona y que trata de superar el modelo actual basado en la satisfacción de necesidades y provisión de cuidados fundamentalmente asistenciales y sanitarios.

2.10. Evaluación.

El objetivo principal que persigue este Trabajo Fin de Máster es profundizar en la evaluación del bienestar de la tercera edad. En concreto en un grupo de usuarios de la residencia anteriormente aludida. Por eso nos parece oportuno profundizar y acotar el concepto de evaluación.

La evaluación ha tenido muchas definiciones a lo largo de la historia. Para Scriven (1967) es una estimación del mérito del objeto. Para Tyler (1950) la evaluación de un determinado programa es el proceso de determinar en qué medida los objetivos de un programa se han alcanzado. Por último, haciendo referencia a Levine (1975) afirma que evaluación es el examen de los efectos y resultados de un determinado programa.

La evaluación puede hacer referencia a cinco casos: ¿Qué vamos a evaluar?, ¿Cómo lo vamos a evaluar?, ¿Cuándo voy a evaluar?, ¿Quién va a realizar la evaluación? ¿Para qué hago la evaluación?

Refiriéndonos a lo que vamos a evaluar podemos distinguir entre conocimientos, actitudes y procedimientos de la persona, con unas técnicas o unos instrumentos de medida, durante tres momentos (al inicio, durante y al final).

En un comienzo, podemos observar cuales son las carencias o puntos fuertes que podemos apreciar para, de forma continuada durante el desarrollo de lo que queremos llevar a cabo, podamos introducir cambios o mejoras para lograr una evaluación final de éxito, logrando los objetivos que nos hemos marcado previamente.

Los intentos de medir el estado funcional se iniciaron en la década de los cuarenta. Nos encontramos con Karnofsky y Burchenal (1949) que desarrollaron el índice que lleva su nombre, ideado para valorar la capacidad funcional de los pacientes con cáncer de vejiga, una medida de la utilidad del paciente o de la carga que representa para su familia o la sociedad. Otros índices creados en esta época (criterios de la New York Health Association y del American Rheumatism Association) incluían tanto síntomas y cambios anatómicos como el estado ocupacional o actividades de la vida diaria, por lo que resultaron novedosos en la aproximación clínica de entonces.

En los años cincuenta se desarrollan las escalas de medición de las Actividades de Vida Diaria (AVD), en las que la percepción del propio paciente sobre la salud no

tiene protagonismo, sino que es enjuiciada por el profesional sanitario, anteponiendo la observación más objetiva a la más subjetiva.

El cambio de la aproximación a la medida de la calidad de vida respecto a la salud se dio en los años sesenta, cuando se desarrolló la moderna generación de instrumentos genéricos de medida de la calidad de vida respecto a la salud. Los cuestionarios incluían expresiones o frases obtenidas de los pacientes y eran rellenados por ellos mismos, incluían una gran gama de dimensiones de la calidad de vida respecto a la salud y demostraron unas propiedades psicométricas poco o nada estudiadas en los cuestionarios anteriores.

Una de las principales razones de la mejora de calidad de vida en medicina fue el notorio malestar de los pacientes con respecto a la asistencia médica durante los años sesenta y setenta, hecho que también determinó el desarrollo del movimiento de autoayuda. Un aspecto específico de esta insatisfacción fue que, en el intento de prolongar la vida a cualquier precio, y haciendo hincapié exclusivamente en las necesidades terapéuticas, la medicina tendió a pasar por alto las necesidades humanas básicas de sus pacientes, como el bienestar, la autonomía y el sentido de la propiedad (Katschnig, 2000).

En la década de los ochenta se desarrollaron cuestionarios mucho más cortos, lo que permitió su adopción definitiva en la práctica médica.

Finalmente, en la década de los noventa se desarrollaron cuestionarios que incluyen principalmente las dimensiones específicas o características de una determinada enfermedad o población, (Badía, 1995).

De la mayoría de instrumentos utilizados para la medida de la calidad de vida respecto a la salud se destacan tres elementos (Badía, 1995):

- 1) la importancia del estado funcional en la multidimensionalidad del concepto;
- 2) la subjetividad de la aproximación a la medición del estado de salud,
- 3) la obtención de un número que represente la preferencia por el estado de salud.

El uso del concepto de calidad de vida en trastornos mentales sólo tiene significado si su valoración es llevada a cabo de una forma compleja y diferenciada que incluya la interacción con el entorno. Ésta debería tener en cuenta las siguientes recomendaciones (Katschnig, 2000):

1. Cuando sea posible deben realizarse al menos tres valoraciones: a) a cargo del paciente; b) a cargo de un familiar o amigo, y c) por parte de un profesional.
2. Deben distinguirse tres componentes de la calidad de vida: a) bienestar/satisfacción subjetivos; b) desempeño de los roles (sociales), y c) condiciones externas de vida (material, es decir, nivel de vida, y social, como la red social y el apoyo social).
3. Deben valorarse diferentes ámbitos vitales de forma separada (valoración de múltiples áreas), pues la calidad de vida de una persona puede ser excelente en un ámbito (por ej., la familia) e inferior en otro (por ej., el trabajo); asimismo, las acciones de ayuda deben dirigirse a estos segmentos de la vida, más necesitados de ayuda.
4. La inclusión de los síntomas psicopatológicos en los instrumentos de calidad de vida debe ser explícita.
5. La valoración de los cambios en la calidad de vida debe tener en cuenta las distintas “velocidades” de cambio que son inherentes a los distintos componentes (bienestar/satisfacción, estado funcional, factores contextuales) y la posible tendencia a la baja de los estándares con los que los pacientes con enfermedad mental persistente comparan su situación actual.

En este trabajo nos vamos a centrar en la evaluación de la calidad de vida dentro de la vejez. Tal y como anteriormente se mencionaba, al hablar de modelos teóricos, la aplicación de la mayoría de aspectos de la investigación sobre calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores ha sido escasa hasta hace pocos años. Por ello, es de esperar que las aplicaciones de instrumentos de medida a esta población o la creación de instrumentos específicos para sus características particulares también sean escasas. La medición de la calidad de vida en personas mayores responde a idénticas necesidades y demandas que en otros grupos de edad y está sujeta a los mismos requerimientos metodológicos (Reig, 2000).

Las investigaciones han proporcionado información normativa relacionada con la salud que reviste importancia para la calidad de vida de las personas mayores. Típicamente, estos hechos cubren los acontecimientos objetivos, por ejemplo, enfermedades, estado mental, discapacidades y muerte.

Aunque se dispone de información sobre ciertos acontecimientos subjetivos, se conoce poco sobre asuntos clave como son las creencias, los valores y los temores (Gurland y Katz, 2000).

Como componentes de las funciones objetivas-subjetivas que permiten la calidad de vida, se ha recogido información a partir de la población acerca de la movilidad, la autonomía y las actividades en el hogar, aunque todavía se ha de adquirir experiencia en otros campos. Si bien la información se ha obtenido en varios países desarrollados, las diferencias metodológicas existentes impiden comparaciones claras y generalizables (Feinleib, 1991; Myers, 1993). Gurland y Katz (2000) hacen una propuesta de lenguaje para describir la calidad de vida de las personas mayores. Estos autores ordenan los términos habitualmente usados en la investigación y trabajo clínico con personas mayores que hacen referencia a la calidad de vida, y los agrupan en 19 ámbitos: movilidad útil, actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, actividades tecnológicas de la vida diaria, capacidad de navegación, capacidades de orientación, comunicación receptiva, comunicación expresiva, preservación de la salud, síntomas y humor, relaciones sociales e interpersonales, autonomía, capacidad de administración, adaptación al entorno, obtener gratificación, percepción de la salud, imagen futura, bienestar general y coordinación efectiva. Estos ámbitos agrupan distintos retos de adaptación y establecen respuestas que reflejan los esfuerzos de la persona mayor para acometer cada reto. Se supone que la integridad de la calidad de vida emana de las respuestas adaptativas, mientras que la disminución de la calidad de vida lo hace de las respuestas desadaptativas.

El grado en que la adaptación (por tanto, la calidad de vida) está alterada, es decir, la gravedad de la desadaptación, se describe con los términos “intensidad” y “extensión”. La intensidad condensa el nivel de deterioro en un momento dado, habitualmente el presente (términos como: muy, completamente, parcialmente, moderadamente...). La extensión se refiere al grado en que la incapacidad penetra en la

vida diaria y amplia de la persona mayor (frecuencia y duración de estados, número y frecuencia de circunstancias desencadenantes).

En este Trabajo Fin de Máster, para la evaluación, se han llevado a cabo diferentes procedimientos y utilizado varios instrumentos, entre ellos destacamos: la entrevista, la observación y la aplicación de diferentes test o escalas. Todos ellos han permitido la obtención de unos datos que, en la parte empírica del trabajo, serán objeto de análisis.

La observación, como técnica de recogida de datos, es utilizada tanto para la investigación experimental como en la etnográfica. (BUENDÍA, 1999).

Se sabe que la observación se puede diferenciar entre observación participante y observación no participante. Nos vamos a centrar en la observación participante, técnica por excelencia en la investigación cualitativa, ya que es la que ha estado presente durante la recogida de datos en la institución y se caracteriza por el nivel de implicación del observador. El observador participa como un miembro del grupo social, ya que se integra en el grupo y anota lo que considera importante para el estudio.

Otra de las técnicas utilizadas es la entrevista, técnica de recolección de información que utiliza la interacción verbal entre el entrevistador y el entrevistado que responde a las preguntas para obtener la información exigida por los objetivos previos. Una vez recogida esa información, se analiza e interpreta para recopilar los datos que realmente son necesarios en la propia evaluación.

3. METODOLOGÍA.

3.1. Contexto.

El objetivo de estudio que se quiere conseguir con este Trabajo Fin de Máster es la selección y evaluación del bienestar y la calidad de vida en la tercera edad, concretamente en un grupo de personas institucionalizadas, seleccionadas para formar parte de un grupo de control equivalente al grupo que participa en el proyecto “En Mi Casa”, experiencia llevada a cabo en la Residencia Cardenal Marcelo de Valladolid.

La Residencia Provincial “Cardenal Marcelo” Es un Centro Gerontológico Polivalente, abierto, integral, participativo y de desarrollo personal, en el que viven temporal o permanentemente personas mayores de 65 años válidos, que no pueden satisfacer sus necesidades por sí mismos o por otros recursos. El objetivo general que persigue dicho centro es facilitar una atención global a la persona mayor, encaminada a mejorar su calidad de vida a través del mantenimiento del mayor grado posible de autonomía personal, el retraso de la dependencia, y el alivio de su situación de aislamiento social. El edificio está compuesto por seis plantas con un total de 206 plazas para estancias permanentes, 4 plazas para estancias temporales o respiro familiar y 9 plazas dentro de la enfermería. En la planta 0 se encuentra el comedor general, el gimnasio, el aula-taller, la sala de animación, la cocina, el lugar de costura y las despensas. La planta 1, es la planta de entrada, en ella se encuentra la centralita, los despachos del Director del centro, de los administrativos y auxiliares y de la trabajadora social. También está ubicado en esta planta el salón general para todos los residentes, un salón de actos, una capilla, la cafetería y una consulta médica. En la parte final de la planta se encuentra el espacio para los usuarios más dependientes. La planta 2, 3, 4, 5 y 6 están destinadas a las habitaciones de los residentes. La unidad de convivencia “El Olmo” del proyecto “En Mi Casa” se encuentra en la segunda planta, planta por la que además se accede a enfermería. En la planta 6 además se encuentra la biblioteca del centro.

A continuación se quiere hacer una comparativa entre la vida en la residencia del proyecto “En Mi Casa” y el resto de los usuarios entre los que se encuentra el grupo control. Se puede observar en una simple visita por toda la institución las primeras diferencias, en cuanto a decoración, la unidad de convivencia “El Olmo” perteneciente al proyecto “En Mi Casa” es más acogedora, con un ambiente más hogareño, más

cálido, con diferentes cuadros, lámparas, etc. También se puede ver la presencia de una cocina propia para cocinar si lo desean. Todas las habitaciones son individuales, en el resto de la residencia hay dobles, que comparten con otro residente y alguna individual.

Cierto es, que debido a la poca autonomía que presentan algunos usuarios del proyecto “En Mi Casa”, no se pueden desarrollar al 100% actividades que se querían, debido a esto, el grupo control seleccionado sobre el que se va a trabajar en este Trabajo Fin de Máster, tiene poca autonomía, ya que se ha intentado al máximo, que este grupo espejo se corresponda todo lo posible con los usuarios del nuevo proyecto.

El principal objetivo de este Trabajo Fin de Máster es la selección de un grupo de usuarios institucionalizados en la Residencia Cardenal Marcelo de Valladolid, que sirva de grupo de control en el estudio que se está llevando a cabo para evaluar la experiencia del proyecto “En Mi Casa”, que se ha implantado en dicha residencia.

El tiempo empleado para la recogida de información ha sido durante dos meses, en el que se ha podido acceder a todos los datos necesarios a través del programa “Resiplus” de la institución y gracias a la implicación de la psicóloga del centro, que en todo nos ha aportado la información necesaria. Sin embargo, no ha sido así con algunos profesionales de referencia de algunos residentes, que no fue muy fácil que aportaran la información necesaria.

A continuación se cree oportuna la realización de un DAFO en el que se indiquen de forma más clara y concisa las diferentes debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades que han surgido durante la recogida de datos, el análisis de los mismos, la interpretación de éstos y la evaluación.

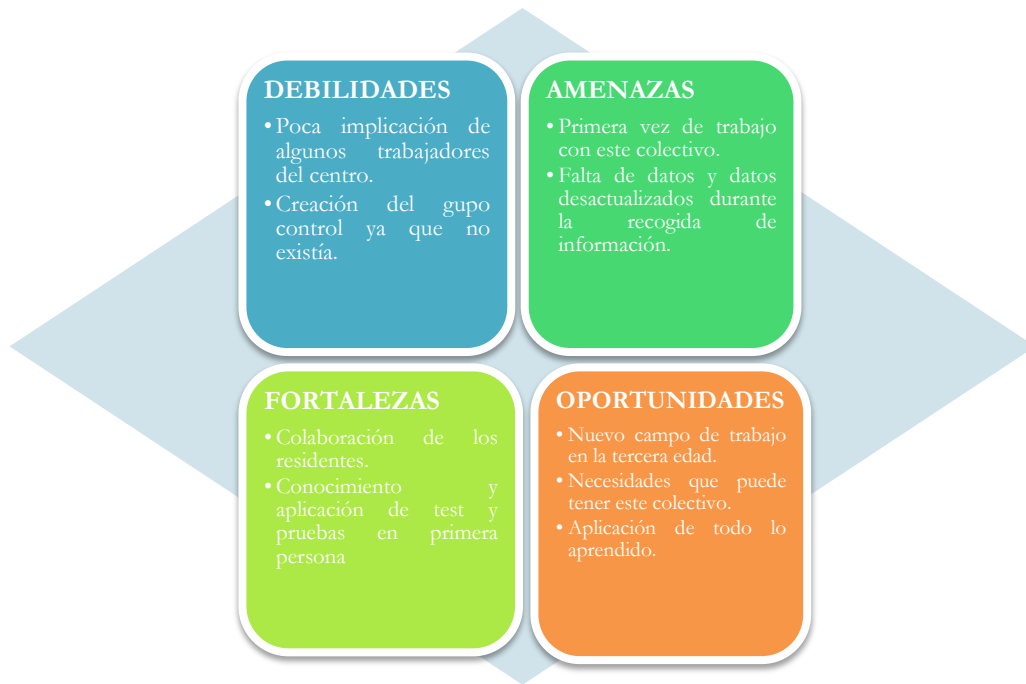


Figura 3. DAFO.

A través de la figura 3, queremos dejar constancia de forma gráfica, del análisis DAFO realizado ante esta nueva experiencia, debido a que en la institución se están llevando a cabo dos experiencias paralelas como son el proyecto “En Mi Casa” y la vida normal en una residencia, han aparecido diferentes puntos fuertes y débiles a la hora de recoger, analizar e interpretar los datos necesarios para la elaboración del presente Trabajo Fin de Máster.

3.2. Participantes.

De un total de 210 plazas de la residencia, 4 están destinadas a estancias temporales o de respiro familiar, 14 de ellas están destinadas al proyecto “En Mi Casa”, aunque al inicio de este estudio sólo había 13, por lo cual, del resto de residentes se seleccionaron un total de 13 usuarios con características similares a los participantes en el proyecto “En Mi Casa” para formar el grupo control.

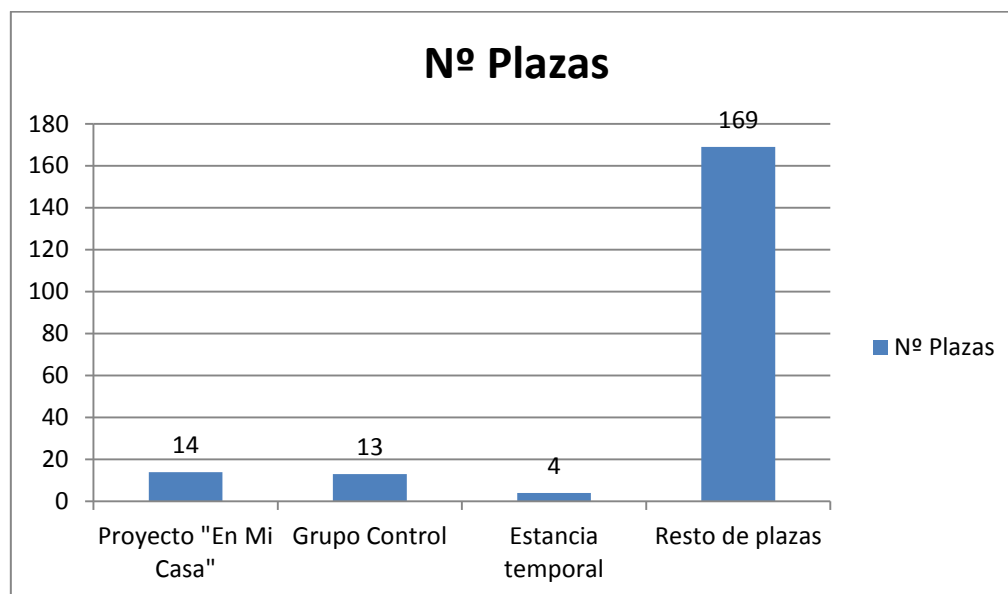


Figura 4. Total de plazas de la residencia Cardenal Marcelo (Valladolid).

El grupo seleccionado consta de 13 residentes que habitan en la residencia con el resto de usuarios, en las diferentes plantas destinadas a las habitaciones y con la autonomía de poder asistir a las actividades si así lo creen oportuno.

El grupo está compuesto en su gran mayoría por mujeres, en concreto un 84,6% de las personas pertenecientes a este grupo son mujeres, frente a un 15,4% que son hombres

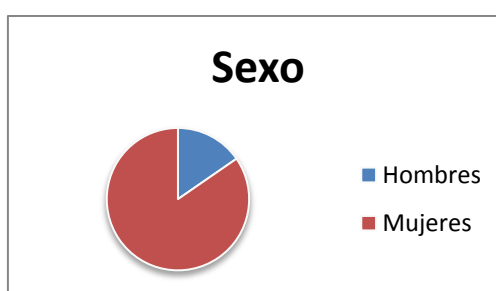


Figura 5. Porcentaje en función del sexo.

En relación con lo mencionado anteriormente sobre seleccionar un grupo control lo más parecido posible al grupo experimental, una de las principales diferencias que se pueden observar es la mayor presencia de mujeres que de hombres, hecho que debemos tener en cuenta para el análisis de las diferentes áreas de observación que se van a analizar en adelante.

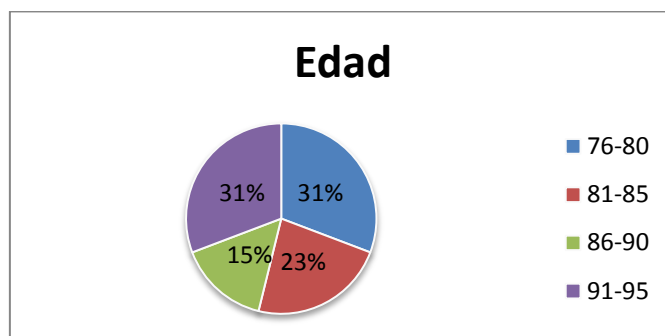


Figura 6. Edad de los residentes.

Si nos centramos en la edad, nos encontramos con una media de 84,7 años para las personas pertenecientes a este grupo, una media bastante similar a la de toda la institución, ya que oscila alrededor de los 82 años aproximadamente.

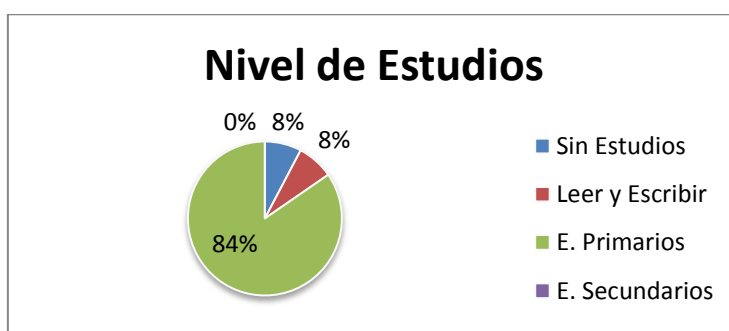


Figura 7. Nivel de estudios.

Lo que se puede observar en el gráfico anterior es un claro predominio de los estudios primarios en la gran mayoría de los residentes, es decir, pudieron ir a la escuela pero no pudieron continuar estudiando durante más tiempo ya que según contaban los propios residentes, a los 12 años o a los 14 como muy tarde tenían que dejar el colegio para ponerse a trabajar y ayudar en casa.

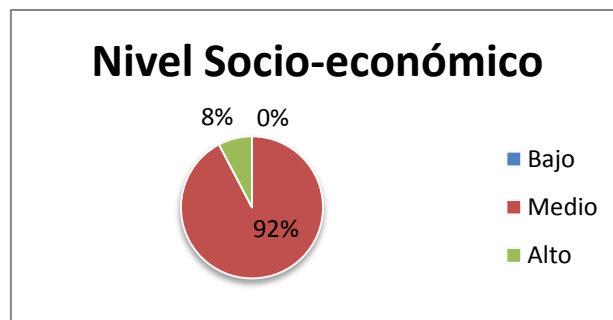


Figura 8. Nivel socioeconómico.

En correspondencia al nivel socioeconómico, se puede ver un claro predominio de un nivel medio, es decir, personas que no han tenido grandes privilegios, pero que con trabajo han logrado salir adelante durante su vida.

Del total de residentes que forman este grupo control hay que tener en cuenta que a diferencia del grupo experimental del proyecto “En Mi Casa”, estos residentes no viven todos juntos en una unidad de convivencia sino que cada uno se encuentra en una planta diferente, hay dos residentes que viven con sus parejas y algunos de ellos no se conocen. También, existen diferencias entre los residentes que se encuentran en cada grupo de deterioro, por ejemplo, en el grupo borderline un residente acude a todas las actividades de la residencia mientras que el otro pasa la mayor parte del tiempo en su habitación. En el grupo de deterioro leve, uno de los residentes se encarga de colocar las salas y acudir a todas las actividades mientras que el otro residente acude cuando le apetece. Dentro del grupo de deterioro moderado tenemos diferencias, dos residentes suelen acudir a todas las actividades mientras que el resto decide no ir y prefiere quedarse en su habitación. Por último, en el grupo de deterioro grave, mientras tres residentes se encuentran en la zona de asistidos, otro residente acude al taller de memoria y al resto de actividades. Con todo esto lo que se quiere dejar claro es que aunque tengan un deterioro parecido, la forma en la que pasan el día a día en la residencia influirá en la comunicación, las relaciones con los otros, la expresión emocional y la participación en actividades como veremos en el punto 4 de este trabajo.

3.3. Instrumentos utilizados.

El grupo control se ha conseguido a través de la aplicación de diferentes pruebas diagnósticas para la valoración del deterioro cognitivo y del grado de funcionalidad. En concreto el test cognitivo Minimental y la escala Barthel.

De manera individual se fue evaluando su nivel cognitivo pasando a la gran mayoría los residentes que no tenían los datos actualizados, al objeto de conocer el nivel exacto de deterioro a través de la escala Minimental y valorando la escala Barthel aportada por las diferentes auxiliares de referencia.

Una vez recogidos todos los datos, se valoraron los diferentes resultados obtenidos y se trabajó en esos datos para lograr obtener un grupo control de participantes lo más similar a los residentes del proyecto piloto “En Mi Casa”.

Finalmente, diseñado el grupo control se empezó a trabajar con las rejillas de observación, las entrevistas, los checklists y la escala Whoqol.

Los instrumentos utilizados y enunciados anteriormente, para llevar a cabo este Trabajo Fin de Máster han sido los siguientes:

- a) Examen cognoscitivo - Minimental. Fue desarrollado por Folstein (1975). Se trata de una escala psicométrica para evaluar el estado cognoscitivo de las personas. Evalúa diferentes capacidades, tales como: orientación espacio-temporal, capacidad de atención, concentración y memoria, capacidad de abstracción, capacidad de lenguaje y percepción viso-espacial. Se ha utilizado la prueba de 30 ítems, cada ítem es evaluado con 1 punto si la respuesta es correcta o con 0 si la respuesta es incorrecta. Su aplicación se llevó a cabo en un ambiente confortable y sin ruidos, en los que sólo se encontraba la persona examinada y el responsable de pasar dicha escala, sin límite de tiempo, en una situación de calma y tranquilidad.

- b) Escala Barthel. La escala Barthel fue diseñada por Mahoney y Barthel (1955) y se utiliza para medir la capacidad de las personas de realizar las actividades básicas de la vida diaria. Su interpretación consiste en asignar a cada paciente una puntuación en función de su grado de dependencia, asignando un valor a cada actividad según el tiempo requerido para su realización y la necesidad de

asistencia para llevarla a cabo. Los datos pertenecientes a esta escala fueron aportados por los profesionales de referencia de cada residente, ya que estos profesionales son los encargados de rellenar dicha escala.

Una vez recogido todos los datos cognitivos y funcionales, se continuó para la elaboración del grupo control, con los datos más similares posibles al grupo experimental. Finalmente, con el grupo control seleccionado se pasó a la observación de los participantes a través de dos instrumentos de recogida de datos:

- a) Rejillas de observación con las que se ha trabajado están compuestas por 52 ítems, divididos en cuatro áreas:
 - Comunicación, en la que se puede registrar el interés conversacional, el grado de conversación, su coherencia al hablar, la relación con su profesional de referencia (en caso de que no sea autónomo), etc.
 - Relaciones con los otros, en la se puede observar cómo es su grado de relacionarse con el resto, su forma de actuar ante otras personas, etc.
 - Expresión emocional, dónde se puede investigar a través de las emociones que muestra, de los sentimientos que tiene, de cómo se siente, etc.
 - Participación en actividades, en la que se puede registrar el grado de participación en las diferentes actividades que se llevan a cabo.

El tiempo de observación empleado en el grupo control ha sido durante 14 días en periodos de media hora por día, en diferentes horarios del día.

- b) La entrevista se organizaba en 4 partes, la primera centrada en los datos biográficos de la persona, así como su situación familiar, educativa y socioeconómica. En adelante, se incluían preguntas en las que era necesario realizar una valoración cuantitativa de la misma, es decir, enumerar de 1(nada satisfecho/a) a 5(totalmente satisfecho/a) su satisfacción con su vida en la residencia.
- c) Checklist para cuidadores, rellenado por aquellos cuidadores de referencia de los residentes menos válidos. Compuestos por un total de 85 ítems separados en cinco categorías: además de las cuatro categorías mencionadas anteriormente en

las rejillas de observación (comunicación, relaciones con los otros, participación en actividades, expresión emocional), se añade el área de autonomía funcional, que nos indica la capacidad autónoma que no hemos podido observar en algunos residentes menos válidos, ítems como “utiliza los cubiertos”, “controla los esfínteres”, “come mediante sonda”, etc.

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Tabla 2. Minimental y Barthel de los residentes.

	MINIMENTAL	BARTHEL
Residente 1	26	45
Residente 2	28	100
Residente 3	20	95
Residente 4	24	85
Residente 5	14	15
Residente 6	15	85
Residente 7	16	100
Residente 8	17	85
Residente 9	16	50
Residente 10	6	25
Residente 11	12	15
Residente 12	12	10
Residente 13	11	85

En relación con el test de deterioro cognitivo, a través del test Minimental, observamos grandes diferencias. Nos encontramos con 2 residentes que se encuentran dentro de lo que se denomina “Borderline” alrededor de 27/26 puntos obtenidos en la prueba, otras 2 personas con un deterioro leve, 5 residentes que presentan un deterioro moderado y por último 4 residentes con un deterioro grave.

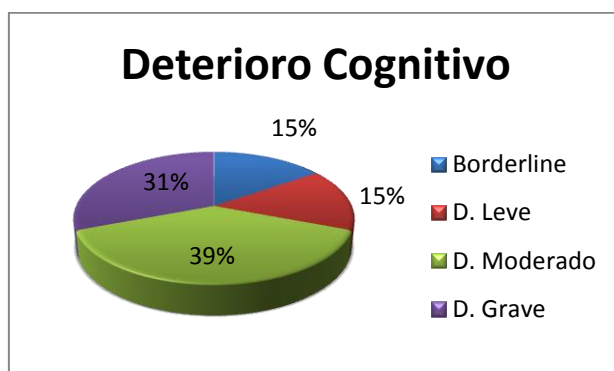


Figura 9. Deterioro Cognitivo.

La media que nos encontramos en este grupo es de 15,6 lo que nos indica un deterioro moderado.

A continuación, basándonos en la escala “Barthel” que nos indica el grado de funcionalidad de los residentes, podemos observar que también existen diferencias entre unas personas y otras.

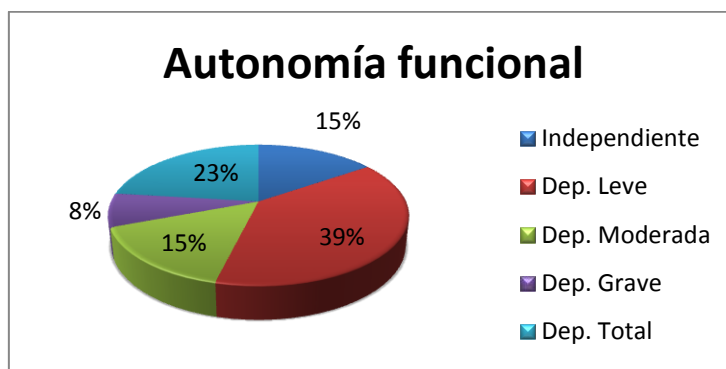


Figura 10. Autonomía funcional.

Si analizamos el gráfico anterior, al dividirlo por grupos se puede ver en cada grupo el grado de autonomía funcional.

Se puede ver que de los 13 residentes que forman el grupo control, 2 residentes poseen una autonomía funcional totalmente independiente, otros 5 residentes se incluyen dentro de una dependencia leve, 2 residentes que padecen una dependencia moderada, 1 residente con una dependencia grave y por último 3 residentes con una dependencia total.

4.1. Rejillas de observación.

En adelante, se va a realizar un análisis de las diferentes áreas que se han observado: comunicación, relaciones con los otros, participación en actividades y expresión emocional.

En relación con la comunicación, observamos bastantes diferencias en función del deterioro cognitivo.

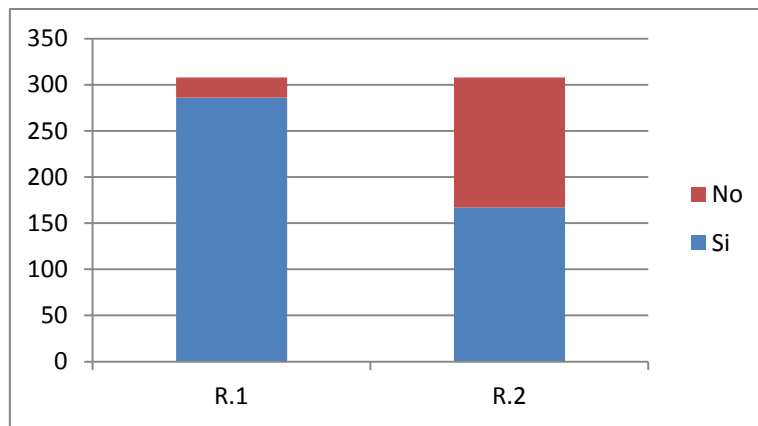


Figura 11. Comunicación (I) (Grupo Borderline).

Como puede verse en el gráfico anterior, nos encontramos con un predominio de las respuestas positivas sobre las negativas, lo que nos indica una comunicación positiva de estos residentes con un grado de deterioro cognitivo menor.

Respecto a la comunicación, dentro del grupo borderline se observa que el ítem valorado más negativamente de los dos residentes coincide en “Rompe el tema de conversación” lo que nos indica que independientemente de cómo se comuniquen, mantienen un buen nivel comunicativo ya que no rompen el tema de comunicación

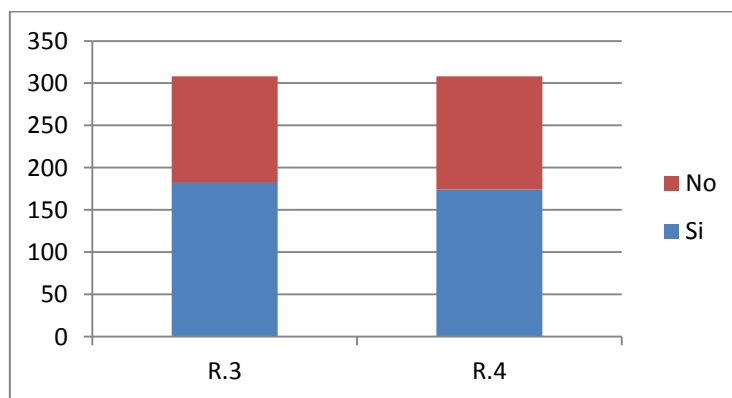


Figura 12. Comunicación (I). (D. Leve).

Si se mira el gráfico anterior, se aprecia una clara igualdad entre los dos residentes pertenecientes a este grupo de deterioro, en el que las respuestas positivas superan a las negativas.

Dentro del grupo de deterioro leve, se puede ver que los dos residentes obtienen más respuestas negativas en el ítem “Realiza gestos de asentimiento ante una pregunta o petición del otro”, lo que nos puede indicar que a la hora de hablar con otras personas pueden mantener una conversación mayor, es decir, no solo se centran en asentir, sino que siguen la conversación.

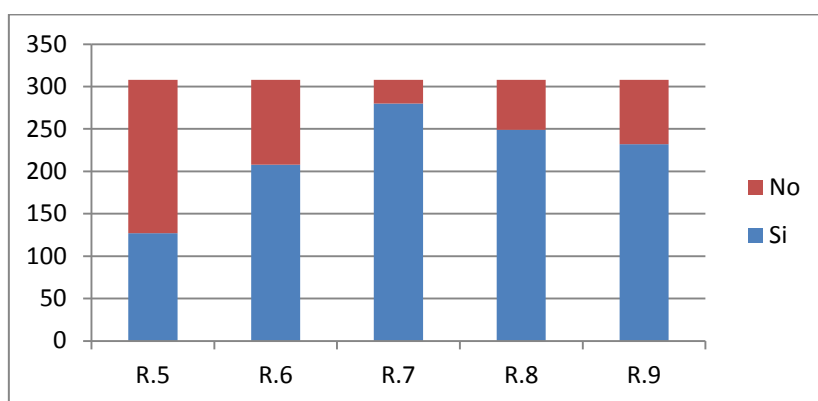


Figura 13. Comunicación (I). (D. Moderado).

Dentro del grupo de deterioro moderado, encontramos algunas diferencias entre algunos de los residentes. En la figura 13 se puede ver, por ejemplo, una clara diferencia entre el residente 5 y el residente 7, la causa está presente en el grado de relación social, ya que el residente 5 apenas se relaciona y participa en actividades, mientras que el residente 7 es todo lo contrario.

En el grupo anterior, no puede observarse un ítem claro en el que fracasen los residentes ya que es un grupo muy amplio, pero puede verse una cierta tendencia negativa en ítems como “Rompe el tema de conversación” o “Responde y mantiene conversación verbalmente” lo que nos indica ya un deterioro importante que empieza a afectar a la hora de comunicarse.

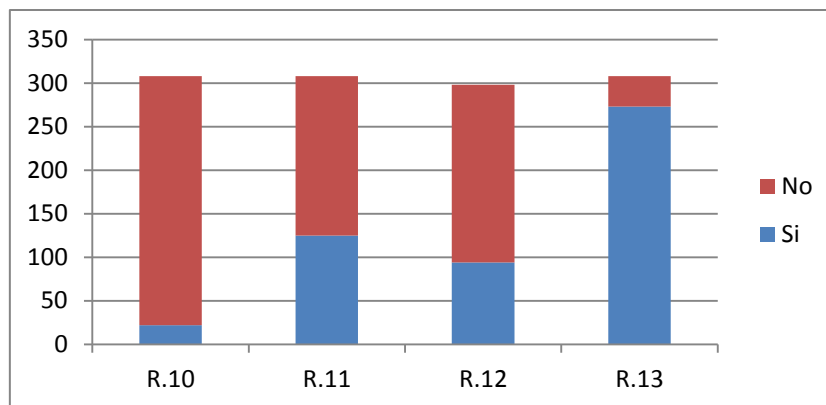


Figura 14. Comunicación (I). (D. Grave).

En relación con el deterioro grave, vemos en tres de los cuatro residentes una clara similitud, aunque la disparidad en este caso, la marca el residente 13. Esto se debe a que aunque este residente posee un deterioro grave, tiene una puntuación un poco más elevada en Minimal y acude con total libertad e independencia por toda la residencia y participa en las actividades que desea.

En este grupo los ítems en los que claramente se aprecia una puntuación negativa son bastantes, “Inicia conversación”, “Responde y mantiene conversación verbalmente”, “Rompe el tema de conversación”, “Su conversación es coherente”, analizando esto se puede decir que debido al importante grado de deterioro que presentan estos residentes, su comunicación es menor y afecta negativamente a la hora de comenzar una conversación o mantener una conversación con otros.

A continuación, se va a realizar un análisis de las relaciones que tienen los residentes con el resto de usuarios, se puede ver que las relaciones no son muy activas, ya que hay una gran permanencia negativa en relacionarse con los demás, no obstante, en cada grupo podemos ver una parte positiva, sobre todo en los residentes menos deteriorados ya que el sí permanece sobre el no, caso totalmente opuesto en los residentes con un deterioro mayor.

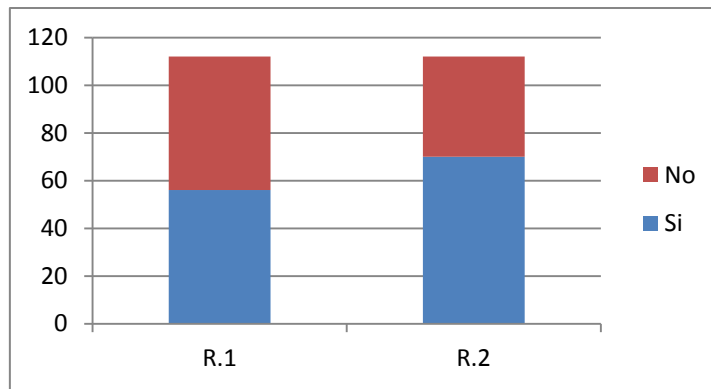


Figura 15. Relaciones con los otros (I). (Grupo Borderline).

En la figura 15, se puede ver una clara similitud entre los dos residentes pertenecientes a este grupo de deterioro cognitivo, con bastante igualdad en respuestas positivas como en negativas.

Analizando los diferentes ítems se observa una tendencia negativa en ítems como “Esquiva el contacto ocular” o “Vuelve la cabeza en dirección contraria a otros”, lo que nos hace valorarlo de forma positiva ya que en los ítems contrarios, es decir “Establece contacto ocular” o “Reacciona con acercamiento hacia las personas nuevas” se ve una clara tendencia positiva.

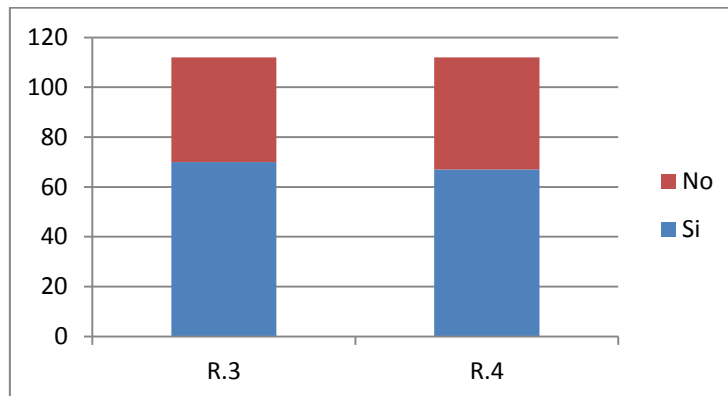


Figura 16. Relaciones con los otros (I). (D. Leve).

Si se mira la figura 16, se aprecia una clara igualdad entre los dos residentes pertenecientes a este grupo de deterioro, en el que las respuestas positivas superan a las negativas, indicándonos una clara visión positiva en las relaciones con el resto de residentes.

Lo mismo que se ha comentado con el grupo borderline nos vuelve a ocurrir en el grupo de deterioro leve, los ítems en los que obtienen una puntuación más negativa

son ítems negativos por lo que es bueno haber obtenido esa calificación, mientras que el resto de ítems positivos están calificados como tal.

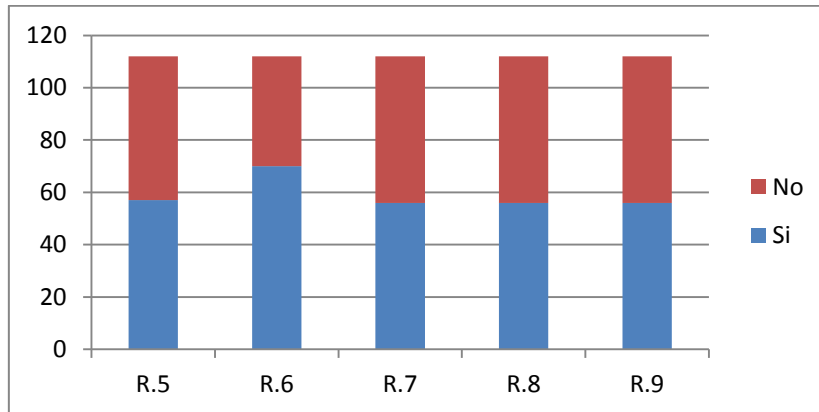


Figura 17. Relaciones con los otros (I). (D. Moderado).

En este grupo de deterioro cognitivo, se puede observar una clara igualdad en todos los residentes, excepto en uno de ellos que las respuestas positivas son un poco superiores.

Dentro del deterioro moderado, se ha podido observar un ítem evaluado negativamente en todos los residentes como es “Busca activamente la compañía de otros”, lo que nos indica que en este grupo los residentes prefieren pasar tiempo solos en su habitación o en otros lugares sin la necesidad de estar con otras personas.

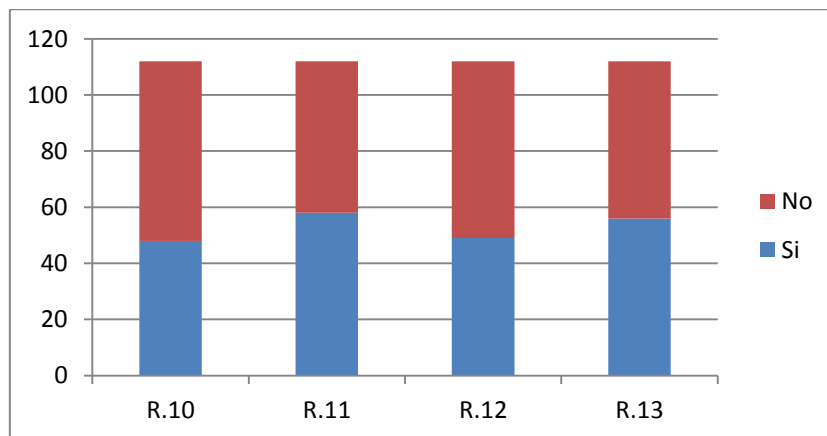


Figura 18. Relaciones con los otros (I). (D. Grave).

Dentro del deterioro grave, se puede ver una clara similitud entre los cuatro residentes pertenecientes a este grupo. Las respuestas positivas son menores que las negativas, que nos pueden indicar unas relaciones sociales pobres.

Por último, en lo que a relaciones con los otros se refiere, los residentes que presentan un deterioro cognitivo grave muestran fracaso en ítems como “Busca activamente la compañía de otros”, “Establece contacto ocular”, lo que nos indica que el grado de deterioro cognitivo sí influye a la hora de relacionarse con el resto.

En adelante, se analizará el área de expresión emocional, nos encontramos con un predominio del “no” en todos los residentes ¿por qué? Esto puede explicarse, debido a los ítems observados. La mayoría de ítems de esta área están definidos desde un punto de vista negativo, es decir: “muestra enfado”, “está agitado o tenso”, “muestra tristeza”, “llora”, por lo que la gran mayoría de las observaciones tienen registrado el no como respuesta, por lo que teniendo en cuenta todo esto, en este apartado el obtener una respuesta negativa está valorado positivamente, no obstante, también se observa que los residentes con un deterioro más alto que el resto, tienen registradas más respuestas positivas a esos ítems.

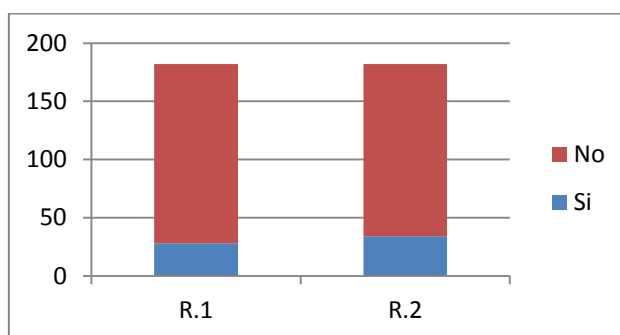


Figura 19. Expresión emocional (I). (Grupo Borderline).

Si se observa la figura 19 se puede ver una clara similitud entre los dos residentes pertenecientes a este grupo de deterioro cognitivo, con un predominio de las respuestas negativas.

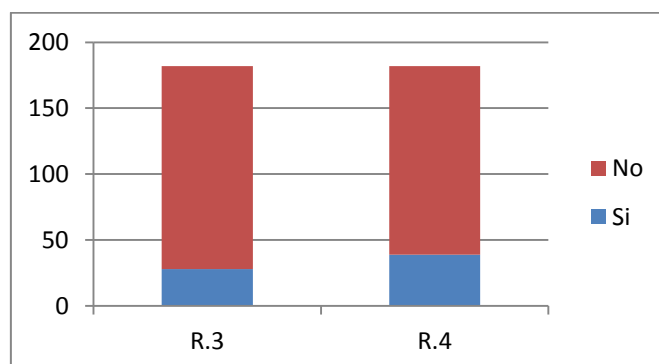


Figura 20. Expresión emocional (I). (D. Leve).

Dentro de este grupo de deterioro cognitivo, se puede ver también gran similitud entre los dos residentes que lo forman, con un claro predominio de las respuestas negativas sobre las positivas.

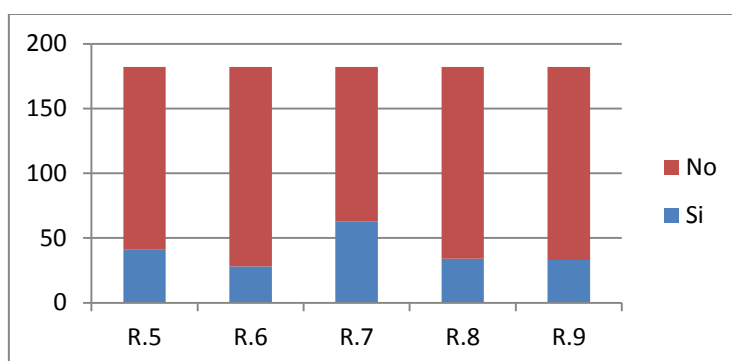


Figura 21. Expresión emocional (I). (D. Moderado).

En este grupo, observamos también una igualdad notable en el desarrollo de la expresión emocional, con un claro predominio de las respuestas negativas que superan en mayor medida a las positivas.

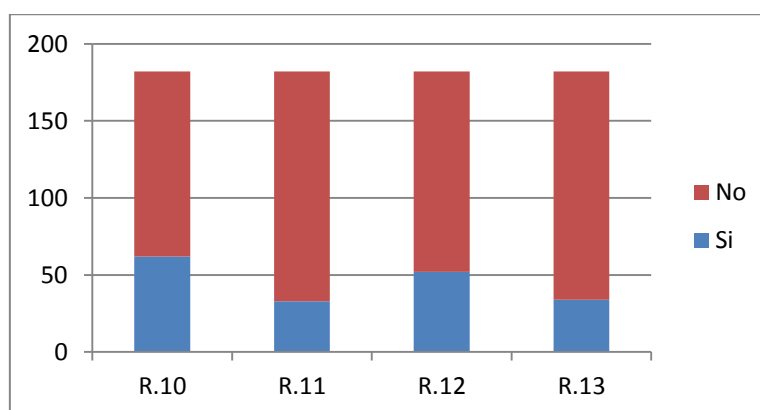


Figura 22. Expresión emocional (I). (D. Grave).

En relación con el último grupo de deterioro, dentro de la expresión emocional se observa lo mismo que en los grupos anteriores, una clara similitud entre todos los residentes y además un predominio de las respuestas negativas sobre las positivas.

La participación en las actividades de los residentes nos muestra una cierta pasividad, ya que se puede observar un cierto predominio negativo en la observación de estos en las actividades de la residencia. Algunos ítems de los cuales se ha recogido información, estaban relacionados con participación en tareas de cocina y una vez llevada a cabo dicha observación se ha podido deducir que los residentes no realizan

este tipo de tareas, ya que únicamente acuden al comedor a desayunar, comer o cenar, sin realizar las labores anteriores o posteriores.

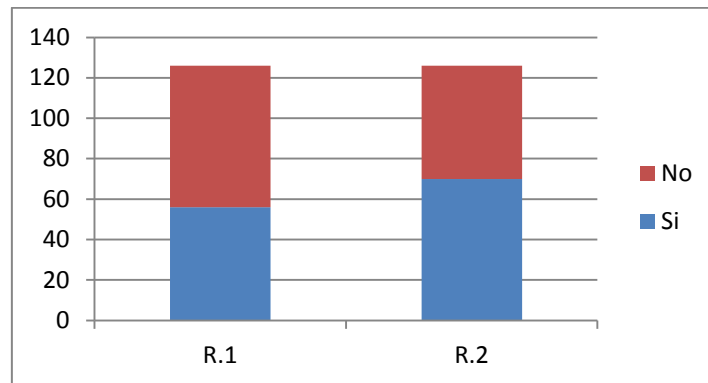


Figura 23. Participación en actividades (I) (Grupo Borderline).

En el grupo con un deterioro menor, vemos una participación bastante considerable, ya que ciertos ítems que se han observado son sobre tareas de cocina y en la institución, los residentes no realizan esas labores, por lo que están evaluados negativamente.

El ítem que está valorado más negativamente en ambos residentes es “Participa activamente en la tarea” lo que nos muestra que puede que estén presentes en la actividad pero de forma pasiva, sin realizar la tarea como se debiera.

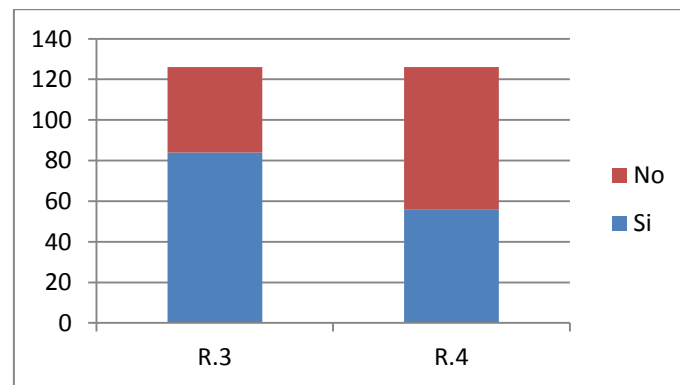


Figura 24. Participación en actividades (I). (D. Leve).

En los residentes con un deterioro leve vemos que la participación en las actividades también es bastante importante, sobre todo en el residente 3, que acude a todo lo que puede y organiza los espacios para poder desarrollar las actividades que acontezcan.

En la participación en actividades, dentro de este grupo vemos diferencias. Los ítems valorados más negativamente son los que incluyen tareas de cocina y cómo he comentado anteriormente los residentes no realizan estas tareas. Mientras que el residente 3 realiza y acude a todas las actividades, el residente 4 muestra mayor pasividad y fracasa en ítems como “Participa activamente en la tarea”.

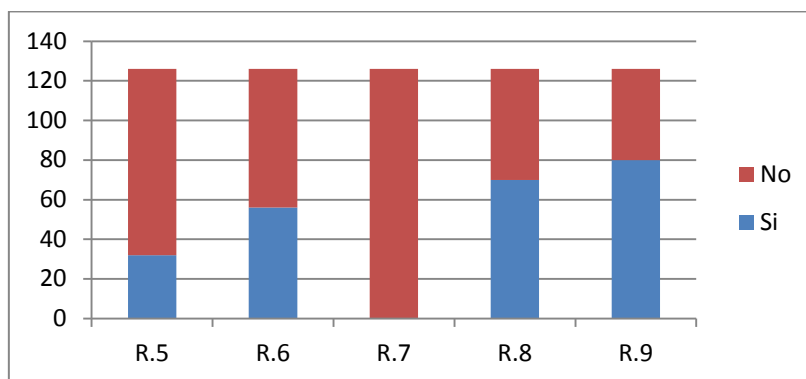


Figura 25. Participación en actividades (I). (D. Moderado).

Dentro del deterioro moderado se puede observar algunas diferencias, por ejemplo, el residente 7, no participa en ninguna actividad de la residencia, comentaba que prefería quedarse en su habitación y no acudir a nada. En el extremo tenemos al residente 9, que se puede ver un claro predominio del sí sobre el no en la participación.

Los ítems en los que fracasan la mayoría de los residentes de este grupo son, por ejemplo “Participa activamente en la tarea”, lo que puede indicarnos que debido al deterioro moderado que presentan, la actividad no pueden desarrollarla plenamente.

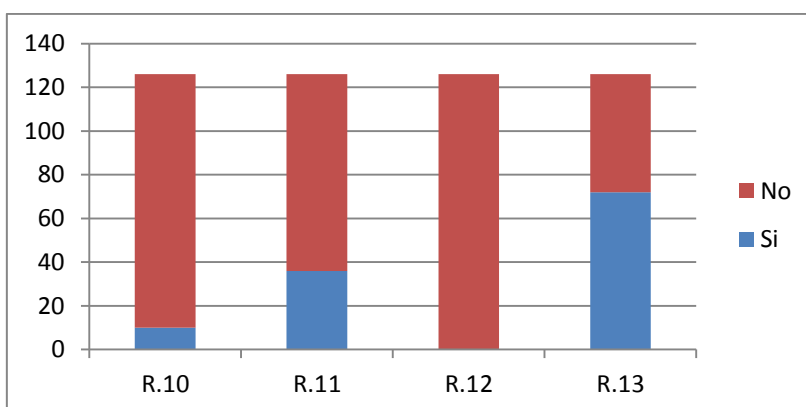


Figura 26. Participación en actividades (I). (D. Grave).

A parte de lo mencionado, y observando este gráfico, también se puede ver que mayoritariamente la participación en las actividades es baja, sobre todo en los residentes

con un deterioro cognitivo grave, como es lógico, a excepción del residente 13 que acude a todo lo que puede.

Los residentes pertenecientes a este grupo de deterioro, nos muestran un fracaso en ítems como “Participa activamente en la tarea”, “Participa haciendo lo que le indican” o “Está y sonríe viendo la actividad”, lo que muestra una clara pasividad a la hora de realizar actividades.

Para finalizar con las rejillas de observación, se ha considerado oportuno realizar un análisis de las diferentes áreas en la que los grupos de deterioro se desenvuelven mejor, a través de los datos obtenidos en la observación. Una vez analizados e interpretados todos los datos, se puede concluir que en todos los grupos de deterioro se ha observado que el área en el que muestran una mayor cantidad de respuestas positivas sobre las negativas ha sido en el área de comunicación. Esto puede deberse a la gran interacción que existe en la institución por parte de todo el personal que allí trabaja y por la cantidad de actividades, talleres y charlas que existen, lo que provoca que la comunicación como vehículo de relación sea un área destacada en el día a día de los residentes.

4.2. Checklist para cuidadores.

En adelante, se procederá al análisis de los resultados de los checklist cumplimentados por los cuidadores. Hubiera sido interesante poder hacer una comparativa entre el estado de los residentes hace un año y el estado actual, pero no ha sido posible debido a que no existe un auxiliar fijo que esté con cada residente, algunos auxiliares ya no se encuentran en la residencia y también algunos residentes hace un año no estaban en la residencia, por lo que se va a proceder al análisis de los checklist del momento actual.

A continuación, una por una se irán realizando gráficos en los que se puede observar si de verdad realizan o no una determinada acción. En la que 1 es nunca o muy poco, 2 es casi nunca o rara vez, 3 es a veces o bastante y 4, siempre o mucho.

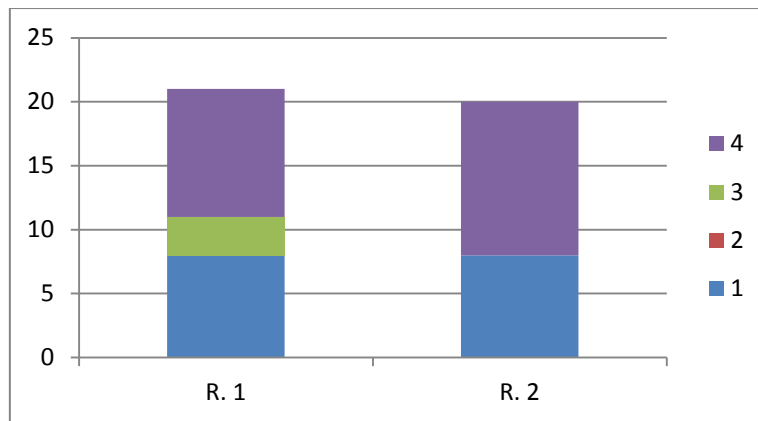


Figura 27. Autonomía funcional. (Grupo Borderline)

En relación con la autonomía funcional, el grupo borderline nos demuestra que el “siempre” destaca sobre el resto. También se puede ver que el “nunca” tiene presencia en el gráfico, pero esto no es negativo ya que hay algunos ítems que están formulados en negativo, como se podrá observar en el checklist dentro del anexo II.

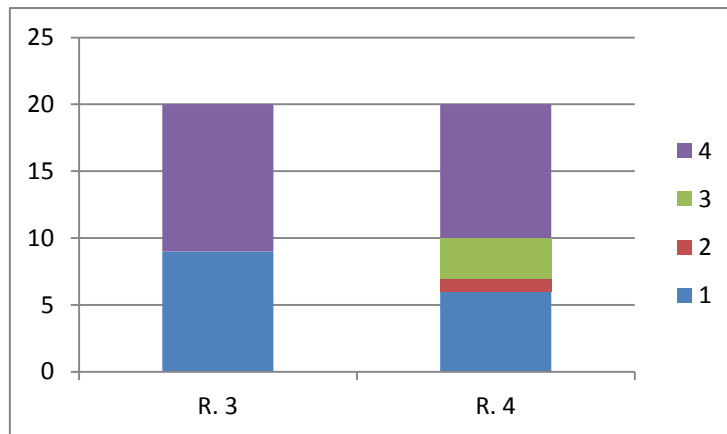


Figura 28. Autonomía funcional. (D. Leve)

Al igual que en el grupo anterior, lo predominante en el grupo con un deterioro leve es “siempre” ya que la autonomía funcional que tienen estos residentes es una dependencia leve.

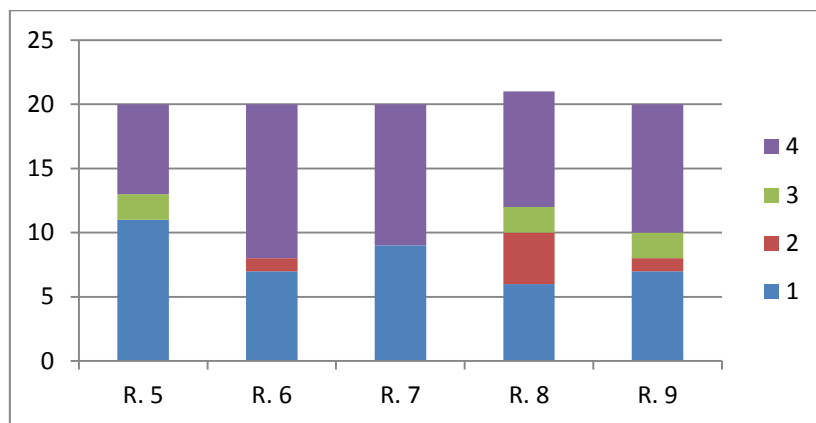


Figura 29. Autonomía funcional. (D. Moderado)

A medida que el deterioro cognitivo va aumentando, se observa como el ítem “nunca” va cobrando más partido en los residentes, motivo que se debe a la menor autonomía que muestran en su día a día.

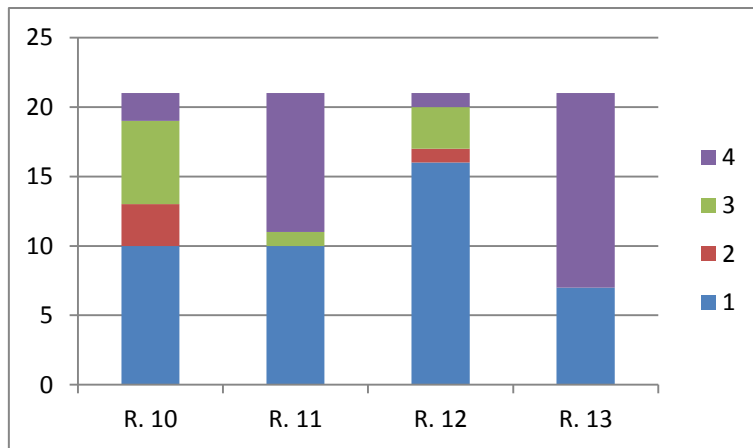


Figura 30. Autonomía funcional. (D. Grave)

Dentro del deterioro cognitivo grave se puede ver mucha disparidad de datos, mayoritariamente el ítem más utilizado ha sido el “nunca” a excepción del residente 13, que el “siempre” tiene un mayor predominio. Esto se debe a que este residente, aunque tenga un deterioro cognitivo grave, tiene total independencia en su día a día, mientras que el resto de residentes se encuentran en lo que se denomina “asistidos” con una independencia menor.

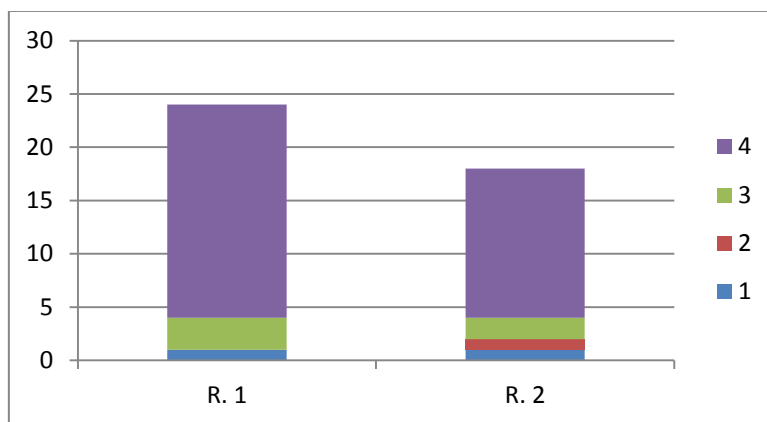


Figura 31. Comunicación (II). (Grupo Borderline)

Deteniéndonos en la figura 31, se puede ver el buen grado de comunicación que presentan los residentes de este grupo de deterioro cognitivo, en el que “siempre” es la opción predominante.

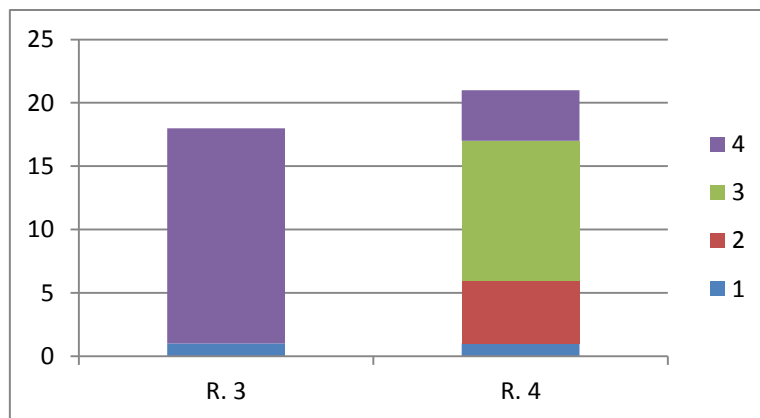


Figura 32. Comunicación (II). (D. Leve)

Dentro del deterioro cognitivo leve, tenemos disparidad entre los dos residentes que lo forman, mientras uno de ellos tiene una comunicación sobresaliente en la que el “siempre” destaca sobre el resto, el otro residente no tiene similitud en este aspecto, ya que podemos ver que el “casi nunca” o el “a veces” son los predominantes. Esto se debe a la forma de ser de cada uno, ya que mientras uno de ellos se encarga de organizar actividades y relacionarse con el resto de la residencia, el otro usuario prefiere pasar más tiempo solo.

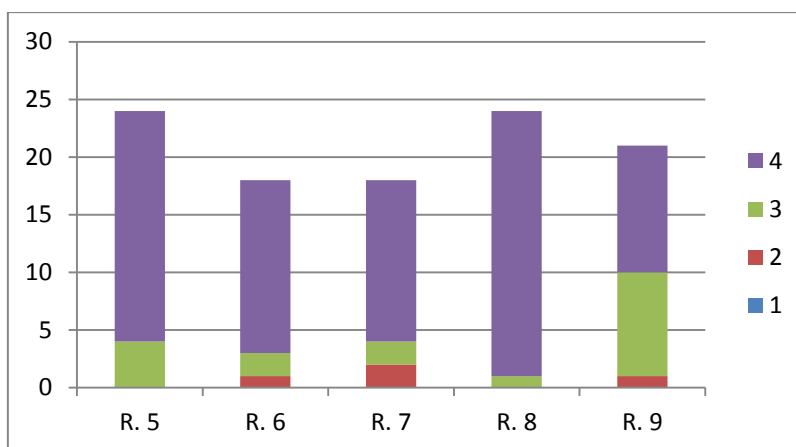


Figura 33. Comunicación (II). (D. Moderado)

Dentro del deterioro moderado, observando la figura 33 se ve una gran similitud entre los residentes, en el que el ítem “siempre” es el más valorado, lo que nos indica que aunque estos residentes poseen un grado de deterioro importante, en la comunicación de momento, no se observan demasiados problemas.

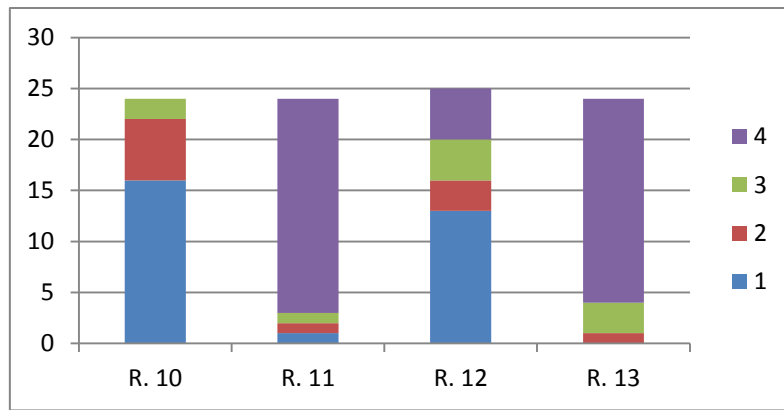


Figura 34. Comunicación (II). (D. Grave)

Dentro de la comunicación, el grupo que presenta un deterioro cognitivo grave, es el que mayor disparidad de datos nos demuestra. Mientras que en dos de los cuatro residentes el ítem “siempre” es el que mayor frecuencia registra, en los otros dos es todo lo contrario y es el ítem “nunca”. Esto es debido a la participación y al día a día que tienen en la residencia, ya que como se ha mencionado anteriormente, en este grupo nos encontramos con residentes de asistidos y residentes que viven en el resto de la institución.

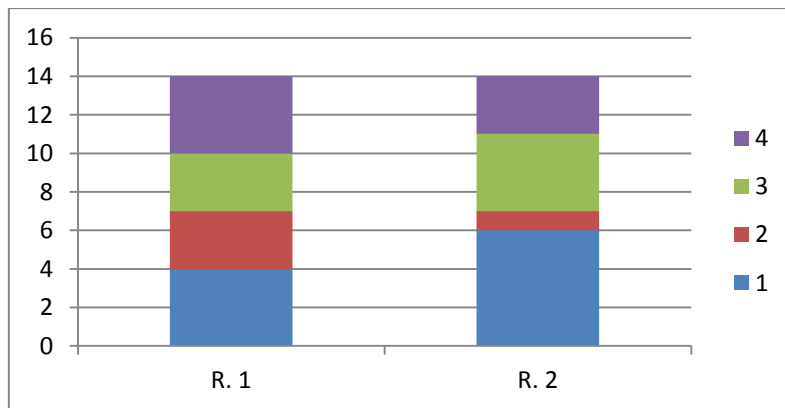


Figura 35. Relaciones con los otros (II). (Grupo Borderline)

Comenzando a analizar las relaciones que tienen los residentes con el resto de compañeros, se puede ver dentro del grupo borderline, una cierta similitud, en la que el “siempre” y el “nunca” son los predominantes sobre el resto.

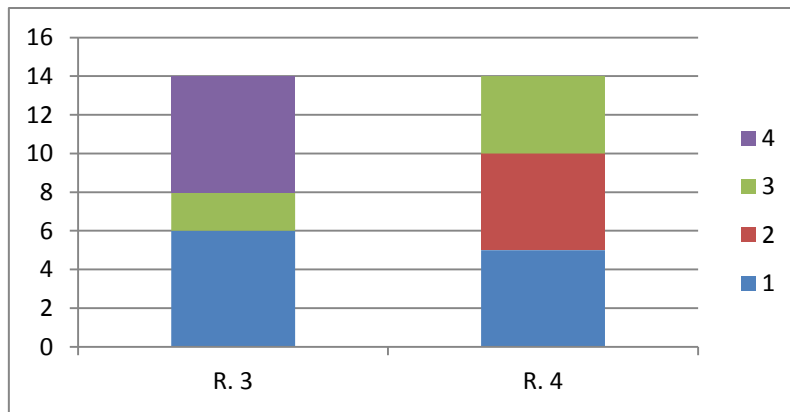


Figura 36. Relaciones con los otros (II). (D. Leve)

Dentro del grupo de deterioro cognitivo leve, se ven tanto diferencias como similitudes. Observamos que la frecuencia “nunca” está bastante presente en ambos residentes, pero luego se produce una disparidad de datos, ya que mientras un residente pasa al extremo contrario con el resto de ítems “siempre”, el otro residente pasa por las diferentes frecuencias proporcionándonos datos tanto de “casi nunca” y “a veces”.

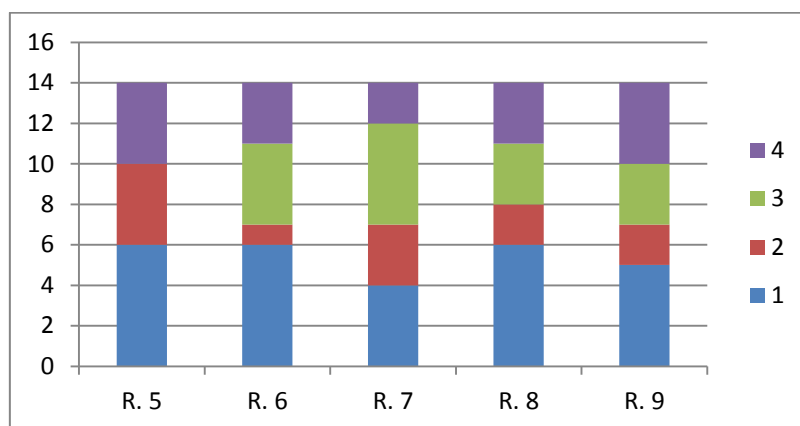


Figura 37. Relaciones con los otros (II). (D. Moderado)

En el grupo con un deterioro moderado, se puede ver como la frecuencia “nunca” está bastante igualada entre los cinco residentes que forman este grupo, mientras que el resto de frecuencias tienen diferentes datos en cada uno, en la que “casi nunca” tiene poca presencia en general, “a veces” salvo en un residente, en el resto se puede ver algún dato y por último “nunca”, excepto en el residente 7, en el resto tiene una presencia con peso.

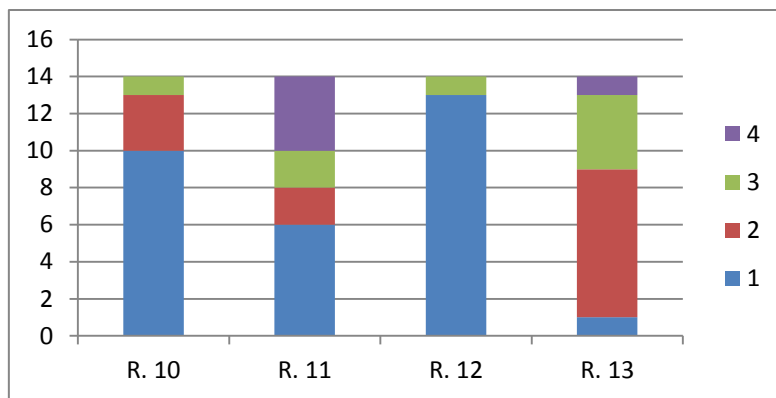


Figura 38. Relaciones con los otros (II). (D. Grave)

Como viene siendo habitual y se ha visto en el resto de gráficos, en el deterioro grave es donde mayor disparidad podemos observar. En tres de los cuatro residentes, vemos que la frecuencia “nunca” tiene una importante presencia sobre el resto, dato que se considera lógico ya que las relaciones que se tienen con el resto son menores debido al grado de deterioro. En el residente 4, observamos que lo predominante es “casi nunca” hecho debido a que este residente asiste a más actividades que el resto, por lo que su grado de relación con otros es mayor.

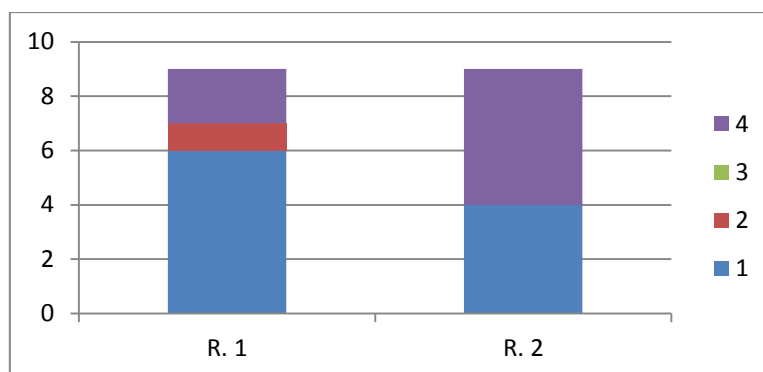


Figura 39. Participación en actividades (II). (Grupo Borderline)

La participación en actividades de los residentes del grupo borderline es alta, ya que aunque se pueda ver que el ítem “nunca” tiene bastante presencia, se debe a que algunos ítems son sobre tareas de cocina y esas tareas no son llevadas a cabo por los residentes.

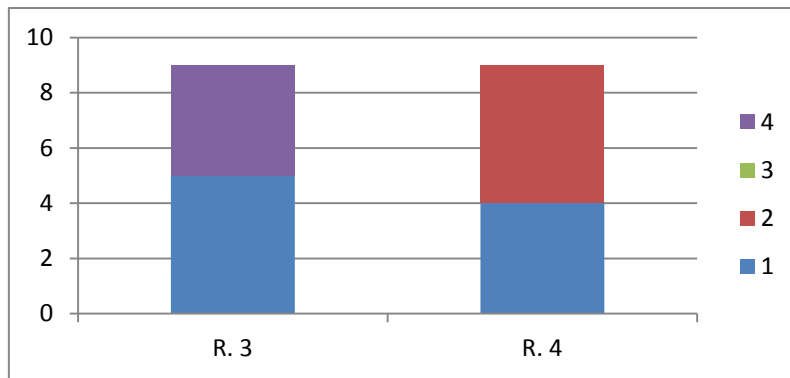


Figura 40. Participación en actividades (II). (D. Leve)

Dentro del deterioro cognitivo leve se puede ver que mientras uno de los residentes tiene una participación total en la residencia, el otro residente tiene una participación bastante baja, en la que la frecuencia más alta registrada es “casi nunca”.

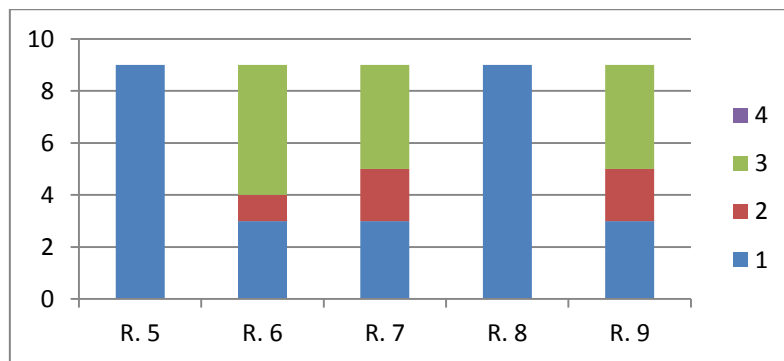


Figura 41. Participación en actividades (II). (D. Moderado)

En el deterioro moderado y según nos muestra la figura 41, tenemos dos grupos. Dos residentes no realizan ningún tipo de actividad, debido a que prefieren estar en sus habitaciones o en el salón general, mientras que los otros tres residentes muestran una similitud en la que la frecuencia registrada es prácticamente igual.

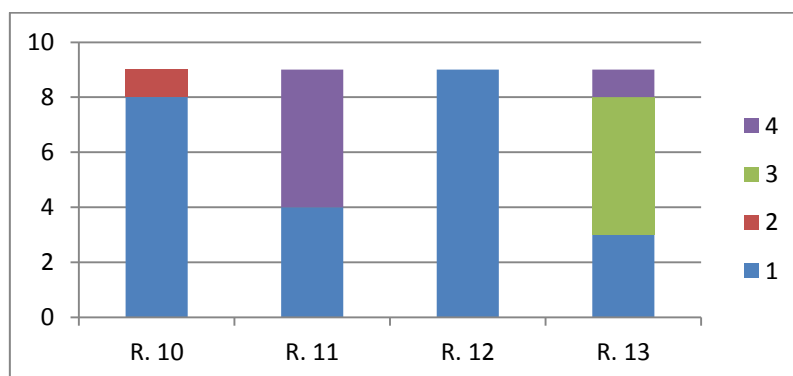


Figura 42. Participación en actividades (II). (D. Grave)

Por último, en el deterioro grave, lo que más llama la atención es la cantidad de respuestas “nunca” que se han registrado, algo que se entiende debido al grado de deterioro que muestran los residentes pertenecientes a este grupo.

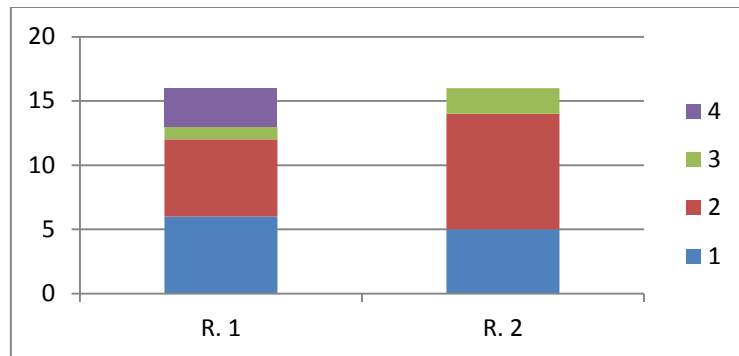


Figura 43. Expresión emocional (II). (Grupo Borderline)

Dentro del grupo borderline, en la expresión emocional, se puede ver como las frecuencias más negativas son las que tienen mayor presencia. Esto no quiere decir que sea negativo, sino que hay ciertos ítems como se podrá ver en el Anexo II, que son negativos, por ejemplo “muestra tristeza” o “llora”, por lo que son evaluados con un 1 o un 2, es decir su frecuencia es muy baja.

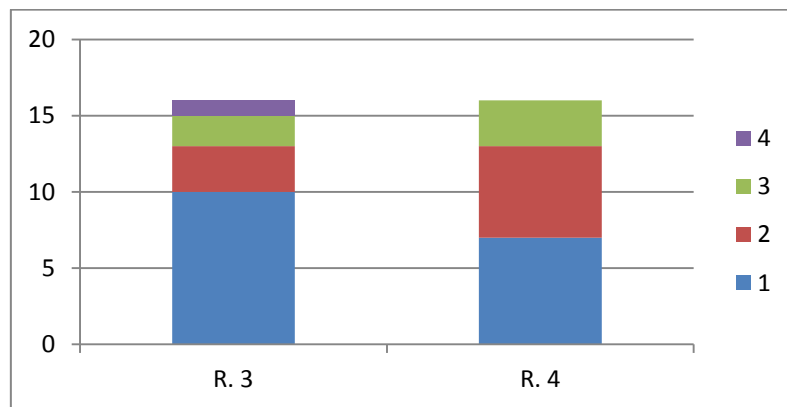


Figura 44. Expresión emocional (II). (D. Leve)

Similar al grupo anterior, es el gráfico que tenemos arriba, los dos residentes pertenecientes al grupo con un deterioro leve, tienen mayor presencia las frecuencias “nunca” o “casi nunca”.

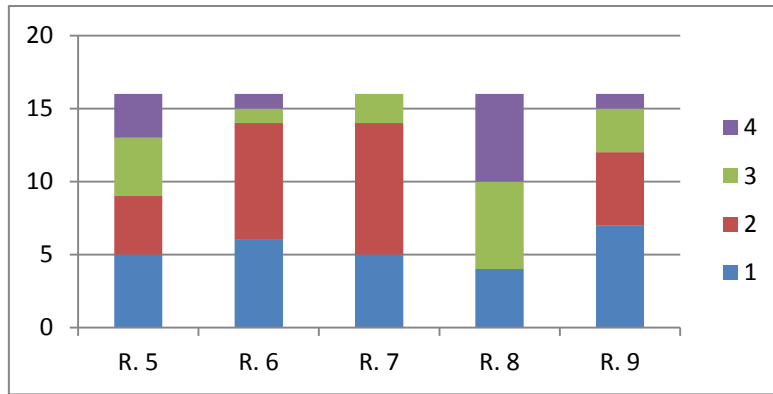


Figura 45. Expresión emocional (II). (D. Moderado)

Los residentes pertenecientes a un deterioro moderado, nos indican una expresión emocional diferente a los grupos anteriores, en el que la frecuencia “a veces” o “siempre” comienza a tomar un importante papel en su día a día.

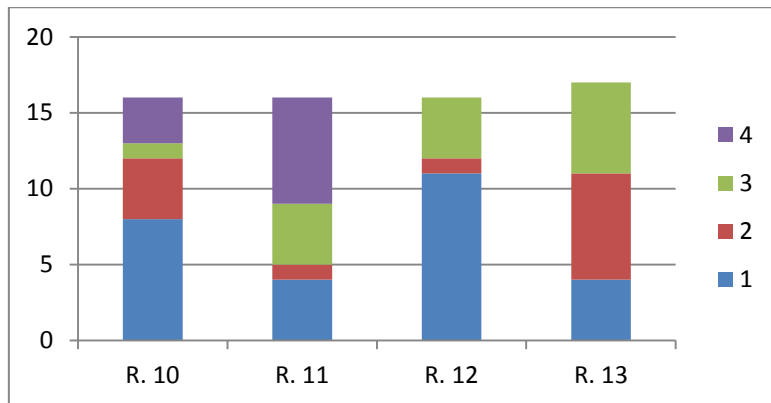


Figura 46. Expresión emocional (II). (D. Grave)

Por último, los residentes con un deterioro grave mayor encontramos mayor disparidad de resultados, tenemos presente todas las frecuencias registradas, aunque la mayor presencia es “nunca”, quizá porque las personas con un deterioro mayor muestran una expresión emocional menor.

5. CONCLUSIONES.

Una vez analizados los datos y obtenidos todos los resultados, se puede ver una satisfacción con la vida bastante notable en los residentes pertenecientes a este grupo control de reciente creación.

Se observa que el grado de deterioro cognitivo sí tiene que ver en el desarrollo de las diferentes áreas que se han analizado, es decir, a un mayor grado de deterioro, menor participación en las actividades y relaciones con los demás. Debido a esto se puede concluir por tanto, que la puntuación obtenida en examen cognoscitivo Minimental afecta al bienestar de los residentes, ya que los que tienen un deterioro mayor participan menos en las actividades, tienen una comunicación más baja que el resto y sus relaciones sociales son más pobres.

Se quiere mencionar que siempre ha habido una correcta disposición para facilitar datos por parte de los profesionales de la residencia, salvo algún auxiliar que no ha querido colaborar para rellenar los checklist, alegando motivos laborales para su no realización. Ante este problema, se solicitó información de otros profesionales para que rellenasen los datos necesarios.

Durante la recogida de datos, ciertos residentes con un deterioro mayor que se encontraban en enfermería no nos han podido aportar ningún dato. En la última semana, un residente perteneciente al grupo control falleció, por lo que no se puede continuar la investigación en este trabajo.

Se cree que sería bueno que al igual que se está haciendo en el proyecto “En Mi Casa” con los profesionales se extendiese a toda la residencia, es decir, los mismos auxiliares siempre con los mismos residentes, de este modo los usuarios tendrían a alguien de referencia.

Desde el punto de vista del observador, se quiere añadir que sería una buena propuesta que los auxiliares que pasan el tiempo con los residentes lleven a cabo algún tipo de actividad con ellos para distraerles e intentar animarles y entretenerles, que no sólo estén sentados delante de la televisión sin ningún tipo de interacción, sobre todo en los salones de asistidos ya que los residentes que aquí se encuentran no tienen esa capacidad de autonomía para ir de un lugar a otro cuando lo deseen.

Por último se quiere comentar que el proyecto que se está llevando a cabo en la residencia impulsado por la Junta de Castilla y León llamado “En Mi Casa” no puede ser una experiencia aislada. El grupo control con el que se ha trabajado en este Trabajo Fin de Máster es un grupo “espejo” de los residentes de este proyecto, y sí que se han observado diferencias y mejoras respecto al grupo experimental, en el día a día de los residentes dentro de las diferentes áreas que se han analizado. Se debe intentar extender este nuevo modelo de atención al resto de la residencia construyendo diferentes unidades de convivencia que mantengan los profesionales de referencia, realizando actividades basándose en la historia de vida de los usuarios y teniendo como objetivo conseguir realizar el proyecto de vida de cada residente, con libertad para elegir sus horarios y su forma de vida dentro de la residencia.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Belando, M. R. (2002). Vejez física y psicológica. Una perspectiva para la educación permanente. Extremadura: Universidad de Extremadura. Servicio de publicaciones.
- Buendía, L., Colás, P., Hernández, F. (1999). Métodos de Investigación en Psicopedagogía. Madrid: McGraw-Hill.
- Buendía, J. (2010). Gerontología y salud. Perspectivas actuales. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R. Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., Van Dierendonck, D., (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*. 18(3). 572-577.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). Envejecimiento activo. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2007). Psicogerontología. Perspectivas europeas para un mundo que envejece. Madrid: Pirámide.
- Fundación Matía (2011). Modelo de atención centrada en la persona. Cuadernos prácticos. Gobierno Vasco: Imago Soluciones de Comunicación.
- Gómez, M. J. (2013). La atención a las personas mayores desde una aproximación multidisciplinar. Barcelona: Horsori.
- González, M. R. (2005). Cuando la tercera edad nos alcanza. Sevilla: Eduforma.
- Gonzalo, L. M. (2002). Tercera edad y calidad de vida. Aprender a envejecer. Barcelona: Ariel Social.
- Martínez, T. (2013). Avanzar en atención gerontológica centrada en la persona. *Marco y fases para liderar un cambio de modelo*. Disponible en: www.acpgerontologia.net
- Mishara, B. L., Riedel, R. G. (2000). El proceso de envejecimiento. Madrid: Morata.
- Pont, P. (2011). Tercera edad. Actividad física y salud. España: Paidotribo.
- Quintanilla, L. (2010). Investigación cualitativa: características, métodos y técnicas. En Fontes, S., García, C. y Quintanilla, L. Fundamentos de Investigación en Psicología (pp. 353-409). Madrid: Universidad Nacional de la Educación a Distancia.

Rodríguez, P. (2010). La atención integral centrada en la persona. *Informes Portal de Mayores. Noviembre*. 1-17.

Rodríguez, P., Díaz-Veiga, P., Martínez, T., García, A. (2014). Cuidar, cuidarse y sentirse bien. *Fundación Pilares. Suplemento especial*.

Yanguas, J. J. (2004). Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. *IMSERSO. Suplemento especial*.

7. ANEXOS.

Anexo I: *rejilla de observación.*

Anexo II: *checklist para cuidadores.*

ANEXO I

Datos de identificación del usuario:

Nombre y apellidos _____ Edad _____ Procedencia _____

Profesión _____ Estado civil _____

COMUNICACIÓN

Situación	FECHA	HORA INICIO	HORA FIN	OBSERVACIONES
1. Inicia conversación				
2. Responde y mantiene conversación verbalmente				
3. Rompe el tema de conversación				
4. Su conversación es coherente				
5. Establece contacto ocular				
6. Sonríe cuando le hablan				
7. Mira a quien habla				
8. Responde con vocalizaciones al otro				
9. Su postura se orienta hacia el foco de sonido				

10. Coherencia entre el lenguaje verbal y la expresión facial				
11. Realiza gesto de pedir algo				
12. Realiza gestos de asentimiento ante una pregunta o una petición del otro				
13. Realiza gestos de pedir que le muevan o le levanten				
14. Realiza gestos de mostrar algo				
15. Realiza gesto de dar algo				
16. Habla con quien le asea o viste				
17. Mira a quien le asea o viste				
18. Sonríe a quien le asea o viste				
19. Verbaliza su necesidad de ir al baño				
20. Habla a quien le da de comer				
21. Sonríe a quien le da de comer				
22. Mira a quien le da de comer				

RELACIONES CON LOS OTROS

Situación	FECHA	HORA INICIO	HORA FIN	OBSERVACIONES
1. Busca activamente la compañía de otros				
2. Sonríe a otros cuando se acercan o se dirigen a su persona				
3. Establece contacto ocular				
4. Acepta el contacto físico				
5. Vuelve la cabeza en dirección contraria a los otros				
6. Esquiva el contacto ocular				
7. Reacciona con acercamiento hacia las personas nuevas				
8. Reacciona con evitación hacia las personas nuevas.				

EXPRESIÓN EMOCIONAL

Situación	FECHA	HORA INICIO	HORA FIN	OBSERVACIONES
1. Sonríe				
2. Muestra tristeza				
3. Lloro				
4. Muestra enfado				
5. Se queja de dolor				
6. Muestra asombro o sorpresa				
7. Muestra rechazo o asco				
8. Muestra temor				
9. Está relajado				
10. Está agitado o tenso				
11. No muestra ninguna emoción				
12. Tiene la mirada perdida, ausente				
13. Muestra expresiones de aburrimiento				

PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES

Situación	FECHA	HORA INICIO	HORA FIN	OBSERVACIONES
1. Ayuda en tareas de cocina				
2. Ayuda en tareas de poner y quitar la mesa				
3. Participa activamente en la tarea				
4. Participa haciendo lo que le indican				
5. Participa haciendo lo que le indican pero con ayuda				
6. Está y habla con los otros aunque no realice actividad				
7. Está y mira atento a la actividad				
8. Está y sonríe viendo la actividad				
9. Está pero mira para otro lado				

ANEXO II

Datos de identificación del usuario:

Nombre y apellidos _____ Edad _____ Procedencia _____
 Profesión _____ Estado civil _____

Datos de identificación del cuidador:

Nombre y apellidos:

Puesto laboral

Años de experiencia

Tiempo desde que conoce al usuario:

Responder a las preguntas en función del grado en el que se presenta cada una de las situaciones, de acuerdo con la siguiente escala:

1= nunca/muy poco 2= casi nunca/ rara vez 3= a veces/bastante 4= siempre/mucho

AUTONOMÍA FUNCIONAL

Antes del Programa				Situación	Ahora			
1	2	3	4		1	2	3	4
				1. Controla los esfínteres				
				2. Es capaz de comer solo				
				3. Es capaz de utilizar la cuchara				
				4. Es capaz de utilizar el cuchillo				
				5. Es capaz de utilizar el tenedor				
				6. Es capaz de beber solo				
				7. Bebe pero con ayuda				
				8. Es capaz de usar por si solo la servilleta				
				9. Come mediante sonda				
				10. Come mediante jeringuilla				
				12. Abre la boca y facilita que se le alimente				
				13. Rechaza alimentos				

				14.No colabora en la alimentación				
				15.Tiene problemas de movilidad				
				16.Utiliza silla de ruedas				
				17.Utiliza andador				
				18.Utiliza bastón/muleta				
				19.Pasea solo				
				20.Se levanta solo de la cama				
				21.Se levanta solo del sillón				
				22.Es capaz de recoger objetos con las manos				

COMUNICACIÓN

Antes del Programa					Ahora			
1	2	3	4	Situación	1	2	3	4
				Inicia conversación				
				Responde y mantiene conversación verbalmente				
				Sigue el tema de conversación				
				Rompe el tema de conversación				
				Su conversación es coherente				
				Establece contacto ocular				
				Responde al intento conversacional de otro				
				Sonríe cuando le hablan				
				Mira a quien habla				
				Responde con vocalizaciones al otro				
				Su postura se orienta hacia el foco de sonido				
				Coherencia entre el lenguaje verbal y la expresión facial				
				Realiza gesto de pedir algo				
				Realiza gestos de asentimiento ante una pregunta o una petición del otro				
				Realiza gestos de pedir que le muevan o le levanten				
				Realiza gestos de mostrar algo				
				Realiza gesto de dar algo				
				Habla con quien le asea o viste				
				.Mira a quien le asea o viste				
				Sonríe a quien le asea o viste				
				Verbaliza su necesidad de ir al baño				
				Habla a quien le da de comer				

				Sonríe a quien le da de comer				
				Mira a quien le da de comer				

RELACIONES CON LOS OTROS

Antes del Programa					Ahora			
1	2	3	4	Situación	1	2	3	4
				Busca activamente la compañía de otros				
				Sonríe a otros cuando se acercan o se dirigen a su persona				
				Establece contacto ocular				
				Acepta el contacto físico				
				Vuelve la cabeza en dirección contraria a los otros				
				Esquiva el contacto ocular				
				Reacciona con acercamiento hacia las personas nuevas				
				Reacciona con evitación hacia las personas nuevas.				

PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES

Antes del Programa					Ahora			
1	2	3	4	Situación	1	2	3	4
				Ayuda en tareas de cocina				
				Ayuda en tareas de poner y quitar la mesa				
				Participa activamente en la tarea				
				Participa haciendo lo que le indican				
				Participa haciendo lo que le indican pero con ayuda				
				Está y habla con los otros aunque no realice actividad				
				Está y mira atento a la actividad				
				Está y sonríe viendo la actividad				
				Está pero mira para otro lado				

Observaciones:

