

Universidad de Valladolid

Máster Psicopedagogía

**Bienestar en la Tercera Edad.
Evaluación de la calidad de vida en la
Residencia Provincial “Cardenal
Marcelo” de Valladolid.**

Autoría: Carolina Domínguez Fernández

Tutoría: Valle Flores Lucas

Convocatoria Ordinaria: Julio 2015

RESUMEN

El estudio de la gerontología está cobrando especial relevancia en las últimas décadas por el notorio aumento de la población de la tercera edad. Como consecuencia de ello, desde las diferentes instituciones a las que están vinculados, se les ha de ofrecer servicios óptimos para el disfrute del último periodo de su vida.

El presente trabajo de investigación expone, la comparación entre la calidad de vida que perciben las personas que actualmente viven en el régimen tradicional en la Residencia “Cardenal Marcelo” y aquellos integrantes del Proyecto “En mi casa”, un proyecto piloto de atención centrada en la persona que se lleva a cabo en una unidad de la residencia antes citada.

En primer lugar, se desarrolla una revisión de la literatura existente en relación a la satisfacción con la vida, el bienestar subjetivo y la calidad de vida de este colectivo. En segundo lugar, se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis de los datos recogidos, con diferentes instrumentos, en una muestra de 26 residentes. A través de este proceso se pudo realizar una evaluación del bienestar en la tercera edad, y con ello conocer que la percepción general de los residentes sobre su calidad de vida tiene un valor positivo, independientemente de la Unidad de Convivencia en la que se encuentren.

Palabras clave: tercera edad, gerontología, evaluación, bienestar subjetivo, calidad de vida, satisfacción con la vida

ABSTRACT

Following the obvious increase in the number of elderly people, the study of Gerontology has become more and more important over the last 30 years or so. As a consequence, institutions working with the elderly should offer their best resources in order to let them enjoy the final stage of their lives.

This research compares the quality of life perceived by people who live in a traditional régime in the “Cardenal Marcelo” residential home with others involved in the project “En mi casa”, a pilot scheme based on individual attention that takes place in the aforementioned residential home.

First of all, this research develops different theories to find a connection between life-satisfaction, subjective well-being and quality of life. Secondly, this research presents the results obtained from the analysis of the compiled information, using a variety of tools to a sample of 26 residents. As a result of this process, it was possible to assess the well-being of the elderly and to consequently find that the general perception of the residents about their quality of life is positively valued, independently of the place in the residential home they are living in.

Key words: elderly, gerontology, assessment, subjective well-being, quality of live, life satisfaction.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL TEMA ELEGIDO	5
2. OBJETIVO DEL TRABAJO REALIZADO	6
3. MARCO TEÓRICO	7
3.1 Bienestar y Calidad de Vida en Mayores.....	19
a) Acercamiento al concepto de calidad de vida.....	19
b) Acercamiento al concepto de satisfacción con la vida.....	21
c) Acercamiento al concepto de bienestar psicológico	23
3.2 Nuevos modelos de intervención en los centros institucionalizados: Modelo de atención centrada en la persona.	25
4. METODOLOGÍA	30
4.1 Contexto	30
4.2 Participantes	32
4.3 Instrumentos de recogida de información y variables	38
4.4 Proceso de recogida de datos.....	40
5. RESULTADOS.....	43
6. CONCLUSIONES.....	47
7. PROPUESTAS DE MEJORA	49
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
ANEXOS	

“Amamos las catedrales antiguas, los muebles antiguos, las monedas antiguas, las pinturas antiguas y los viejos libros, pero nos hemos olvidado por completo del enorme valor moral y espiritual de los ancianos”

Lin Yutang

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL TEMA ELEGIDO

La elección del tema de la evaluación del bienestar en la tercera edad ha sido motivado por la importancia que considero que tiene el ofrecer servicios de calidad a este sector de la población, que está en continuo aumento, y al que la sociedad ha de brindar ayudas que le permitan disfrutar de su último periodo de vida de manera relajada y ajustada a sus necesidades reales.

Debido a que las residencias como centros institucionalizados parten de un modelo hospitalario /o servicios asistenciales según un modelo derivado de la atención hotelera que produce un rechazo general de la sociedad, es necesario valorar nuevas alternativas de cuidado y ofertas de actividades que se acerquen a las preferencias de esas personas, haciéndoles partícipes de las decisiones que se tomen y en la cual puedan realizar tareas significativas para ellos. Por este motivo, considero interesante analizar y comparar el nuevo modelo asistencial de atención centrada en la persona, iniciado en Castilla y León y que actualmente cuenta con una de sus Unidades de Convivencia en la Residencia Provincial “Cardenal Marcelo” de Valladolid, con el modelo tradicional que también se ofrece en dicha residencia.

Desde la Junta de Castilla y León, la Diputación de Valladolid y la Universidad de esta misma ciudad, hemos tenido la oportunidad de acercarnos a este modelo, y con ello, poder realizar una comparación respecto al bienestar de la tercera edad tanto con usuarios que se encuentran en el modelo hospitalario, como aquellos que disfrutan ya del nuevo modelo.

El trabajo que se presenta a continuación se encuentra estructurado en dos bloques: el primero centrado en la literatura a cerca de la gerontología, los conceptos relacionados con el bienestar de la persona y los nuevos modelos de asistencia en residencias. El segundo bloque se caracteriza por desarrollar el proceso de recogida de información y el planteamiento de los resultados que se han extraído a partir del análisis de los mismos.

Esta diversidad de tareas que se han tenido que llevar a cabo junto con aquellos conocimientos que se nos ha brindado desde el máster, han contribuido a la consecución de competencias como el diagnóstico y evaluación de las necesidades de un determinado colectivo, el análisis y la propuesta de actuaciones concretas, así como la comunicación formal de aquellos aspectos que considere relevantes en el desempeño de la profesión. Estas competencias mencionadas junto con aquellas que aún estamos en proceso de integrar, nos serán útiles para comenzar la vida laboral y con ello continuar el camino que pretendemos iniciar hacia el impulso de la Psicopedagogía y su necesidad en las diversas instituciones que tengan algún tipo de relación con la atención y desarrollo de las personas.

2. OBJETIVO DEL TRABAJO REALIZADO

El objetivo del presente trabajo es evaluar el bienestar y la calidad de vida en la tercera edad, y concretamente conocer si el nuevo modelo de asistencia basado en la atención centrada en la persona está cumpliendo los objetivos que se planteó en un principio, y con ella, si la percepción de los usuarios de este Proyecto alcanza la satisfacción que se espera conseguir del mismo.

Otros objetivos, a los que podemos considerar específico y que nos hemos de plantear con este trabajo son:

- Conocer y analizar las características de la población susceptible de formar parte de la muestra y,
- Reconocer las dificultades y posibilidades que genera cada instrumento y herramienta de recogida de información

Este conjunto de objetivos, junto con una serie de destrezas que adquiriremos en el entrenamiento con profesionales dedicados a la realización de este tipo de investigaciones, no ayudarán a elaborar el siguiente trabajo.

3. MARCO TEÓRICO

La gerontología es un campo sobre el que se viene investigando durante las últimas décadas debido a los sucesivos cambios que ha sufrido la sociedad en cuanto a su demografía. Esta disciplina fue definida en 1986 por Lemieux, como:

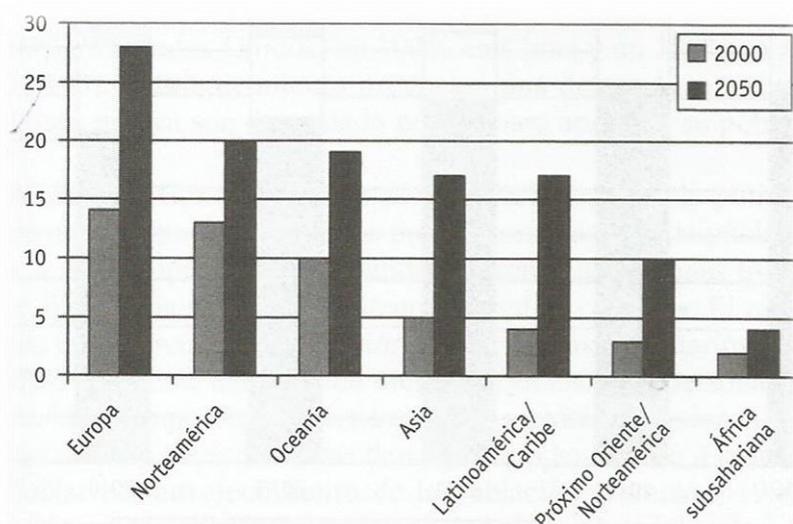
“la ciencia aplicada cuyo objeto de estudio se basa en el conjunto de métodos y técnicas seleccionadas y reagrupadas en un corpus de conocimiento orientada en función del desarrollo de los mayores”(Lemieux, 1986 cit. en García, 2010, p.56-57).

De este modo, cuando hacemos referencia al campo gerontológico y especialmente, al envejecimiento, no solo nos referimos a una etapa que autores como Erikson (1958) o Levinson (1978) incluyeron en sus categorizaciones del ciclo vital, denominándola tercera edad y que engloba a la población mayor de 65 años; sino que el término de envejecimiento se acerca a la definición que propuso Atchley (2000, citado en Giddens, 2010) desde el ámbito sociológico como “la combinación de procesos biológicos , psicológicos y sociales que afectan a las personas a medida que se hacen mayores”(p.338). Actualmente, atendiendo a la realidad demográfica española, debemos tener en cuenta un nuevo concepto que algunos autores ya utilizan para referirse al último ciclo vital: la “cuarta edad”, el cual hace referencia al periodo de la persona que comienza a partir de los 80 años.

Este nuevo término se desarrolla a partir de dos factores: a) el notable aumento de la esperanza de vida de la población mundial y b) el aumento, por consiguiente, del envejecimiento de las poblaciones.

Cuando se habla de población envejecida se hace referencia a los resultados y aproximaciones que han realizado diferentes estudiosos de la demografía de la población. Así pues, según Amador, Cárdenas y Moreno (2006) el continente con un porcentaje mayor de personas envejecidas en 1994 era Europa, con un 14% de la población mayor de 65 años. En el año 2004, un informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), señalaba de nuevo a Europa como el continente más envejecido, proyectando la cifra de población mayor de 65 años para el año 2050, de forma que aparecía de nuevo notoriamente más avanzada que la de los demás continentes. En 2013, las estadísticas procedentes del Eurostat reflejaban que el 18,2% de la población total europea formaban parte del colectivo de la tercera y cuarta edad.

Ilustración 2. Proporción de la población por encima de 65 años por región, 2000 y 2050 (proyección)



Fuente: UNFPA, 2004

Si fijamos nuestra atención en los países que forman Europa, podemos destacar que España es uno de los países con mayor población envejecida (6,4% personas mayores de 80 años), junto con Portugal, Francia e Italia entre otros.

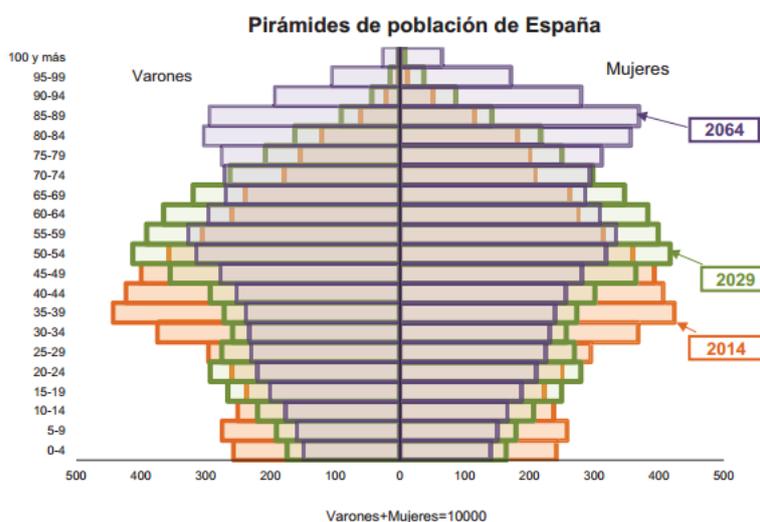
El problema del envejecimiento fue asumido por las Asamblea General de las Naciones Unidas a partir de 1977, culminando en una Asamblea Mundial sobre el envejecimiento celebrado en Viena en 1982, en la que se acordó cooperar en el intercambio científico y técnico para formular una serie de recomendaciones que pudieran ser asumidas por los Gobiernos y avanzasen hacia objetivos de bienestar físico, mental y social en todo lo largo del ciclo de la vida. Esto consiste en dar más vida a los años y no “más años a la vida”, enmarcando el tema de la vejez desde un punto de vista pluridisciplinar y positivo, demostrando que este estado no es peor que otro si evitamos los prejuicios y estereotipos (Carretero, Palacios y Marchesi, 1986). Gracias a este conjunto de iniciativas se pudo elaborar en España en el año 2011 el Libro Blanco sobre envejecimiento activo, el cual recoge toda una serie de pautas, modelos y propuestas para este grupo de la población. Analizando los datos que aparecen en el Libro Blanco y en otras fuentes estadísticas como el INE o el IMSERSO, resulta evidente deducir que las personas mayores tienen una esperanza de vida mayor a la que pudieron tener hace 50 o 60 años. Actualmente, la esperanza de vida en España es de 82’30 años, cifra que continuará aumentando debido a los nuevos avances médicos, científicos y tecnológicos que mejoran la calidad de vida de las

personas. Si bien, este aumento de la esperanza de vida producirá consecuencias en la estructura social.

Un estudio realizado por el Instituto Nacional de Estadística en 2014 manifiesta que “el porcentaje de población mayor de 65 años, que actualmente se sitúa en el 18,2%, pasaría a ser el 24,9% en 2029 y del 38,7% en 2064.”

Este fenómeno de cambios en las estructuras de la población no sólo se debe a la longevidad de las personas sino que también encuentra una explicación en la disminución de la natalidad desde el baby-boom que presenció nuestro país entre los años 1957 y 1977. Mientras que las familias, con anterioridad a esa fecha, tenían una media aproximada de 3 o 4 hijos, en el año 2011 en España se calculaba que la proporción equivaldría a 1,4 hijos por mujer (IMSERSO, 2011). Teniendo en cuenta estos datos, resulta sencillo entender que los datos sobre natalidad y mortalidad distan en gran medida para llegar al equilibrio, por lo que si continuaran manteniéndose estas estadísticas, el gráfico de la población tendría forma de pirámide inversa.

Ilustración 2. Proyección de la población de España 2014-2016.



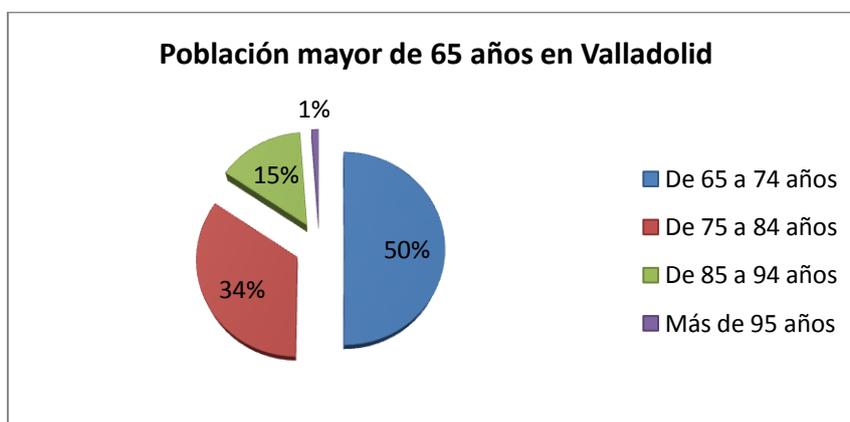
Fuente: INE. 2014.

En cuanto al entorno en el que se desarrolla la persona durante el último periodo de su vida, a diferencia de las creencias populares que nos llevan a pensar que las personas mayores viven principalmente en los pueblos, las estadísticas nos muestran que 7 de cada 10 personas mayores viven en áreas urbanas, mientras que el porcentaje que forman aquellos que aún viven en el área rural solo alcanza un 27,7% de la población envejecida en

los pueblos de menos de 2.000 habitantes, un 18,2% en los municipios entre 2.000 y 10.000 habitantes, y tan solo un 15,5% en los territorios urbanos que exceden los 10.000 habitantes. (IMSERSO, 2011) Este hecho puede deberse a que la generación descendiente de la de la actual tercera y cuarta edad, ha comenzado a buscar viviendas fuera de las áreas rurales por ser el lugar donde se encuentra su trabajo, ya que la mayoría de ellos no han heredado la actividad familiar tradicional (agricultura o ganadería). Así pues, cuando las personas comienzan a requerir ciertos cuidados que no se les pueden hacer llegar hasta el pueblo, cambian su vivienda rural por la de sus familiares o bien comienzan a residir en centros institucionalizados de la capital.

En España, el colectivo de la tercera y cuarta edad supone un total de 8.442.427 personas, de las cuales 592.190 viven en Castilla y León, y a pesar de no ser la comunidad autónoma en la que existen mayor número de personas mayores, sí que se caracteriza por tener el mayor porcentaje de población envejecida con respecto al resto de comunidades (22,4%). En esta comunidad autónoma se encuentra nuestra muestra de estudio, concretamente en la provincia de Valladolid, la cual alberga a fecha de 2014 un total de 108.890 personas mayores de 65 años (aproximadamente un 19,77% de la población) de las cuales 45.961 proceden de municipios de Valladolid.

Figura 3. Población mayor de 65 años en Valladolid.



Fuente: Elaboración propia a partir de Estadística de la Junta de Castilla y León.

Este nuevo modelo poblacional lleva consigo la creciente necesidad de atender a todas las personas mayores de 65 años, que tienen unas características comunes y sufren cambios en los tres aspectos en los que se centraba su definición: psicológico, biológico y social. Sin embargo, la mayoría de los libros se centran en los cambios que se presenta a continuación: cognitivo y biológico.

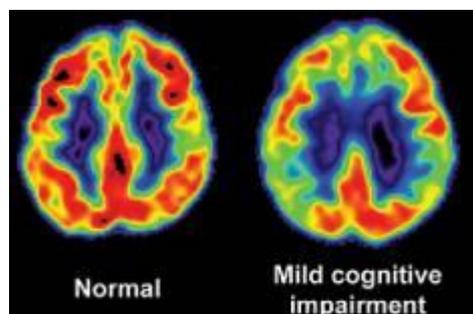
✚ Los **cambios cognitivos** hacen referencia a la variación de la capacidad cognitiva, es decir, a la disminución paulatina de la velocidad con la que la persona procesa la información y genera, en algunas ocasiones, como consecuencia de ello, el deterioro de la memoria.

En primer lugar podemos destacar el **DMAE** (*Deterioro de la memoria asociado a la edad*), que como su propio nombre indica radica en las características propias de la persona cuando llega a una edad avanzada. Este deterioro se caracteriza por “dificultades en recordar acontecimientos cotidianos tales como dónde se ha dejado un objeto, o dificultades en recordar hechos no guiados por la motivación” (Díaz, 2008, p.206). La prevalencia de esta enfermedad es de un 47% y se diagnostica a partir de la aplicación de test de memoria. Las áreas más afectadas son la capacidad de concentración y las tareas que implican una función visuoperceptiva, visuoespacial, etc., además, estos efectos se ven acompañados por la dificultad de pronunciación de determinadas palabras.

Sin embargo, la mencionada disminución de la velocidad de procesamiento de la información también puede deberse a causa de otros trastornos como pueden ser la depresión, la ansiedad o la comorbilidad que pueda existir entre ambas.

Otro deterioro frecuente a medida que envejecemos es el **DCL** (*Deterioro cognitivo ligero*). Puede definirse como un “rendimiento intelectual defectuoso, que se ha deteriorado en comparación con un estado previo, con un nivel de conciencia normal” (Díaz, 2008, p.206). Este tipo de deterioro afecta concretamente a las habilidades atencionales, el control de la inhibición, velocidad para ejecutar una determinada tarea, etc., sin embargo, no presenta demencia.

Ilustración 3. Diferencia de actividad entre un cerebro normal y un cerebro con DCL



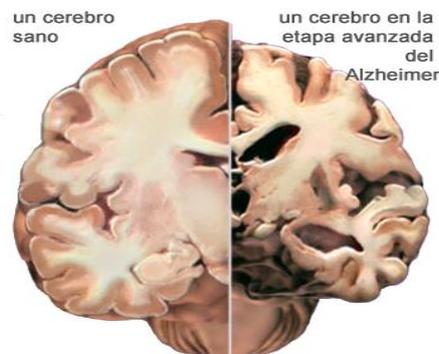
Fuente: Noticias de la ciencia y la tecnología (2009).

Además de los tipos de deterioro existentes en cuanto a la capacidad cognitiva que pueden sufrir las personas, especialmente aquellas pertenecientes a la cuarta edad, es necesario también incluir dentro de los cambios cognitivos, otra serie de enfermedades que aparecen cada vez con mayor frecuencia y que están siendo fruto de estudio en los últimos años con objeto de frenar su desarrollo. Hablamos de las demencias. Éstas se caracterizan por presentar un conjunto de síntomas entre los que destacan la pérdida de memoria, además de la alteración de algún área cognoscitiva como puede ser afasia, apraxia o agnosia, entre otras (DSM-V). A continuación se expone brevemente la clasificación que de ellas realizaron Stassen y Thompson (2000).

➤ Demencia tipo Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer (EA) es el tipo de demencia más común en los países industrializados. El manual DSM- V plantea un conjunto de criterios que permiten definir esta enfermedad como una deficiencia cognitiva irreversible manifestada por la alteración de la memoria, la personalidad y otras funciones cognitivas, que no se habían percibido con anterioridad en el comportamiento de la persona.

Ilustración 4. Cambios cerebrales de la enfermedad de Alzheimer.



Fuente: Alzheimer's Association. (2015)

Respecto a esta enfermedad, diversos estudios reconocen la existencia de varias fases. En una primera fase la persona es consciente de sucesivas pérdidas de memoria (lugar donde deposita los objetos, nombres de personas que acaba de conocer, qué le acaban de explicar por teléfono, etc.). Durante esta primera fase resulta muy complicado diagnosticar si lo que

le sucede a las personas es realmente Alzheimer o algún tipo de deterioro relacionado con la edad.

Cuando la persona se encuentra en la segunda fase de esta enfermedad, además de la memoria, se encuentra afectada la concentración de la persona y la comunicación, ya que utiliza verbalizaciones sencillas pero no coherentes, puede sufrir alalia, apraxia, etc., y también puede comenzar a manifestar en esta fase un cambio de personalidad, lo que comienza a dificultar su relación con los demás.

En la tercera fase del Alzheimer, la persona comienza a tener una mayor dependencia hacia la persona que le cuida y precisa de mayor atención. Finalmente, en la cuarta fase, la persona precisaría de atención constante y su capacidad de comunicación podría llegar a ser nula.

➤ **Demencia multi-infarto**

El derrame cerebral es la enfermedad detonante de la demencia multi-infarto. Este derrame, que en ocasiones se produce de forma múltiple y continuada, dando nombre a este tipo de demencia, impide que llegue suficiente sangre al cerebro como para que pueda funcionar de forma óptima. Los síntomas más comunes son la visión borrosa, temblores o parálisis de algún miembro, que en algunas ocasiones llegan a ser irreversibles. La principal consecuencia es la destrucción de tejido cerebral lo que supone una progresiva y esporádica pérdida de la función intelectual además de la alteración en otras áreas como pueden ser la deglución, visión, memoria, impulsividad, etc., si nos referimos al hemisferio derecho del cerebro; y periodos de afasia, dificultades en la lectura y escritura, o desarrollo de una depresión, si nos centramos en el hemisferio izquierdo del cerebro (The University of Chicago Medicine, 2015).

➤ **Demencias subcorticales**

Este tipo de demencias se caracterizan por iniciar con dificultades motoras que terminan desembocando en problemas en la función cognitiva. Dentro de esta categorización podemos destacar la enfermedad de Parkinson la cual comienza provocando rigidez en alguno de los miembros del cuerpo y temblores musculares, lo que implica también la parálisis de la generación de dopamina y por tanto el cese neuronal encargado de la transmisión de información al cerebro, generando así una alteración cognitiva importante.

Es por ello, que el tratamiento de esta enfermedad consiste en la aplicación de dosis diarias de dopamina, que ayuden a los neurotransmisores a hacer llegar la información al cerebro.

Finalmente, resulta importante destacar también la **Demencia de los cuerpos de Lewy**. Esta demencia se caracteriza por presentar con frecuencia comorbilidad con el Alzheimer o el Párkinson, aunque se diferencia de las mismas en que la persona en algunas ocasiones puede sufrir alucinaciones visuales muy vívidas y bien definidas, síntomas similares a los del Párkinson que se manifiestan espontáneamente, fluctuación en la manifestación de síntomas cognitivos y/o sensación de confusión o pérdida (Family Caregiver Alliance, FCA, 2014).

Si bien, cabe tener en cuenta que a pesar de que la mayoría de las personas sufren un declive de procesamiento de información, no todas ellas la manifiestan con la misma intensidad ni a través de la presencia de las mencionadas demencias, ya que esta disfuncionalidad depende en cierto modo, de la base de conocimiento existente en la memoria de cada persona, además de dos aspectos muy importantes que se desarrollarán posteriormente: el bienestar subjetivo y la calidad de vida.

✚ Los **cambios biológicos** más comunes producidos por el envejecimiento de la persona, son (Giddens, 2010):

- Disminución de la visión, ya que las lentes oculares pierden su elasticidad.
- Pérdida de audición
- Aparición de arrugas
- Disminución de masa muscular acompañada de acumulación de grasa, especialmente alrededor de la cintura.
- Disminución de la eficiencia cardiovascular, a causa de la menor cantidad de oxígeno que puede inhalarse y utilizarse durante el ejercicio.
- Problemas locomotores, especialmente disminución del equilibrio.

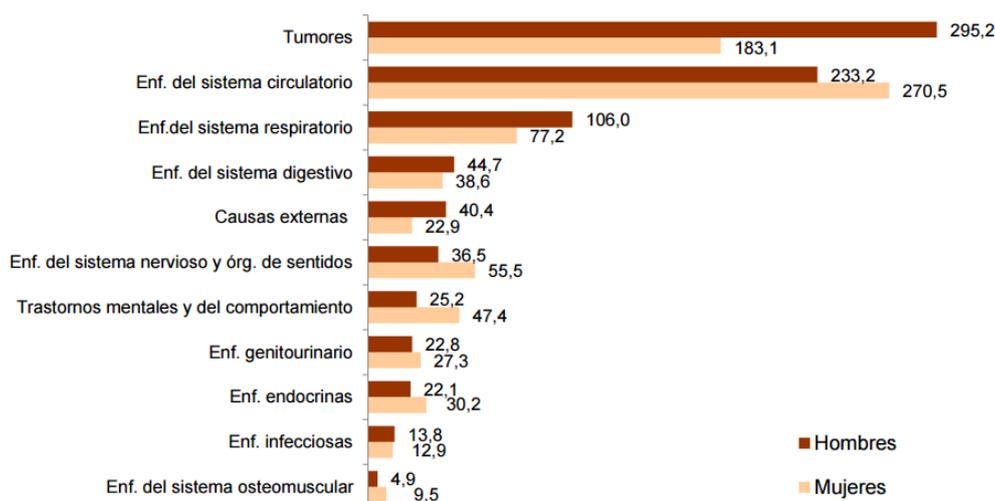
También podemos destacar otros cambios físicos como puede ser la disminución de la capacidad olfatoria, la pérdida de masa ósea, endurecimiento de los tendones, cambios anatómicos y funcionales en el intestino y estómago, y la disminución de las funciones renales entre otras.

Además, desde el Instituto Nacional de Estadística se recogen datos acerca de las enfermedades más frecuentes en la población española en el año 2012. Las enfermedades

más prevalentes en las personas desde los 65 años en adelante son: tensión alta, artrosis, artritis o reuma, dolor de espalda crónico cervical y colesterol alto. Si bien, cabe destacar que entre los mayores de 84 años también despiantan la incontinencia urinaria, las cataratas y el estreñimiento.

El padecimiento de alguna de estas enfermedades puede producir importantes cambios en la funcionalidad y la autonomía de la persona, además de generar un estado de depresión o ansiedad en la misma al reconocer su imposibilidad de realizar por sí misma tareas que siempre había realizado. Sin embargo, las mencionadas enfermedades no son la causa principal de las defunciones de la población de la tercera y cuarta edad. Además, es necesario hacer una diferencia de género ya que las cifras resultan dispares. Mientras que las causas que prevalecen en los hombres son los tumores (33,9%), las enfermedades del sistema circulatorio (26,8%) y las del sistema respiratorio (12,2%); en las mujeres prevalecen las enfermedades del sistema circulatorio (33,6%), seguidas de los tumores y las enfermedades del sistema respiratorio. Las enfermedades que afectan al sistema nervioso o a los órganos de los sentidos, trastornos mentales y del comportamiento, problemas en el sistema genitourinario, y las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas encuentran una mayor prevalencia en las mujeres. Sin embargo, esto no ocurre con las enfermedades del aparato digestivo, las cuales aparecen con mayor frecuencia en la población masculina.

Ilustración 5. Tasas brutas por 100.000 habitantes según la causa de muerte por capítulos CIE-10 y sexo.2013



Fuente: INE. Notas de prensa: Defunciones según la causa de muerte. Año 2013.

Este conjunto de cambios biológicos y cognitivos afectan de forma importante a la autonomía de la persona, y por tanto a su satisfacción con la vida y la concepción del bienestar subjetivo, como veremos más adelante. Sin embargo, no solo se producen cambios en la persona sino en todo su entorno.

Esta disminución de la funcionalidad y la pérdida de autonomía provocan la transformación bio-psico-social del individuo. Hemos de tener en cuenta que la mentalidad de la sociedad se centra en focalizar la atención y hacer prestigio de aquellas personas que son capaces de ayudar a incrementar la producción y seguir el ritmo que esta misma persigue. Por ello, es importante saber en qué lugar de la sociedad se encuentran ahora las personas mayores, tanto las que son capaces de valerse por sí mismas como las que precisan de algún tipo de cuidado más intensivo. Pero lo más importante es conocer, si la situación que están viviendo estas personas que ya forman parte de la cuarta edad, se ajusta a lo que ellos consideran como bueno y está cumpliendo sus expectativas sobre la vejez.

Sin embargo, aunque la familia sigue siendo uno de los elementos más valorados a nivel social y cultural, la sociedad avanza, y con ella aumentan las exigencias de la producción y el mercado de trabajo. Este hecho da lugar a que la mayor parte de aquellas familias que se plantean cuidar a su familiar mayor, se encuentren sin tiempo para atender de la mejor forma posible a esta persona en su hogar. Pero, no es sólo el horario lo que imposibilita este cuidado, sino el tiempo que han de emplear en el mantenimiento del propio hogar, el cuidado de los menores en caso de que los haya, las actividades extraescolares, las actividades de distensión para los padres al salir del trabajo, las compras, etc.

De este modo, aunque la persona mayor insista en su deseo de permanecer en su hogar, cerca de los suyos, si necesitara de una ayuda mínima o constante, puede encontrarse en una situación en la cual su familia no disponga de tiempo suficiente para atenderla de forma óptima o exista una falta de recursos para contratar a alguien que se encargue de ofrecer una atención individualizada y adaptada a las necesidades concretas de esa persona.

Entendiendo esta situación, se puede deducir que las residencias son el último recurso que las familias eligen entre todos los posibles para ayudar a la persona que precisa de una atención específica.

Existe por tanto, en la sociedad, una cierta reticencia a la estancia de las personas mayores en un centro institucionalizado. Se tiene en mente que en la residencia la persona no recibe

la atención suficiente y personalizada que recibiría si tuviera a una persona trabajando específicamente para cubrir sus necesidades. Como bien expone Bazo(1991), la institucionalización de la persona anciana es “un reto sociológico”. Este reto no hace solamente referencia a la percepción que se tiene de las residencias sino también hacia la actitud que muestra la persona institucionalizada en este tipo de centros.

A pesar de que algunas personas entienden que comienzan una nueva etapa de la vida en la que reconocen necesitar de ayuda y encuentran en la residencia un espacio en el que conocer gente, sentirse acompañado y realizar actividades; también se encuentran quienes rechazan esa forma de vida, ya que no se asemeja a su vivienda y sienten que están sometidos a una serie de normas y horarios que antes no se les habían impuesto.

En cuanto a la forma de vida desarrollada por la persona a lo largo de su existencia, también es necesario tener en cuenta un nuevo concepto: el **envejecimiento social**. Este tipo de envejecimiento se manifiesta en el cambio que se produce en una misma sociedad en cuanto a “las normas, los valores y roles culturalmente asociados a una determinada edad cronológica” (Giddens, 2010, p. 340), es decir, que cada período de la vida se caracteriza por un conjunto de valores y costumbres socialmente aceptados, que pueden sufrir transformaciones a medida que la sociedad cambia. Por ello, cuando una persona de la tercera o cuarta edad empieza a formar parte de un centro institucionalizado se ha de tener constancia de estos datos, ya que nos dará información relevante sobre el modo de comportamiento de esa persona.

También puede hacerse patente este envejecimiento social, por ejemplo, en la evolución de los estereotipos sobre la vejez. Desde un punto de vista antropológico se puede decir que en las sociedades primitivas las personas de más edad asumían roles prevalentes, siendo considerados como portadores de conocimiento y experiencia, es decir, transmisores de tradición y cultura, por lo que ostentaban posiciones de poder, liderazgo político o religioso. En sociedades avanzadas, el acceso a puestos de responsabilidad era otorgado, de igual modo, a los sujetos de más edad.

Sin embargo, a raíz de los avances de la medicina y el desarrollo industrial y tecnológico ya no se hace imprescindible la experiencia y sabiduría de las personas de edad avanzada, al disponer de recursos suficientes para recoger ese tipo de información y transmitirla a los demás de forma rápida y sencilla.

Como consecuencia de ello, la figura de la persona mayor en las últimas décadas se centra en un colectivo que precisa de una serie de servicios y programas para lograr que se mantengan ocupados desde el periodo de la jubilación hasta el final de su vida, a través de planes que fomenten su actividad, funcionalidad y su capacidad cognitiva. (Carretero, Palacios y Marchesi, 1986).

Este cambio en la concepción de la tercera edad, ha sido uno de los factores generadores de cambio en la personalidad de las personas mayores debido a la respuesta que reciben de la sociedad tras haber dedicado toda su vida a invertir todo lo que sabían sobre ella, y no recibir el merecido reconocimiento por ello.

Otro de los factores que ha tenido una importante influencia en el desarrollo de la personalidad de este colectivo han sido las condiciones históricas y los cambios políticos en el que se han visto inmersos desde su infancia y que ha condicionado su forma de vida.

Estos, van a marcar en muchas ocasiones, la forma en que se comportan estas personas. Por ello, se puede observar que la mayoría de las personas mayores se rigen por unos mismos valores, costumbres, normas, roles y fe ya que prácticamente la totalidad de ellos han vivido el mismo periodo de la historia, el cual no dejó indiferente a ninguno de ellos.

De este modo, hay personas mayores de 80 años que desde los 14 años ya se dedicaban a ayudar a su familia en las labores de la agricultura y la ganadería y que añoran el no haber tenido tiempo para finalizar sus estudios básicos, especialmente las mujeres. Esto se debe también a que los centros de enseñanza media eran menos numerosos y se encontraban a cierta distancia de las áreas rurales, por lo que el porcentaje de menores escolarizados en la Educación Media tan solo alcanzaba el 25%, mientras que en las áreas urbanas alcanzaba prácticamente la totalidad de la población en edad escolar. (CIDE, 1992).

Sin embargo, aunque con el paso de los años, la situación de económicas de las familias se ha ido equilibrando, para las personas mayores sigue siendo importante el status que han ocupado en la sociedad y el reconocimiento que su familia ha tenido a lo largo de toda su vida.

Así pues, del mismo modo que afirma Bazo (1992), “la educación, los recursos económicos, la historia profesional y vital son fundamentales” y aparecen asociadas al modelo de percepción que las personas han tenido sobre las residencias. Este conjunto de factores, junto con otros como los cambios políticos y los modelos familiares, influyen en

la percepción del bienestar de la persona, por lo que se hace necesario valorar cómo es la calidad de vida de estas personas una vez han dejado de realizar por sí mismas determinadas tareas y se encuentran inmersos en una institución que se aleja de la que ha sido su vivienda durante tantos años.

3.1 Bienestar y Calidad de Vida en Mayores

Tanto el bienestar subjetivo como la calidad de vida, son dos aspectos que van a desempeñar un papel fundamental en la forma en que la persona participa de forma activa en su propia vida, incluso en los centros residenciales, objeto de estudio de este trabajo.

a) *Acercamiento al concepto de calidad de vida*

Comenzaremos realizando un pequeño acercamiento hacia el término de calidad de vida. Levi y Anderson (1980) refirieron que la calidad de vida era

“una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como lo percibe cada individuo y cada grupo; y de felicidad, satisfacción y recompensa (...). Las medidas pueden referirse a la satisfacción global, así como a ser componentes, incluyendo aspectos como salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación, competencia, sentido de pertenecer a ciertas instituciones y confianza en los otros” (cit. en Alguacil, 1997, p.5).

Cella y Tulsy (1990) se centraron también en lo que la propia persona pensaba sobre su vida, aportando un matiz subjetivo, que terminaría generando la siguiente definición: “la apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible y real”(cit. en Nava, 2010, p. 1). Dos años más tarde, Quintero (1992) concretó que la calidad de vida era “el indicador multidimensional del bienestar material y espiritual en un marco social y cultural determinado”(cit. en Nava, 2012, p.129).

Si nos centramos en la concepción de Lawton (2001), encontramos incluidos en la propia categorización de los niveles de calidad de vida, el que hemos denominado *tándem* de conceptos: a) *calidad de vida física*, centrada en los aspectos biológicos de la persona; b) *calidad de vida social*, en la que se incluyen las relaciones del individuo, su red de contactos o la participación en actividades desde la una visión objetiva; c) *calidad de vida percibida*, constituida por el apoyo social y la valoración subjetiva de la relación con amigos y

familiares; y d) *calidad de vida psicológica*, comúnmente conocida como bienestar subjetivo (Molina, Meléndez y Navarro, 2008).

Una visión más moderna y multidisciplinar sobre la calidad de vida es la que plantea Fernández-Ballesteros(2009), en la cual incluye algunos de los matices ya vistos anteriormente. Para esta autora, la calidad de vida se puede definir como los “elementos personales del individuo tanto subjetivos (como su satisfacción con la vida o su bienestar) como objetivos (como, por ejemplo, sus habilidades funcionales), también abarca elementos externos al individuo como su medio ambiente o su red de apoyo social” (Fernández- Ballesteros, 2009, p.71).

Además, identifica 9 áreas de evaluación de esta calidad de vida, que aparecen reflejadas en la elaboración de su *Cuestionario Breve de Calidad de Vida*: (Fernández-Ballesteros, 2009, p.71): “salud (subjetiva, objetiva y psíquica), integración social, habilidades funcionales, actividad y ocio, calidad ambiental, satisfacción con la vida, servicios sociales y sanitarios, educación e ingresos”.

Sin embargo, la calidad de vida no ha de ser concebida como un mero concepto que forma parte en menor o mayor grado del estado de bienestar de las personas, sino que ha de ser entendido como un modelo en la elaboración de programas centrados en la atención de las personas, buscando un “cambio en las prácticas profesionales y los servicios”(Verdugo, 2004 cit. en Mañós, 2011, p. 18), permitiendo así generar una transformación en el entorno del individuo, que mejore el bienestar del mismo atendiendo a 8 dimensiones que se han de tener en cuenta en la evaluación de programas centrados en la atención de las personas y la importancia de su entorno. Estas dimensiones son, teniendo en cuenta el modelo de Schalock y Verdugo (en prensa): “desarrollo personal, autodeterminación, relaciones personales, inclusión social, derechos, bienestar emocional, bienestar físico y bienestar material” (cit. en Schalock y Verdugo, 2007, p.23).

Este conjunto de dimensiones que parecen abarcan la totalidad de las áreas de la persona, han de servir a los distintos profesionales que se encargan de la aplicación de programas para poder evaluar los mismos, transformando estas dimensiones en ítems de sencillo reconocimiento para aquellas personas cuyas capacidades cognitivas no se encuentran en plenas condiciones, como es el caso, de la población de la tercera y cuarta edad; especialmente, para aquellas personas que habitan en un espacio institucionalizado que no logra parecerse al que siempre ha sido su hogar, y en el que se pueden detectar una serie de

carencias personales que solo se pueden conocer desde la propia expresión de las mismas, y que han de ser tenidas en cuenta para proporcionar mejoras en la elaboración de programas, donde los protagonistas principales de los mismos son las personas.

b) Acercamiento al concepto de satisfacción con la vida

En algunas de las definiciones anteriores como es el caso de la planteada por Fernández-Ballesteros(2009), encontrábamos un nuevo término, relacionado también con el bienestar y la calidad de vida: la **satisfacción con la vida**. En ocasiones, ésta ha aparecido definida por algunos autores como un elemento que se desarrolla con independencia del bienestar subjetivo, sin embargo, autores como Leturia y Yanguas (2001) han entendido que ésta es un indicador del bienestar psicológico de la persona.

Requena(1992), junto con otros autores, en un estudio que realizaron en 2009 para analizar la *Satisfacción con la vida en relación con la funcionalidad de las personas activas*, llegaron a la conclusión de que algunos de los elementos que se encontraban estrechamente relacionados con ella, eran el estado de ánimo, el no aislamiento y las relaciones sociales.

Veenhoven (1994) la definió como “el grado en que una persona evalúa la calidad de vida global de su vida en conjunto de forma positiva. En otras palabras, cuánto le gusta a una persona la vida que lleva” (p.4). Este autor planteaba además una serie de determinantes susceptibles de generar esa satisfacción, entre los que podemos destacar: los *recursos sociales* (tales como bienestar económico, igualdad social o libertad política, entre otros), *recursos personales* (posición social, prestigio social, lazos familiares, etc.) y las *aptitudes individuales* (forma física, fortaleza psíquica, capacidad social, habilidad intelectual, etc.), además de factores como el flujo de experiencias vitales, el curso de los acontecimientos o la evaluación de los mismos

Uno de los modelos más importantes de satisfacción con la vida es el propuesto por Diener(1995), el cual entendía que el logro de la misma era el resultado entre la valoración global que la propia persona hace de su vida y las expectativas que habría generado sobre la misma. Atendiendo a esta conceptualización, este mismo autor elaboró una Escala de Satisfacción con la Vida (Satisfaction With Life Scale, SWLS) 5 ítems que la persona ha de valorar dentro de un rango de 1 a 7, siendo 1 nada de acuerdo y 7 totalmente de acuerdo: “1. En la mayoría de los aspectos, mi vida se acerca a lo ideal, 2. Las condiciones de mi vida son excelentes; 3. Estoy completamente satisfecho/a con mi vida; 4. Hasta ahora, he

conseguido las cosas más importantes que quiero en la vida; 5. Si pudiera vivir de nuevo, no cambiaría nada” (Diener et al., 1985 cit. en Vázquez, Duque y Hervás, 2012). Esta escala, junto con otras, guiará a aquellos profesionales que trabajan con personas en el conocimiento de aquellos aspectos que realmente han generado esa satisfacción para continuar desarrollándolos o bien, trabajar sobre ellos, para así mantener el nivel de satisfacción que se había alcanzado hasta entonces.

A la par de los resultados de las escalas que puedan existir para valorar la satisfacción con la persona, es necesario tener en cuenta las diferentes teorías psicosociales que se han desarrollado a cerca del modelo de envejecimiento que desarrolla cada persona, y las cuales tienen constantemente presente la satisfacción con la vida de cada una de las personas.

Por una parte, destaca la **Teoría de la Desvinculación**, desarrollada por los investigadores Cumming, Henry, Havighurst y Neugarten (1961). Ésta hace referencia a la falta de actividad que existe en el colectivo de la tercera edad ya que se encuentran en un periodo de desconexión, si bien, esta desvinculación no tiene una connotación negativa, sino que se caracteriza por aportar a la persona un tiempo de tranquilidad que le ayudará a mejorar la satisfacción con su vida, al deshacerse de obligaciones y responsabilidades. Por su parte, Tartler(1961), desarrolló la **Teoría de la Actividad**, oponiéndose a la anterior y manifestando que la persona mejora su satisfacción con la vida en la medida en que es capaz de seguir realizando actividades. Es decir, se genera una relación directamente proporcional entre el número de actividades que realiza y su nivel de satisfacción ($>n^{\circ}$ actividades, $>$ satisfacción). Encontramos una tercera teoría, la **Teoría de la Continuidad**, promulgada por Atchley y otros investigadores(1971), la cual asume que las personas, en función de sus experiencias vitales, desarrollan activamente sus propias concepciones tanto acerca de sí mismos, como de su estilo de vida y su integración social. Una frase que resume esta teoría es la planteada por Yela que dice: "cada uno es el viejo que se ha ido haciendo durante toda su vida" (Yela, 1992, p. 188).

Esta última teoría, presenta un enfoque constructivista, por lo que parece ser la más válida en cuanto a la consideración de la conducta como elemento esencial en la satisfacción con la vida, debido a la inserción de un matiz biográfico que incluye las experiencias vitales y las diferentes concepciones de la persona sobre lo que siente realmente a cerca de su vida (García, 2003).

Sin embargo, para poder conocer si las circunstancias y el entorno que rodean actualmente a las personas mayores es el que más se acercan a sus expectativas es necesario evaluar. Esta evaluación nos permitirá un mayor acercamiento a la persona y la búsqueda de nuevas estrategias que mantengan, y si fuera posible, mejoren la percepción que tienen sobre su vida.

c) *Acercamiento al concepto de bienestar psicológico*

El bienestar psicológico es un fragmento del bienestar que se centra en la relación del individuo con él mismo y con su entorno, y al que se encuentran adheridas de forma inherente las experiencias del propio sujeto. Sin embargo, en algunas ocasiones se llega a confundir el término de bienestar psicológico con el de bienestar subjetivo ya que están estrechamente ligados. La principal diferencia que se puede encontrar entre ambos es que mientras el bienestar psicológico se centra en los niveles psicológicos de la persona, y está constituido por elementos como la autoconciencia, el autoestima y la autoeficacia; el bienestar subjetivo se caracteriza por estar compuesto por la satisfacción de las necesidades de la persona, en distintos niveles (Oramas, Santana y Vergara, 2006).

El bienestar psicológico, o como Diener(1993) lo denominaba *well-being subjective*, es un término que comprende los periodos que la persona ha considerado placenteros, los que no lo han sido y la satisfacción con la vida global de esa persona. Otros autores como Krzemien, Urquijo y Monchietti (2004), entienden que el bienestar psicológico, concretamente durante el periodo de la vejez, puede verse afectado por factores como la pérdida de los otros, las amenazas del entorno y la adaptación a nuevos estados físicos y psicosociales, por lo que han de desarrollar estrategias de adaptación y afrontamiento hacia la misma.

Carol Ryff planteó el modelo de bienestar psicológico entendiendo que éste se componía de las emociones positivas que vive la persona, por lo que algunos autores entendieron que este era el inicio de la Psicología Positiva (Corredera, 2012). Para poder evaluar ese tipo de bienestar, elaboró una escala en la que los ítems que formaban la misma desvelaban que ese bienestar podía ser también entendido como un conjunto de percepciones sobre la autonomía de la persona, sus relaciones y apoyos sociales, sin olvidar la capacidad que tiene esa misma persona para desenvolverse en el entorno que la rodea (Díaz, Carvajal, Blanco, Moreno-Jiménez, Gallardo, Valle y van Dierendock, 2006). Otros autores, como Vázquez,

Hervás, Rahona y Gómez(2009) de acuerdo con autores que se centran en la observación de la condición humana, han manifestado que el bienestar psicológico tiene una fuerte relación con el estado de salud, especialmente afirman que “la capacidad para mantenerse optimista, aunque sea de forma poco realista y la capacidad para encontrar un significado ante la adversidad parecen ser factores protectores de la salud física” (Bower, Kemeny, Taylor, Reed & Visscher, 1992-1998 cit. en Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009, p. 17).

Otra concepción del bienestar psicológico es la planteada por Leturia y Yanguas (2001), los cuales entienden que se basa fundamentalmente en emociones y sentimientos, más que en juicios valorativos sobre la propia vida, aunque también consideran que la salud, “tanto percibida como objetiva” es un factor que forma parte de la elaboración del mencionado bienestar psicológico, junto con otros factores como “los estilos de vida, la realización de planes hacia el futuro, los estilos de logro, el apoyo social, la depresión y algunos factores sociodemográficos”(Leturia, Yanguas, Arriola y Uriarte, 2001, p. 123).

Las investigaciones que se han venido realizando sobre el estudio de este concepto, principalmente enfocados en el colectivo de la tercera y cuarta edad han proporcionado diversos resultados entre los que destacan que existe una mejora en la percepción de su calidad de vida cuando son capaces de realizar tareas por sí mismos y acudir a diferentes actividades.

Este tipo de conclusiones se corroboran, por ejemplo, en el estudio que realizaron Molina, Meléndez y Navarro (1992), en el cual a partir de la utilización de la entrevista y la adaptación de la escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989), aplicaron dichas herramientas a un grupo de personas institucionalizadas y a un grupo de personas no institucionalizadas con objetivo de valorar si existían diferencias sobre la percepción de la calidad de vida en las dos situaciones. Los resultados de este trabajo manifestaron que los ancianos no institucionalizados centraban todo su bienestar en los aspectos familiares, mientras que los ancianos institucionalizados valoraban muy débilmente este aspecto. Esto puede deberse a la necesidad y deseo de apoyo social y familiar, que en algunas ocasiones puede verse disminuido cuando la persona entra a la residencia ya que los familiares tienen que incluir en sus actividades cotidianas el desplazamiento hacia la residencia, disminuyendo el número de visitas por semana, lo que se traduce en que se reducen los apoyos familiares.

Por el contrario, los datos que hacían referencia a las relaciones sociales reflejaban un gran impacto sobre la persona institucionalizada. Mientras que las personas no institucionalizadas no le daban especial importancia, una gran mayoría de los ancianos institucionalizados lo consideraban el aspecto más importante que les genera satisfacción (Molina, Meléndez y Navarro, 1992). Este hecho puede deberse a que la relación con los iguales forma parte del día a día ya que cada actividad que se desarrolla en la residencia es comunitaria por lo que es fácil encontrar alguna persona que comparta con ellos características similares. Con características similares no pretendo hacer solamente referencia a los cambios biológicos o las enfermedades que ambas puedan tener, sino a los gustos y a la forma de afrontar el último periodo de su vida.

El afrontamiento del último periodo de la vida, o como muchos autores reflejan en sus obras, el “afrontamiento de la vejez”, va a ser una pieza fundamental en la construcción del bienestar subjetivo. Cada sujeto tiene una personalidad diferente marcada por los valores en los que ha sido educada y el bagaje de experiencias que lleva consigo, por lo que cada uno de ellos manifiesta de diferente forma su conformidad o disconformidad con su vida y muestra una diferente adaptación al espacio en el que se encuentra, observándose así una gran diversidad de conductas.

Hemos de entender, a través de la literatura encontrada respecto a los tres conceptos que se han planteado de forma constante, que la calidad de vida, la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico están relacionados y el cambio en uno de los factores que forman los mismos, cambiará algún aspecto de los otros. Sin embargo, aunque parece clara la diferencia entre calidad de vida y los otros dos conceptos, debemos tener en cuenta que estos últimos no son equivalentes sino que la satisfacción con la vida es un indicador del bienestar psicológico, puesto que este último está formado por los factores que hemos visto anteriormente, y que no solo se reducen a las expectativas de la persona y los logros que ha conseguido a lo largo de su vida.

3.2 Nuevos modelos de intervención en los centros institucionalizados: Modelo de atención centrada en la persona.

Como se ha mencionado anteriormente, una gran parte de la población de la tercera y cuarta edad, por diferentes motivos, terminan pasando el último periodo de su vida en centros institucionalizados. Estos centros suelen caracterizarse por contar con un

importante número de profesionales para poder atender cuando se precise a la persona que lo requiera, sin embargo, a pesar de que con el paso de los años han ido mejorando las condiciones de estos centros y los modelos de atención de la persona, aún queda por conocer si los cambios que se están realizando satisfacen a las personas para las que van destinados.

Se presupone que cuando la persona permanece en su domicilio, la atención que recibe es personalizada y adaptada a todas sus necesidades, sin embargo, en un centro institucionalizado son muchas las personas que conviven y por ello, aunque la atención es individualizada, ha de ser compartida con otros residentes, por lo que el trato tiende a ser generalizado y el ratio de profesionales y residentes es mayor que en el hogar donde un solo profesional se encargaría únicamente de esa persona en el tiempo que permaneciera con ella.

A pesar de ello, hace ya algún tiempo que los profesionales dedicados al estudio de la tercera edad, comenzaron a dar importancia a la necesidad de acercar las características de los hogares a las residencias de la tercera y cuarta edad. Uno de los pioneros en introducir este tipo de idea fue Goffman (1961), el cual planteó la idea de englobar en la misma residencia, aspectos como la vivienda, el ocio y el trabajo, consiguiendo así lo que él entendía por “institución total” (Goffman, 1961 en Fernández-Ballesteros, Izal, Montorio, González y Díaz, 1991, p. 217). Lieberman (1974) planteó una idea centrada en el mantenimiento de la funcionalidad de la persona, en la cual pretendía la búsqueda de “ambientes facilitadores, es decir, aquellos en los que se fomenta la autonomía” (Lieberman, 1974 en Fernández-Ballesteros, Izal, Montorio, González y Díaz, 1991, p. 217). Con esta última concepción se produjo un salto en la concepción de las residencias que dejaba atrás una posible visión hospitalaria de las mismas para acercarse más a una concepción de vivienda donde la persona era capaz, dentro de sus posibilidades, de realizar aquellas tareas que su funcionalidad le permitía.

Con el paso de los años, esta idea de mantenimiento de la autonomía de las personas institucionalizadas ha ido incrementando. Encontramos en EEUU un ejemplo que supuso un gran avance hacia un nuevo modelo de intervención con ancianos institucionalizados que no solo se centraba en continuar potenciando su autonomía, sino que enlazaba este objetivo con la posibilidad de acercar el hogar a la residencia y atender a la persona

centrándose en las necesidades y deseos que ésta expresaba. Este tipo de ejemplo se denomina modelo de Atención Centrada en la Persona, y se caracteriza en el primer lugar por su estructura física, formada por unidades de convivencia que tienen el aspecto de una vivienda y en el que las ayudas que recibe la persona no solo se centran en el área sanitaria de la misma sino también en los apoyos sociales que recibe la persona de los compañeros y los profesionales. Es el denominado proyecto Greenhouse (Rodríguez, 2011).

Años más tarde, desde la Fundación Matía se elaboraron una serie de cuadernillos prácticos pertenecientes al Proyecto Etxean Ondo, aplicables a residencias, donde las plantas en las que se encuentran las habitaciones de los residentes se convertirían en Unidades de Convivencia, y en las cuales la persona tendría la posibilidad de continuar viviendo de forma autónoma conviviendo con otras personas de características similares tanto en espacios comunes como pueden ser el comedor o el salón, con un aspecto similar al que podría tener el de su casa (dotándoles de luz indirecta, cuadros, cocina, etc.) y decorando las habitaciones al gusto de cada persona, acercándoles desde su propio hogar algún objeto que haya sido significativo en su vida como puede ser un sillón, una radio, una fotografía e incluso una colcha que tuviera en su cama (Fundación Matía, 2011).

Este tipo de modelo de Unidades de Convivencia se caracteriza, al igual que el modelo Greenhouse, por aportar un apoyo social a la persona, puesto que los miembros de esa unidad de convivencia disfrutan de su tiempo en compañía de los otros, y los profesionales, al estar integrados en ese ambiente, generan con ellos lazos de confianza que les permitirá conocer las necesidades u opiniones que la persona manifiesta sobre su estancia en la residencia.

Este modelo de atención centrada en la persona, o como Rodríguez y Vilá (2014) definen Atención Integral y Centrada en la Persona (AICP), se conceptualiza en los siguientes principios:

- a. Principio de autonomía: las personas destinatarias de la atención tienen derecho a mantener el control sobre su propia vida y, por tanto, a actuar con libertad [...]
- b. Principio de individualidad: todas las personas son iguales en cuanto a ser poseedoras de dignidad y depositarias de sus derechos, pero cada una de ellas es única y diferente del resto [...]

- c. Principio de independencia: aunque se tengan necesidades de apoyo y atención permanente, todas las personas poseen capacidades que deben ser reconocidas y estimuladas[...]
- d. Principio de integralidad: la persona es un ser multidimensional en el que interactúan aspectos biológicos, psicológicos, sociales y medioambientales cuyo buen funcionamiento es determinante para su calidad de vida[...]
- e. Principio de participación: las personas con discapacidad y/o dependencia tienen derecho a participar en su comunidad, a disfrutar de interacciones sociales suficientes para acceder al pleno desarrollo de una vida personal y social libremente elegida [...]
- f. Principio de inclusión social: las personas que requieren apoyos y cuidados son miembros activos de la comunidad y ciudadanos/as con idénticos derechos que el resto [...]
- g. Principio de continuidad de atención: las personas con discapacidad y aquellas que se encuentran en situación de fragilidad o dependencia deben tener acceso a los apoyos y atención que precisan de manera continuada, coordinada y adaptada permanentemente a las circunstancias de su proceso(Rodríguez, 2014, pp. 114-118).

Este conjunto de principios son los que rigen la implantación de las mencionadas Unidades de Convivencia, y todos ellos constituyen el pilar fundamental de la dignidad de la persona, objeto principal de este tipo de modelos.

Si bien, estos modelos no solo aportan un cambio en la estructura metodológica de la residencia sino que buscan la transformación arquitectónica de la misma cambiando los amplios espacios comunes por pequeñas estancias de ambiente más acogedor y cálido, donde se reúnan un menor número de personas (entre 12 y 14) y en los que se generen redes de apoyo intensas, tanto como los compañeros como con los profesionales. Además, estas personas tienen la posibilidad de incluir en sus habitaciones objetos de decoración o mobiliario que hayan sido significativos para ellos durante su vida. Si bien, cabe destacar que la implicación familiar también resulta fundamental para el desarrollo de este modelo puesto que serán en algunas ocasiones los responsables de aportar información sobre las preferencias de la persona en cuanto a comidas, actividades de ocio, labores que siempre le ha gustado realizar, etc.(Valdenebro, 2011)

Para poder recopilar el conjunto de información acerca de las personas, el modelo de atención centrada en la persona cuenta con una serie de instrumentos como son las Historias de vida (documentos que recogen información relevante sobre su historia biográfica, sus aficiones además de expectativas y aspectos relevantes de su vida), el Proyecto de Vida (en el cual se recoge información sobre las expectativas que tiene la persona sobre la forma de disfrutar del último periodo de su vida) y el Profesional de Referencia (el cual, a partir del vínculo que se genere, será capaz de recopilar información sobre la situación actual de la persona, si realmente está satisfecho con la vida que lleva y manifestará sus necesidades y deseos).

Este tipo de documentos son fundamentales en la implantación de una Unidad de Convivencia puesto que en cada espacio geográfico han existido una serie de costumbres y tradiciones, por lo que cada Unidad de convivencia se caracterizará por las personas que la forman y las vivencias de las mismas.

A pesar de que este modelo comenzara como un proyecto piloto en el País Vasco, a raíz de los mencionados cuadernillos de la Fundación Matía, se ha podido extender esta práctica a otras comunidades autónomas, como es el caso, por ejemplo de Castilla y León en la que se encuentran aproximadamente ciento once Unidades de Convivencia. En el caso concreto de Valladolid, se encuentra la Unidad de Convivencia “El Olmo”, ubicada en la Residencia Provincial Cardenal Marcelo, la cual ha sido implantada por la Gerencia de Servicios sociales, concretamente desde el Área de Planificación y Catálogo de Servicios Sociales.

Teniendo en cuenta la información que se ha aportado sobre los nuevos modelos de asistencia en los centros institucionalizados y a partir de la necesidad existente de evaluar la validez de este tipo de programas, los objetivos que se pretenden conseguir a través de esta investigación son conocer el grado de satisfacción con su vida en la residencia tanto de los residentes implicados en el Proyecto Piloto “En mi casa” como del grupo control de la Residencia Provincial Cardenal Marcelo de Valladolid, para poder extraer una serie de conclusiones que puedan ayudar a identificar si el programa que se está llevando a cabo cumple con los objetivos que plantea el mismo, y por tanto, se cumple el deseado bienestar en la población de la tercera y cuarta edad.

4. METODOLOGÍA

La metodología llevada a cabo en la recogida y el análisis de los datos hace referencia a un proceso de evaluación tanto cualitativo como cuantitativo de la información recogida. Además, este proceso se ha realizado desde una intención de múltiple perspectiva de forma que se pudiera obtener información objetiva y subjetiva tanto de los propios protagonistas de este estudio como de los profesionales que trabajan diariamente con ellos, para de esta forma obtener una visión global del proceso.

4.1 Contexto

El contexto en el que se desarrolla la evaluación de la satisfacción del bienestar en la tercera edad se encuentra en la Residencia “Cardenal Marcelo” de Valladolid. Esta institución cuenta actualmente con 210 plazas de las cuales cuatro están destinadas para estancias temporales. Esta misma se caracteriza por presentarse como un servicio público dependiente de la Diputación de Valladolid, por lo que todos sus residentes provienen de los pueblos pertenecientes a esta misma ciudad, requisito fundamental para entrar en ella.

La Residencia Cardenal Marcelo se encuentra ubicada en el Barrio Girón, y su entorno se caracteriza por aportar tranquilidad y un ambiente natural a los usuarios de la misma, al encontrarse muy próximo al Cerro de las Contiendas y contar con un amplio jardín en su entrada que permite que las personas de la residencia y sus familiares puedan pasear por él con facilidad.

La estructura interna de la residencia se caracteriza por presentar 3 áreas: médica, gestión y socio-asistencial, las cuales se encuentran enmarcadas en un laborioso organigrama de profesionales que trabajan de forma coordinada para ofrecer una atención integral a todos los residentes.

Cabe destacar, que dentro del funcionamiento general de la residencia se encuentra el mencionado Proyecto Piloto “En mi casa”, denominado Unidad de Convivencia “El Olmo”, en el cual se encuentran actualmente 14 residentes y 6 auxiliares que cumplen la función de Profesionales de Referencia de esas personas.

Durante el proceso de recogida de información, se ha hecho necesario solicitar el permiso a la Dirección del Centro para contar con la aprobación para la tarea que se iba a comenzar, la cual constaba de la aplicación de una serie de pruebas y la cumplimentación de registros

tanto por parte de los usuarios como de sus profesionales de referencia, incluso nuestra propia observación. El proceso de recogida de datos ha tenido una duración aproximada de 3 meses (de abril a junio de 2015), tiempo en el que se ha llevado a cabo la formación del grupo control y la recogida y registro de la información que se había obtenido.

Es necesario destacar que tanto las personas usuarias de la Unidad de Convivencia “El Olmo” como los residentes a los que se ha entrevistado, susceptibles de formar el grupo control, han mostrado una gran disposición a la hora de reunirse con nosotros.

Sin embargo, también considero importante mencionar que el personal auxiliar no se ha mostrado participativo y colaborador en la mayor parte de las ocasiones, lo que ha supuesto la necesidad de una segunda valoración de los resultados por parte de otros profesionales del centro que también tenían conocimiento de la situación de esos residentes.

Otra dificultad con la que nos hemos encontrado ha sido el grado de deterioro cognitivo que presentaban algunos de los residentes susceptibles de ser evaluados ya que su grado de deterioro impedía la realización de determinadas pruebas, y los resultados de las mismas han tenido que ser elaboradas por los auxiliares, a través de los check-list de los que disponíamos.

A pesar de todo ello, finalmente hemos conseguido recopilar la información necesaria para poder evaluar las características relativas al bienestar de cada uno de los grupos, además de trabajar sobre nuestra propia capacidad para recoger información, independientemente de las patologías que pudiera presentar una determinada persona.

Figura 2. Análisis DAFO del proceso de recogida de información



Fuente: elaboración propia

4.2 Participantes

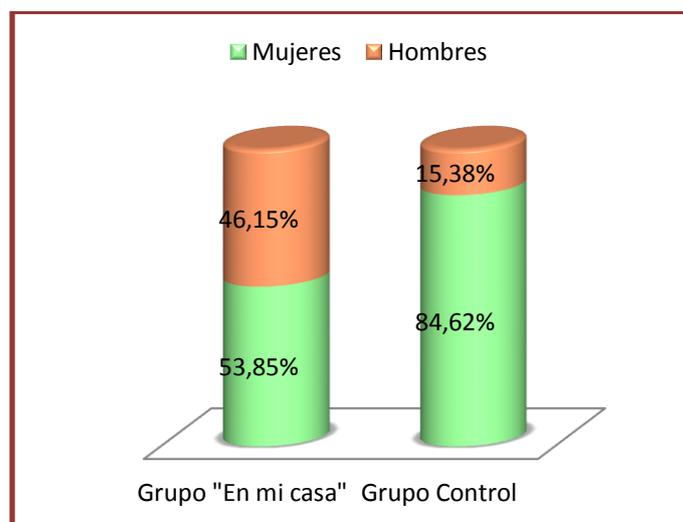
La muestra con la que se partía al comenzar la investigación estaba formada por las personas participantes del Proyecto “En mi casa” de la Residencia “Cardenal Marcelo”, que se caracteriza por plantear un nuevo modelo asistencial, concretamente el modelo de atención centrada en la persona (acp). Esta alternativa al modelo hospitalario que se venía desarrollando en las residencias, se caracteriza por situar su foco de atención en las capacidades y habilidades de la persona en lugar de sus déficits y necesidades, ver a la gente desenvolverse en su entorno habitual, centrarse en la calidad de vida de la persona, buscar la solución de los problemas que puedan plantearse, tener en cuenta al profesional, al usuario y a su familia en el diseño de actividades y centrar su intervención en el plan de vida de las personas, entre otras (Sevilla, Abellán, Herrera, Pardo, Casas y Fernández, 2009 en Martínez, Díaz-Veiga, Sancho y Rodríguez, 2011).

Para poder evaluar su bienestar y satisfacción con la vida, se consideró necesario comparar a cada uno de ellos con una persona espejo, es decir, otro residente que se pareciese lo máximo posible a ellas teniendo en cuenta su deterioro cognitivo y su grado de dependencia. A pesar de que inicialmente contábamos con 14 personas del Proyecto “En

mi casa”, entendiendo que la muestra total estaría formada por 28 personas, pasados unos días percibimos, y posteriormente los profesionales de la residencia nos confirmaron, que una de las usuarias permanecía largos periodos de tiempo en enfermería, por lo que, al no poder realizar la observación de la misma, decidimos excluirla de la muestra, y con ella, a su persona espejo. Como consecuencia de ello la muestra final estuvo formada por 26 residentes, la mitad de ellos pertenecientes al Proyecto “En mi casa”, lo que dio nombre a este grupo; y la otra mitad compuesta por el grupo espejo, al que se le denominó Grupo Control.

De los 26 participantes, un 69% eran mujeres mientras que un 31% eran hombres, lo que refleja la realidad que muestra la literatura especializada en cuanto a la existencia de un mayor número de mujeres que de hombres en la tercera y cuarta edad. Sin embargo, aunque predominaban las mujeres en el Grupo Control (84,62%) no lo hacían en el Grupo “En mi casa”, donde la cifra se encontraba más equilibrada (53,85% de mujeres frente a los 46,15% de hombres).

Figura 3. Clasificación por género de la muestra

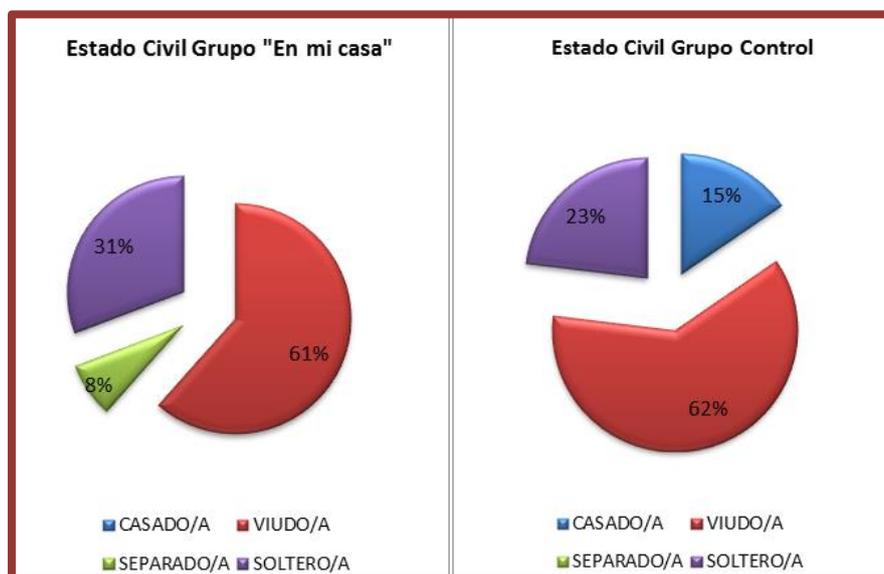


Fuente: elaboración propia

Las características respecto al estado civil distan en mayor medida en el tipo de estado (casado/a, soltero/a, separado/a, etc.) que en el número de personas que integran cada uno de ellos, ya que mientras que en el Grupo “En mi casa” un 8% de los participantes presentaba el estado de *separación*, éste no se manifestaba en el Grupo Control, sino que en este último grupo, se incluye el estado de *casados*, que alcanza el 12% y que no se

encontraba presente en el primero de los grupos. Los únicos estados que se manifiestan en ambos grupos son el de *soltería* y *viudedad*, reflejando cifras muy similares.

Figura 4. Clasificación de la muestra por estado civil



Fuente: elaboración propia

De aquellas personas que actualmente estaban casadas o eran viudas un 55,6% tenían hijos, reflejando una media de 1,5 hijos por familia, siendo prácticamente equivalente el número de hijos que pertenecían a ambos grupos.

Estos mismos hijos de los participantes de la muestra son los que con más frecuencia realizan las visitas con respecto al resto de los familiares en ambos grupos.

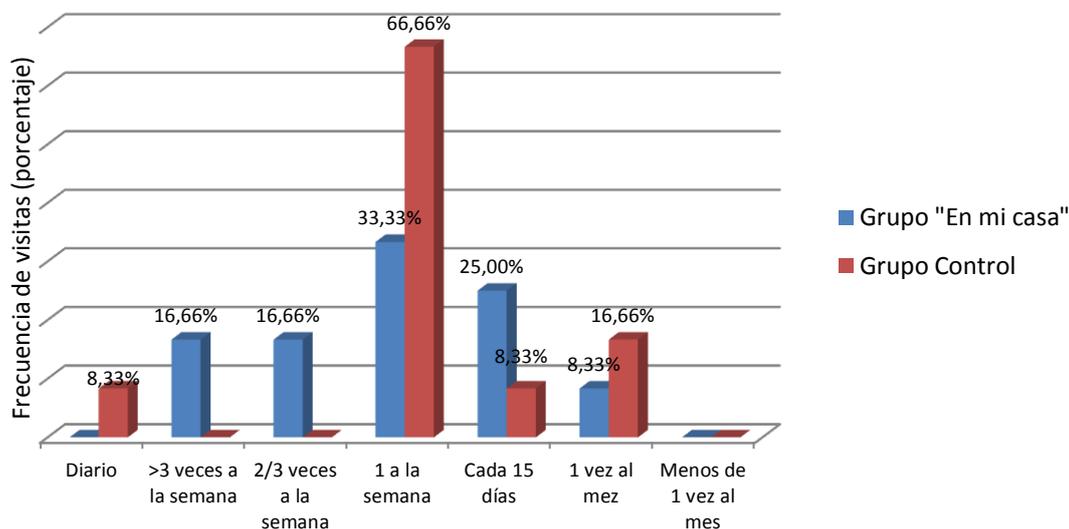
A pesar de que la frecuencia más común de las visitas corresponde a una vez a la semana, existen diferencias en función de los dos grupos en los que se ha centrado la investigación, como puede verse en la Figura 5.

En proporción, ambos grupos reciben mayor número de visitas una vez a la semana, especialmente el Grupo Control. Sin embargo, en el Grupo En mi casa, existe una mayor variedad de frecuencias de visita, y la frecuencia de las mismas es mayor, excepto en las visitas que se producen a diario que es notoriamente mayor en el Grupo Control que "En mi casa".

Por otra parte, los familiares que suelen acudir con mayor frecuencia son los hijos, seguidos de sus nietos, sobrinos y por último, sus hermanos. Aunque esto último puede deberse a

que la edad de los hermanos sea próxima a la nuestro participante, y por lo tanto pueda encontrarse con una situación de salud similar e incluso peor que la del propio participante.

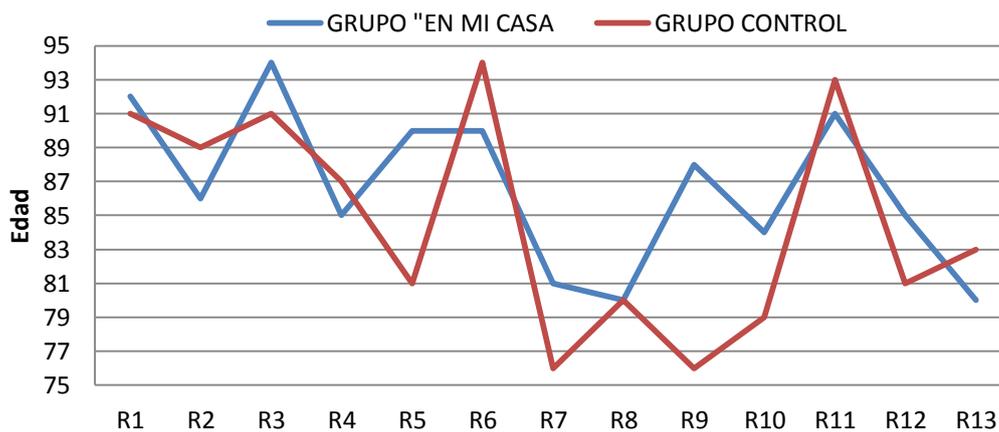
Figura 5. Frecuencia de visitas que reciben los participantes de la muestra (porcentajes)



Fuente: elaboración propia

La edad media de la muestra era de 85,73 años, aunque la media del Grupo “En mi casa” es ligeramente mayor (86,62 años), que en el Grupo Control (84,69 años).

Figura 6. Línea de media de edad de la muestra. Edades de los participantes.

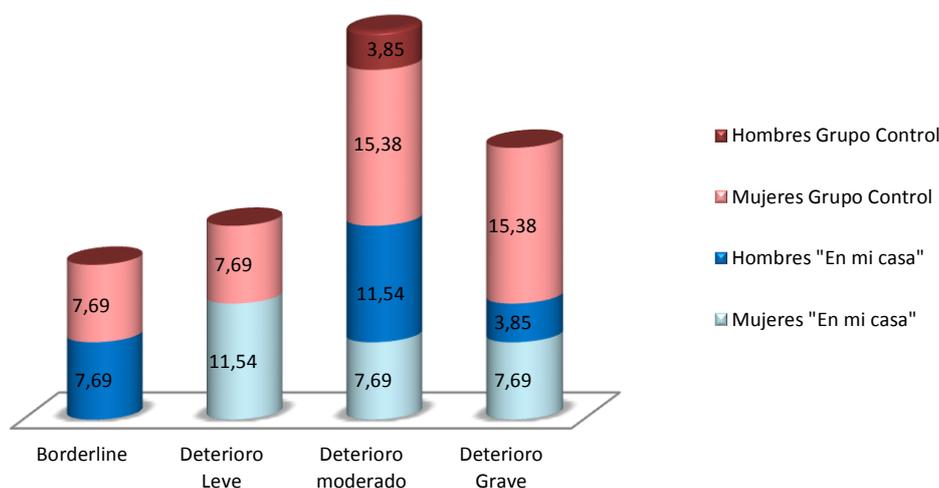


Fuente: elaboración propia

Sin embargo, a pesar de que las personas de mayor edad se encuentran en el Grupo “En mi casa”, el nivel de deterioro encuentra una mayor relevancia en cuanto al género, más que respecto a la edad de los participantes.

Mientras que un 38,46% de la muestra mostraban un deterioro cognitivo moderado (puntuación entre 16 y 24 en la escala de valoración Cognitiva Minimental), se reflejaba un porcentaje mayor de mujeres (23,07%) que de hombres(15,39%), independientemente del Grupo en el que se encontraran. Cabe destacar también que los hombres del Grupo “En mi casa” mostraban mejores resultados en la prueba Minimental que las mujeres de su mismo grupo, ocurriendo lo contrario en el caso del Grupo Control. Respecto a los resultados sobre el deterioro cognitivo grave, se puede observar una notoria mayoría de mujeres(23,07%) que sufrían este trastorno, mientras que la cifra de hombres era mínima(3,85%) especialmente en el Grupo “En mi casa”, donde era inexistente. Si bien, cabe destacar que el porcentaje de mujeres participantes es significativamente mayor que el de los hombres, como se ha podido observar en gráficos anteriores, por lo que cabe esperar que los resultados se ajusten a la proporción de cada uno de ellos.

Figura 7. Nivel de deterioro en cuanto al género (porcentajes ambos grupos)



Fuente: elaboración propia

Otro dato que caracteriza a la muestra con la que hemos trabajado es el nivel de actividad que realiza cada uno de ellos ya que, mientras que un 53,85% de los participantes del Grupo Control acuden a las actividades que propone esta institución manifestando que en ella pueden realizar tareas que antes no podían, como son la memoria o los talleres de

manualidades. Por el contrario, el 100% de los miembros del Grupo “En mi casa” realizan algún tipo de actividad debido que las que realizan los de este último grupo y de acuerdo al modelo de atención centrada en la persona, se caracterizan por ser actividades significativas para cada una de ellas. Es decir, participan en actividades más concretas diseñadas a partir de la recopilación de información acerca de sus preferencias, posibilidades y las labores que han venido realizando durante su vida como son: escuchar la radio, cuidar las plantas, doblar paños, celebrar los cumpleaños, hacer punto o separar legumbres, entre otras. Sin embargo, en muchas ocasiones esa falta de actividad viene enmarcada en la disminución de la funcionalidad de las personas y por tanto, el desarrollo de una mayor dependencia. Para valorar este grado desde la Residencia se utiliza la escala de Barthel, la cual nos ofrece información concreta sobre la autonomía que puede conservar aún la persona en distintas áreas.

Es interesante valorar que el grado de dependencia en ocasiones puede ir relacionado con el nivel de actividad de la persona en la residencia. Si nos centramos en el Grupo “En mi casa”, a pesar de lograr un 100% de actividad, como se ha mencionado se refiere a tareas significativas por lo que en mayor o menor grado, e independientemente de su grado de autonomía todos pueden ser partícipes, sin embargo, aquellas personas que continúan acudiendo a la actividades generales de la residencia presentan una media de Barthel de 95 puntos, mientras que la media de puntuación en esta misma escala del Grupo Control es de 90. Respecto a las personas del Grupo “En mi casa” que participan activamente en las actividades significativas, forman una puntuación media de 80 puntos en la escala de Barthel.

Por otra parte, aquellas personas que a pesar de participar en las actividades significativas del Grupo “En mi casa” sufren algún tipo de patología que no les permite realizar las mismas con independencia, cuentan con una media de 34 puntos en la escala de Barthel , mientras que en el Grupo Control, la puntuación media de las personas que no son capaces de realizar de forma autónoma la actividad es de 43.

Todos este conjunto de información sirvió de apoyo para poder evaluar la influencia que estos aspectos podían tener en la satisfacción con la vida de estas personas, y por tanto, con su bienestar general dentro de la residencia.

4.3 Instrumentos de recogida de información y variables

Se han utilizado diferentes instrumentos para la recogida de datos, ya que ésta misma ha sido muy diversa. En primer lugar, se elaboraron unos registros de observación en los que poder recoger si se cumplían una serie de ítems respecto a 4 áreas: comunicación, relaciones con los otros, expresión emocional y participación en actividades. En segundo lugar, se distribuyeron una serie de entrevistas (ver Anexo 1) para los usuarios. Este instrumento fue elaborado por la Dr. Valle Flores y la Dr. Inmaculada Calleja pertenecientes al área de Psicología de la Facultad de Educación y Trabajo Social de la Universidad de Valladolid, en colaboración con el personal técnico del Servicio de Planificación y Catálogo de Servicios Sociales de Valladolid.

La entrevista se organiza en 4 partes, la primera centrada en los datos biográficos de la persona, así como su situación familiar, educativa y socioeconómica. La segunda parte se centraba solamente en los usuarios del Proyecto “En mi casa” y estaba compuesta de preguntas abiertas y cerradas sobre la satisfacción con su vida en la residencia. También incluía 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. Muchas de las preguntas de la tercera parte aparecían también en la cuarta parte, dirigida exclusivamente a los participantes del grupo control. Finalmente, en la cuarta y última parte, se recogía la opinión del personal de referencia sobre el Proyecto “En mi casa” y la percepción que tenían sobre la labor que estaban realizando.

El tercer instrumento de recogida de información ha sido el checklist para profesionales sobre los participantes no válidos. Este checklist, siguiendo la forma de las escalas de Likert, en la cual se evalúa el grado de conformidad con el ítem que se plantea, encontrando la equivalencia en 1 totalmente en desacuerdo y 4 totalmente de acuerdo. En el mencionado checklist, se hizo referencia a 5 áreas: comunicación, autonomía funcional, relaciones sociales, participación en actividades y emocional. De este modo, quedarían abarcadas todas las áreas del sujeto que pudieran ser conocidas por su cuidador/a. Cabe destacar, que aunque el checklist del Grupo Control solo se centraba en la situación actual de la persona, el del Grupo “En mi casa” también valoraba a las personas antes de entrar en ese proyecto, para conocer si se había producido algún cambio desde que se formaba parte de este nuevo modelo de intervención.

Además de los instrumentos de recogida de información elaborados por las Doctoras de Psicología Valle Flores e Inmaculada Callejo, de la Facultad de Educación y Trabajo Social de la Universidad de Valladolid, en colaboración con los técnicos del Servicio de Planificación y Catálogo de Servicios Sociales, se ha precisado de otra serie de recursos para recoger información sobre el bienestar de estas personas y su satisfacción percibida.

En primer lugar, para poder elaborar el Grupo Control, se recogió la información de cada residente relativa al deterioro cognitivo, mediante la prueba Minimental (Folstein) y la escala de funcionalidad de Barthel, la cual nos aportó el grado de dependencia de cada persona.

El Minimental es una escala que aporta una orientación sobre el nivel de deterioro cognitivo que puede presentar una persona. Las áreas en las que se centra son “orientación, memoria, atención, capacidad de nombrar, cumplir órdenes verbales y escritas, escribir una frase espontáneamente y copiar un dibujo”. La puntuación total de la prueba, si se realiza correctamente es de 30 puntos, por lo que si los resultado disminuyen de ese valor se puede decir que la persona tiene un deterioro leve (entre 26 y 21), deterioro moderado (entre 20 y 11 puntos) y deterioro grave (puntuación menor e igual a 10). Éste último suele presentarse acompañado de algún tipo de demencia.

Por otra parte, el índice de Barthel es una escala que permite “valorar y monitorizar los procesos en la independencia en el autocuidado de pacientes con patología neuromuscular y/o musculoesquelética”, sin embargo actualmente se utiliza desde los servicios sociales y las residencias, para determinar el grado de dependencia de las personas. Es una escala “heteroadministrada”, y su cumplimentación se puede realizar a través de la observación directa y/o la entrevista con el paciente, su auxiliar o cuidador/a de referencia e incluso los propios familiares. Sus ítems ofrecen una valoración de 0, 5, 10 y 15 siendo su equivalencia incapaz, necesita mucha ayuda, necesita mínima ayuda e independiente respectivamente. Los resultados de esta prueba nos indicarán si el grado de dependencia de la persona es total (<20 puntos), grave (entre 20 y 35), moderada (entre 40 y 55), leve (en torno a los 60 puntos), o si no existe dependencia (entre 90-100 puntos) (Gobierno de Aragón, 2009, pp. 319-320)

Para poder recopilar estos datos, se elaboraron unas rejillas en las que se incluyó manualmente la información que nos aportaron estas escalas, al igual que otros datos de interés como la fecha de nacimiento u otras observaciones que consideramos relevantes.

A partir de esta rejilla se pudo observar que las pruebas no se encontraban lo suficientemente actualizadas para poder formar los grupos con datos reales, por lo que se precisó de la colaboración de las enfermeras, quienes nos facilitaron las puntuaciones de Barthel actualizadas, mientras nosotros nos encargamos de realizar las pruebas del Minimal, ya que por normal general, en este centro se venía utilizando desde hace unos años la adaptación española MEC (Lobo).

Otro de los instrumentos utilizados fue la aplicación de la encuesta elaborada por Diener (ver Anexo 2), la cual cuenta con 5 ítems relacionados con la percepción de la satisfacción con su vida tanto a los largo de la misma como en la situación en la que se encuentran actualmente, la cual se ha de valorar de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo).

Finalmente, se aplicó la escala de Whoool-Bref (la adaptación española) (ver Anexo 3) a aquellos residentes cuyo deterioro cognitivo se lo permitió. Esta escala se encarga de valorar la calidad de vida percibida de las personas a partir de su sentimiento de satisfacción hacia determinadas áreas y aquello que consigue en su día a día. Está compuesta por 26 ítems que tratan de centrar la percepción de la persona en las áreas de salud mental, salud psicosocial, relaciones sociales y el entorno. Sin embargo, para la corrección de la misma y el orden en el análisis de los resultados se han generado una serie de dominios que al adaptar la prueba al español podrían quedar denominados de la siguiente forma: *bienestar físico percibido*, *bienestar psicológico percibido*, *nivel de independencia percibida*, *satisfacción con las relaciones sociales* y *satisfacción con el entorno*. Las respuestas que ofrecían tales dominios se ajustaban a la equivalencia 1= nada, muy insatisfecho/a o muy mala; 2=un poco, un poco insatisfecho/a o regular; 3=lo normal o normal; 4=bastante, bastante satisfecho/a o bastante buena y 5=extremadamente, muy satisfecho/a o muy buena. Para la corrección de esta escala se ha de tener en cuenta también aquellos ítems que aunque se plantean de forma negativa sus resultados ha de ser valorados de forma positiva para favorecer el análisis de los resultados.

4.4 Proceso de recogida de datos

El primer paso que tuvimos que realizar para la recogida de información, fue el entrenamiento en la misma a través del role-playing y reuniones periódicas para conocer los hándicaps con los que nos podríamos encontrar durante ese proceso. Una vez tuvimos clara la actividad que debíamos realizar y de qué manera, acudimos a la residencia para conocer quiénes iban a ser los participantes del Grupo “En mi casa” y los profesionales de

los que íbamos a precisar colaboración. También recibimos un pequeño curso de formación para conocer el Proyecto “En mi casa” y sus características como nuevo modelo en la misma sede desde la que se impulsó el Proyecto, el Servicio de Planificación y Catálogo de Servicios Sociales de Valladolid.

Como se ha mencionado, para poder elaborar una comparación entre los usuarios del Proyecto “En mi casa” y el Grupo Control fue necesario, en primer lugar, recoger a través del software de la residencia, denominado Resiplus, los resultados de las pruebas Minimental(MEC) y Barthel de todos los residentes, incluidos los integrantes de la Unidad de Convivencia. Toda esa información fue volcada a una tabla de Excel desde las rejillas de recogida de datos que habíamos elaborado para ordenar la información. En cada pestaña se introdujo un nivel de dependencia proveniente de la escala de Barthel, mientras que en cada una de ellas se insertaron los valores del Minimental. De esta forma, desde cada nivel de dependencia se podía buscar el usuario espejo en el nivel de deterioro. A pesar de ello, esta tarea no fue suficiente ya que algunos de los datos que habíamos recogido a través del Resiplus no se encontraban actualizados, por lo que tuvimos que dedicar dos semanas a recopilar los nuevos resultado de Barthel y aplicar los test Minimental con objeto de conseguir información lo más actualizada posible.

Las datos que habíamos recogido durante la fase mencionada junto con el conocimiento que nos aportaron los profesionales sobre las cualidades y patologías de las personas susceptibles de formar en grupo control; fueron los elementos clave para conseguir la muestra de 26 personas. La Tabla--- que se presenta a continuación responde a los valores de MEC y Barthel de los que fueron los integrantes de la muestra, diferenciando entre los resultados del Grupo “En mi casa” y el Grupo Control.

Tabla 1. Valores de MEC y Barthel de los grupos que forman la muestra

	Proyecto "En mi casa"		Grupo control	
	MEC	BARTHEL	MEC	BARTHEL
Residente 1	14	50	12	15
Residente 2	15	90	11	85
Residente 3	25	10	26	45
Residente 4	14	35	12	10
Residente 5	10	30	6	25
Residente 6	21	80	17	85
Residente 7	16	100	16	100
Residente 8	17	75	15	85
Residente 9	27	20	14	15
Residente 10	20	80	24	85
Residente 11	17	60	16	50
Residente 12	22	90	20	95
Residente 13	18	100	30	100

Fuente: elaboración propia a partir de Resiplus y actualización de pruebas MEC.

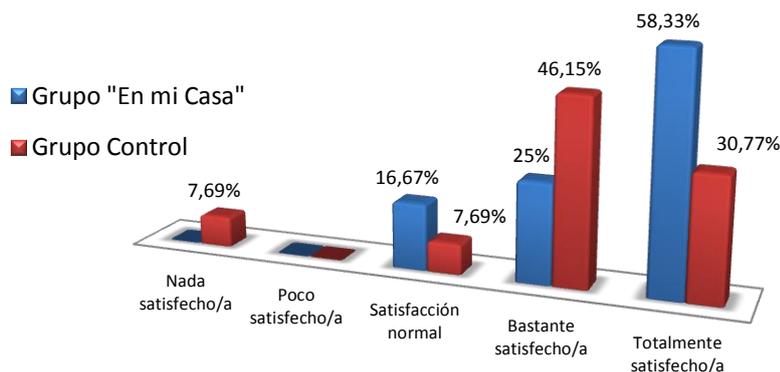
Al mismo tiempo que se iniciaba la búsqueda de quienes podían ser los candidatos susceptibles de formar el Grupo Control, comenzamos a completar las rejillas de observación y a entregar y explicar los checklist a los/as profesionales responsables del Grupo "En mi casa". Además, realizamos con los propios usuarios las entrevistas que evaluaban la satisfacción de los usuarios en ese Proyecto. En ese mismo momento de la entrevista, se aprovechó para realizar la escala Whoqol-Bref, al tratar también sobre la satisfacción que la persona tenía con su vida. También se hizo llegar al personal un modelo de entrevista en el que podían aportar su opinión sobre su satisfacción ante este nuevo modelo asistencial.

Al tratar de recopilar los datos de todos los participantes fuimos conscientes de las posibilidades y limitaciones que se nos presentaron en la práctica, puesto que de los 26 candidatos se pudo realizar la entrevista sobre su satisfacción en la residencia a 22 participantes, ya que el deterioro cognitivo de las 4 personas restantes no les permitió entender y por lo tanto responder a las preguntas que se les planteaba. Del mismo modo, al tratar de aplicar la escala Whoqol-Bref a los participantes de la muestra, tan solo se pudieron extraer los resultados de 19 de los integrantes de la muestra puesto que una de las integrantes se negó a responder a tal escala y la población restante no pudo responder a las preguntas debido a su deterioro cognitivo.

5. RESULTADOS

A través de las entrevistas realizadas en las que cada uno de ellos refería su nivel de satisfacción, se pudieron obtener los siguientes resultados. De las 26 personas que formaban la muestra, había un mínimo porcentaje de personas que no se encontraban satisfechos con su estancia en la residencia (7,69%) los cuales manifestaban que su insatisfacción no se centraba en las características de la residencia sino en su negativa de querer estar allí, manifestando su deseo de querer irse a su casa. Por el contrario, tanto los participantes del Grupo “En mi casa” como los del Grupo Control señalaron puntuaciones positivas, lo que nos permitió ver reflejado que aquellas personas que pertenecen al Grupo “En mi casa” se encuentran mucho más satisfechas en su totalidad (58,33%) que los participantes del Grupo Control(30,77%).

Figura 8. Nivel de satisfacción de los participantes sobre su estancia en la residencia (resultados entrevistas)



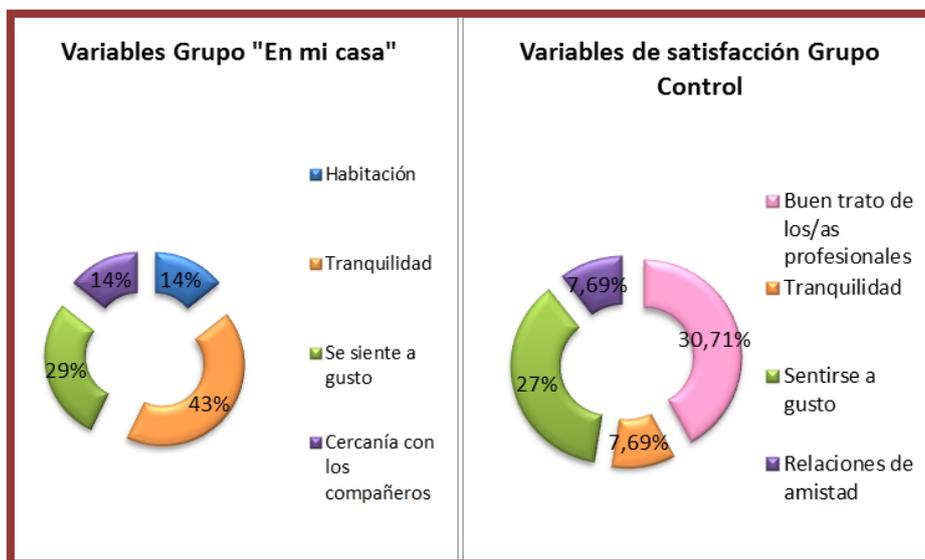
Fuente: elaboración propia

Respecto a los motivos que manifestaba el Grupo “En mi casa” como generadores de su satisfacción, el 15% de los participantes refirieron que se sentían más a gusto, otro 15% la posibilidad de tener una habitación para ellos solos y un 7,69% señaló la autonomía que se les ofrecía. Además, un 61,54% de la totalidad refirieron que su estancia en la residencia había mejorado cuando ingresaron en la Unidad de Convivencia “El Olmo”. De este modo, se observó cómo había incrementado el grado de tranquilidad que sentían estas personas, además de empezar a valorar la relación con los compañeros.

Por otra parte, las personas que pertenecían al Grupo Control resaltaron que lo que les generaba esa satisfacción era principalmente el buen estado de la residencia, además un

30,71% centró su justificación en el buen trato que recibía del personal auxiliar, un 27% hizo referencia a la percepción de sentirse a gusto, seguido de un 7,69% que resaltó las relaciones de amistad que se habían generado y otro 7,69% que se refirió a la tranquilidad que le aportaba esta institución.

Figura 9. Variables de satisfacción de cada grupo de la muestra (resultados de la entrevista)



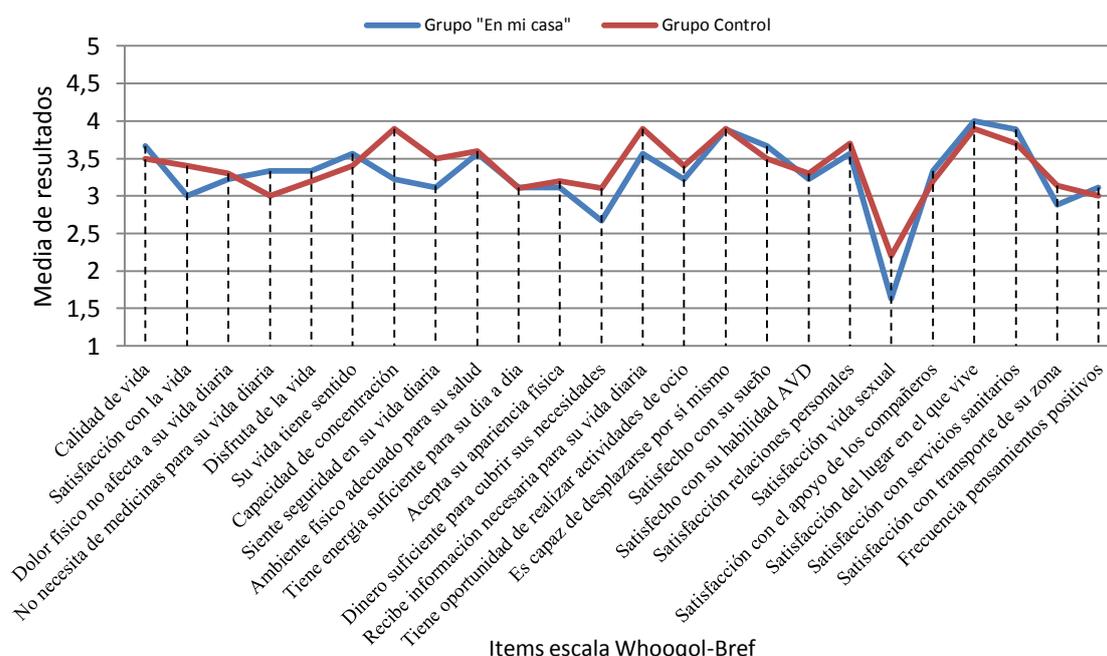
Fuente: elaboración propia

Al igual que en Grupo "En mi casa" aparece una variable de amistad, relacionada en cierto modo con el apoyo social que pueda recibir la persona de sus compañeros. Así pues, cuando se preguntó a ambos grupos sobre las relaciones con sus iguales dentro de la residencia, un 46% del Grupo "En mi casa" refirió que eran mejores ahora que antes, mientras que en el Grupo control ese mismo porcentaje de personas afirmaron que las relaciones con los iguales eran buenas o muy buenas. Del mismo modo, fue equivalente el porcentaje de personas que consideraron que las relaciones no eran buenas donde estaban (15,4%). Sin embargo, estas personas que refirieron no estar contentas con las relaciones con los compañeros, manifestaron que esto se debía a la dificultad de que consta la convivencia con las demás personas.

Respecto a los resultados sobre la calidad de vida extraídos de la escala Whoqol-Bref, uno de los datos que más llama la atención es como el conjunto de los resultados sobre este ítem es ligeramente superior que el resultado sobre su satisfacción con la vida.

En el Grupo “En mi casa” el promedio de valoración de la calidad de vida es de 3,66 puntos, es decir, entre normal y bastante buena; y el Grupo Control la valora con 3,44 puntos. Sin embargo, la valoración de la satisfacción con la vida en el Grupo “En mi casa” es de 3 puntos (valoración normal) mientras que en el Grupo Control alcanza los 3,4 puntos.

Figura 1. Puntuaciones Escala Whooqol-Bref



Fuente: elaboración propia

Es importante resaltar que no se encuentran valores excesivamente positivos sobre la percepción de su calidad de vida, puesto que todas las respuestas se encuentran en la normalidad, excepto la satisfacción del lugar en el que vive, donde un alto porcentaje opina que las condiciones son bastante buenas, seguido de la satisfacción con los servicios sanitarios que se le ofrecen.

Al igual que la gráfica de puntuaciones por ítem se ha elaborado una tabla en la que se encuentran recogidos los porcentajes de satisfacción por dominios, tal y como se plantea la corrección de esta escala según la Organización Mundial de la Salud.

Respecto al dominio de bienestar percibido físico se puede observar en la Tabla 2, como los valores positivos sobre la misma tienen un porcentaje similar, ya que las puntuaciones entre 4 y 5 puntos son elegidas en el 48,14% de los participantes el Grupo “En mi casa” y por el 46,66% del Grupo Control. Del mismo modo, se encuentra un porcentaje similar

entre los integrantes de la muestra que consideran que su bienestar físico no es lo suficientemente bueno, de forma que en el Grupo “En mi casa” se refleja en un 22,22% de la población y en el Grupo Control se refleja en un 26,33% de los encuestados.

En cuanto al bienestar psicológico, destaca un 60% de los encuestados que consideran que su nivel de bienestar es excelente, frente al 2,22% de los integrantes del Grupo “En mi casa”. Este último grupo, presenta en su mayoría, la percepción de que su bienestar psicológico se presenta con valores de normalidad.

Tabla 2. Puntuaciones de escala Whooqol-Bref por Dominios (porcentajes)

	Respuesta	Grupo “En mi casa”	Grupo Control
Dominio 1: Bienestar físico percibido	1	0	3,33
	2	22,22	23,33
	3	29,63	26,66
	4	40,74	33,33
	5	7,40	13,33
Dominio 2: Bienestar psicológico percibido	1	4,44	0
	2	8,88	8
	3	46,66	42
	4	37,77	40
	5	2,22	60
Dominio 3: Nivel de independencia percibido	1	0	0
	2	16,66	30
	3	38,88	20,5
	4	22,22	27,5
	5	19,44	20
Dominio 4: Satisfacción en las relaciones sociales	1	11,11	6,66
	2	25,92	23,33
	3	22,22	36,66
	4	37,04	26,66
	5	0	6,66
Dominio 5: Satisfacción con el entorno	1	1,38	0
	2	11,11	8,75
	3	19,44	21,25
	4	34,72	30
	5	4,16	8,75

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de las Escalas Whooqol-Bref (adaptación española)

El nivel de independencia percibido por los integrantes de la muestra se caracteriza por haber sido percibido en mayor medida por el Grupo Control (47,5%). Por otra parte, en cuanto a la satisfacción con las relaciones personales, se encuentran valores superiores en el Grupo “En mi casa” (37,04%) que en el Grupo Control (33,32%), aunque los pertenecientes a este último, valoran más positivamente los apoyos que reciben de esas amistades.

Por último, ambos grupos parecen estar de acuerdo sobre su satisfacción con el entorno ya que se encuentran resultados muy similares en ambos grupos de la muestra, así pues, un 38,88% de los integrantes del Grupo “En mi casa” lo valoran con puntuaciones positivas y el Grupo control lo hacen un 38,75% de los participantes.

El análisis global de los datos indica un nivel similar de satisfacción de los usuarios en ambos grupos.

6. CONCLUSIONES

Las conclusiones que se pueden extraer de los resultados obtenidos, desde una visión subjetiva de la realidad de la Residencia en la cual me he visto inmersa para poder llevar a cabo esta evaluación, creo no corresponden con las características que se presentan en el día a día de la residencia.

A pesar de que los resultados parecen manifestar una mejora en la satisfacción de las personas que viven en el régimen tradicional de la residencia, en la observación de las personas que integraban el Proyecto “En mi casa” se ha registrado una progresiva mejora en su estado de ánimo y en su nivel de actividad. Esto puede deberse, entre otros factores, a una mejora en el estado de salud de estas personas. Sin embargo, éste es un factor del que no somos responsables y el cual hay que tener en cuenta en el momento en el que se pretende comenzar a realizar una investigación.

Considero además, que con nuestra llegada, algunos de los usuarios del Proyecto “En mi casa” han mostrado una mayor disposición ante la realización de actividades y el inicio de conversación, que en las primeras fases de la observación, era iniciada por los profesionales que allí trabajaban, por lo que nos puede llevar a pensar que las visitas esporádicas de personas más jóvenes les pueden aportar información actual sobre una etapa de la vida que ellos han vivido, puede reforzar su autoestima y con ello trabajar la reminiscencia al compartir, en comunidad, los conocimientos de los más mayores y tratar de buscar las similitudes y diferencias que pudieran existir a nivel intergeneracional. A través de estos lazos, sería más sencillo recabar aquella información necesaria para continuar desarrollando el modelo de atención centrada en la persona.

Respecto a la positiva satisfacción que muestran los usuarios que conviven en el régimen general de la residencia, considero que se han obtenido tales resultados debido a que sus características personales, anímicas y patológicas les permiten realizar aquellas tareas que deseaban, y quienes no mostraban algún tipo de satisfacción era porque su entrada en la residencia no había sido voluntaria o sentían que ya no les quedaba nada más por hacer.

Por este motivo, considero que la formación del Grupo Control no solo habría de elaborarse respecto a las escalas de funcionalidad y deterioro cognitivo, sino que más bien deberían haberse valorado la Escala de Actividades de la Vida Diaria, y otros aspectos como pueden ser las aficiones y las expectativas para desarrollar el último periodo de su vida, relacionados con las Teorías del Envejecimiento planteadas en la teoría, puesto que mientras que algunas personas esperan llegar a la jubilación para poder realizar todas aquellas actividades que no pudieron hacer en su vida adulta, otros, por el contrario, esperan encontrar un espacio en el que permanecer tranquilos, alejados de actividades, ya que consideran que ha trabajado lo suficiente durante el tiempo que se han dedicado a ello.

En términos generales, y a pesar de la similitud en los resultados obtenidos en la evaluación de ambos grupos, creo que el Proyecto “En mi casa” plantea un modelo que, a pesar de necesitar de cambios en la estructura y el modo de trabajar de los profesionales, aporta matices realmente interesantes para el desarrollo del último periodo de la vida. Este tipo de modelos deberían ser extendidos a la globalidad de las residencias de forma que todos los residentes pudieran disfrutar de lo que ofrece. Sin embargo, para ello no solo se precisa de recursos económicos suficientes sino de la disposición y entusiasmo de los profesionales que realmente crean en este tipo de intervención, puesto que la labor que realicen estos profesionales será clave para el completo bienestar de las personas usuarias de las residencias.

7. PROPUESTAS DE MEJORA

Tras el proceso de investigación y posterior evaluación de la satisfacción con la vida, calidad de la misma y bienestar de las personas de la tercera y cuarta edad en centros institucionalizados, considero que la principal propuesta de mejora en relación con la mencionada evaluación, sería la aplicación de las diferentes entrevistas y escalas con cierta frecuencia en la vida del usuario, por ejemplo, cada cuatro meses en concordancia con las estaciones del año. De este modo, se obtendría más información que nos permitiría contrastar la que ya tenemos, además de aportarnos información sobre aquellas etapas en las que las personas se encuentran más decaídas o, por el contrario, con más ánimo para desarrollar actividades.

Otra de las propuestas que sería interesante incorporar sería la aportación de profesionales de la psicopedagogía de forma intermitente en las residencias, de forma que la conversación intergeneracional lleve consigo un aumento en el autoestima de las personas mayores, además de aportar conocimientos y experiencias vitales a los jóvenes que les acompañan. Este vínculo podría utilizarse además para continuar con la elaboración de actividades significativas para las personas que viven en las Unidades de Convivencia.

Finalmente, aunque no por ello menos importante, me gustaría destacar la importancia de la formación del personal en este tipo de modelos, en los que la función de la persona responsable va más allá del aspecto sanitario. Este modelo implica una amplia dedicación, seguida del entusiasmo y la creencia de este modelo. Por ello, es importante seleccionar a aquellos profesionales que realmente consideren que tienen las aptitudes necesarias para llevar a cabo este proyecto, y que sean capaces de reconocer, en aquellos momentos en los que la implicación supera su nivel de trabajo, que no pueden seguir con ello, ya que un profesional en estado de “burn-out” puede generar repercusiones importantes en el trato de las personas que están a su cargo, perdiendo con ello el sentido y objetivo de los programas de atención centrada en la persona. En este sentido, los profesionales de la psicopedagogía tendrían una labor fundamental creando estrategias de formación de los profesionales y un vínculo con los mismos en el que existiera la confianza suficiente como para manifestar sus molestias y trabajar con ellos sobre aquellos aspectos que pudieran afectar a los residentes y las personas que se encuentren en los entornos institucionalizados.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alguacil, J.(1997). La calidad de vida y el tercer sector: nuevas dimensiones de la complejidad. *Boletín CF+S>3.Especial sobre participación social*. Madrid: Instituto Juan de Herrera.
- Alom, J., Peña-Casanova, J., Robles, A. y Ser, T. (2002). Grupo Asesor del Grupo de Neurología de la conducta y Demencias de la sociedad Española de Neurología con el refrendo del Comité científico. Proposal of criteria for clinical diagnosis of mild cognitive impairment, dementia and Alzheimer´s disease. *Neurología*, 17, 17-32.
- Alzheimer´s Association. (2015) El alzheimer y el cerebro. Recuperado de: http://www.alz.org/espanol/about/el_alzheimer_y_el_cerebro.asp
- Amador, L., Cárdenas R. y Moreno, P. (2006): “Envejecimiento y sociodemografía mundial”. En Pérez Cano, V y otros. *Vejez: autonomía o dependencia pero con calidad de vida*. Sevilla: Dykinson.
- Atchley, R. (1971). Retirement and leisure participation: Continuity or crisis?. *The Gerontologist*, 11, 13-17
- Atchley, R. (2000) *Social Forces and Ageing: An Introduction to social Gerontology*, Belmont, CA, Wadsworth.
- Bazo, T. (1991). Institucionalización de personas ancianas: Un reto sociológico. *Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 53, 149-164
- Belando, M (2006). Modelos sociológicos de la vejez y su repercusión en los medios. Reconstruyendo identidades. Una visión desde el ámbito educativo. *Comunicación e Ciudadanía* (4). Recuperado de <http://www.observatoriodosmedios.org/mediateca/observatorio/xornadas/200702/artigo20.pdf>
- Carretero,M., Palacios, J. y Marchesi,A. (1986). *Psicología evolutiva. Adolescencia, madurez y senectud*. Madrid: Alianza Psicología.
- Cella, D. y Tulsky, D. (1990) Measuring the quality of life today: methodological aspects. *Oncology* 1990; 4: 29-38. New york.

CIDE. Centro de Investigación, Comunicación y Evaluación (1992). Las desigualdades en la educación en España. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia.

Corredera, A. (2012) Modelo de bienestar psicológico de Ryff. Recuperado de <http://www.crecimientopositivo.es/portal/modelo-de-bienestar-psicologico-de-ryff#>

Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3) pp.572-577.

Díaz, M. (2008). *Principales trastornos en la edad adulta y en la vejez*. En Delgado, B. (2008). *Psicología del desarrollo desde la infancia a la vejez*. (pp. 199-212). Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U.

Diener, E. & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 653-663.

Erikson, E. (1985). *El ciclo vital completo*. Méjico: Paidós.

Eurostat (2014) Eurostat regional yearbook. Recuperado de <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/5786153/KS-HA-14-001-01EN.PDF/3862f1cc-75d7-49e5-bca9-37cfe3be4b80?version=1.0>

Fernández-Ballesteros, R., Izal, M., Montorio, I. González, J. y Díaz, P. (1991). Evaluación e Intervención psicológica en la vejez, pp. 206-217. Barcelona: Martínez Roca.

Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Psicología de la vejez. Una psicogerontología aplicada*. Madrid: Psicología pirámide.

Fernández Fernández, J. A. (coord.): *Libro Blanco de Educación de Adultos*. Madrid, Ministerio de Educación y Ciencia, 1986.

García, M. (2003). Aspectos psicosociales del envejecimiento. *Diagnóstico*. 42 (2). Recuperado de : <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2003/marabr03/43-46.html>

García, N. (2010). La educación con personas mayores en una sociedad que envejece. *Horizontes Educativos*, 12 (2)51-62.

Giddens, A. (2010). *Sociología*. (6ª ed.) (pp. 334-360). Madrid: Alianza Editorial.

Gobierno de Aragón (2009) Programa de atención a enfermos crónicos dependientes. Anexo IX: Escalas de valoración funcional y cognitiva. Recuperado de: [Http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadistica Sanitaria/InformacionSanitaria/programa+atencion+enfermos+cronicos+dependientes.pdf](http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/InformacionSanitaria/programa+atencion+enfermos+cronicos+dependientes.pdf)

Havighurst, R.J., Neugarten, B.L. y Tobin, S.S. (1968). Disengagement and patterns of ageing. En B.L. Neugarten (Ed.), *Middle age and aging: A reader in social psychology* (pp.161-172). Chicago: University of Chicago Press.

INE (2012). Encuesta nacional de salud 2011-2012. Recuperado de <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p419/a2011/p01/&file=pcaxis>

INE (2014). Notas de prensa a 28 de Octubre de 2014. Proyección de la población de España 2014-2016. Recuperado de <http://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0314.pdf>

Krzemien D, Urquijo S, Monchietti A. (2004) Aprendizaje Social. Estrategias de Afrontamiento a los sucesos Críticos del Envejecimiento Femenino. *Rev. Psicothema*. 16 (3): 350-356.

Lemieux, André (1997): Los programas universitarios para mayores. Enseñanza e investigación. Madrid: IMSERSO

Levi, L. y Anderson L. (1980) *La tensión psico-social. Población, ambiente y calidad de vida* El Manual moderno: México

Levinson, D. (1983). *Hacia una concepción del curso de la vida adulta*. Barcelona: Grijalbo.

Maguire, Lambert (1980), "The interface of social workers with personal networks", *Social Work with Groups*, vol. 3, Nueva York, The Haworth Press.

Mañós, F.(Coord.)(2011). Modelo de calidad de vida aplicado a la atención residencial de personas con necesidades complejas de apoyo. La toma de decisiones para el desarrollo de su proyecto de vida. *Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO*, nº 21020, pp. 18-19.

Nava, M.(2012). La calidad de vida: Análisis multidimensional. *Enfermería neurológica*, 11(3)129-137.

Oramas, A., Santana,S. y Vergara,A. (2006) El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 7(1-2), 34-39.

Requena,C., López, V., y Ortiz, T. (1992). Satisfacción con la vida en relación con la funcionalidad de las personas mayores activas. *Actas Españolas de Psiquiatría* 37 (2): 61-67. Madrid.

Rodríguez, P (2014) La atención integral y centrada en la persona (AICP). Bases y principales referentes. En Rodríguez, P. y Vilá, A. (2014). *Modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad* (pp. 113-121). Madrid: Editorial Technos.

Schalock, R. L., Verdugo, M.A., Bonham, G. S., Fantova, F. y Van Loon, J. (en prensa). Enhancing personal outcomes: Organizational strategies, guidelines, and examples. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities* 5 (4) 276-285. Recovered from http://www.dincat.cat/el-concepto-de-calidad-de-vida-en-los-servicios-y-apoyos-para-personas-con-discapacidad-intelectual_165255.pdf

Stassen, K. y Thompson, R. (2000). Psicología del desarrollo: adultez y vejez. (4ª Ed.) (pp. 181-186) Madrid : Editorial médica Panamericana.

Szalai A. The meaning of comparative research on the quality of life. In: Szalai A, Andrew FM. The quality of life: Comparative studies. Londres Inglaterra; 1980.

Tartler, R. (1961). Das Alter in der modernen Gesellschaft. Stuttgart: Enke.

The University of Chicago Medicine (2015). Efectos del derrame cerebral. Recuperado de <http://www.uchospitals.edu/online-library/content=S08183>

Valdenebro, A. (2011). Proyecto “En mi casa”. Proyecto piloto de implantación de unidades de convivencia en una residencia pública. *Fundación Pilares*. Recuperado de <http://www.fundacionpilares.org/modeloyambiente/docs/bbpp/BP9LosRoyales.pdf>

Vázquez,C., Duque, A., y Hervás,G. (2012). Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) en una muestra representativa de españoles adultos: Validación y datos normativos. Recuperado de http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/2012-SWLS_Normative_data_copia.pdf

VV.AA (2004). Cifras oficiales de población a 1 de enero de 2014. Estadística de Castilla y León. Recuperado de <http://www.estadistica.jcyl.es/>

VV.AA (2004) State of the World Population 2004. Recuperado de http://www.unfpa.org/swp/2004/pdf/en_swp04.pdf

VV.AA. (2009) Medicina: descubren marcadores tempranos de la enfermedad de Alzheimer. Recuperado de <http://www.amazings.com/ciencia/noticias/210809c.html>

VV.AA (2014) La Demencia con Cuerpos de Lewy. Recuperado de <https://caregiver.org/la-demencia-con-cuerpos-de-lewy>.

VV.AA (2014) Population by age group. Recuperado de <http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/tps00010>

Walker, K., MacBride, A. y Vachon, M. (1977). "Social support networks and the crisis of bereavement". *Social Science and Medicine*, 11(1).

Yela, M. (1992b). El viejo y su mundo. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 27 (3), 187-188.

ANEXOS

ANEXO 1

Esta entrevista ha sido elaborada por Dr. Valle Flores y Dr. Inmaculada Calleja pertenecientes al Departamento de Psicología de la Universidad de Valladolid, en colaboración con el equipo técnico del Servicio de Planificación y Catálogo de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León

Entrevista para usuario o familiar/profesional en caso de que el usuario esté cognitivamente deteriorado.

Datos de Identificación:

Nombre y Apellidos:

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Sexo:

Situación Familiar:

- Casado
- Viudo
- Separado
- Soltero
- Con hijos N°
- Sin hijos

¿Cuánto tiempo lleva en la residencia?.....

Está dentro del proyecto Mi casa:

Sí

No

Si la respuesta es Sí, desde cuándo.....

Profesión anterior:

Nivel de estudios:

- Sin estudios
- Sabe leer y escribir
- Estudios Primarios /básicos
- Estudios Secundarios
- Estudios Superiores

Nivel socioeconómico:

- Bajo
- Medio
- Alto

Estado de salud general:

- Hay deterioro cognitivo: Sí No
 - En caso de que sí. Nivel Hay un diagnóstico de demencia Sí No
 - Desde cuándo se ha diagnosticado:
 - Hay discapacidad sensorial: Sí No
 - En caso afirmativo ¿cuál? ¿Y nivel de severidad?
 - Hay discapacidad motórica: Sí No
 - En caso afirmativo ¿cuál? ¿Y nivel de severidad?
- Otras enfermedades crónicas:
- Estado de autonomía funcional:
 - Se viste y asea solo
 - Come sin ayuda
 - Puede andar y desplazarse de forma autónoma
 - Puede realizar las actividades básicas de la vida diaria
 - Necesita ayuda para vestirse y asearse
 - Necesita ayuda para comer
 - Necesita ayuda para el desplazamiento
 - Necesita ayuda para las actividades básicas de la vida diaria
 - Es totalmente dependiente

Situación Familiar

- ¿Recibe visitas de sus familiares? Sí No

- En caso de Sí: De que familiares: Esposo/esposa
 - Hijo/ Hija
 - Nietos/ Nietas
 - Hermanos/hermanas
 - Sobrinos/sobrinas
- ¿Con qué frecuencia recibe estas visitas?
 - o A diario
 - o Más de tres veces en semana
 - o Dos o tres veces en semana
 - o Una vez a la semana
 - o Cada 15 días
 - o Un vez al mes
 - o Menos de una vez al mes

Si participa en el proyecto Mi Casa: ¿Se ha implicado la familia en el proyecto? Sí No

En caso afirmativo: ¿Cómo?

Grado de satisfacción con su situación

Solo para usuarios del proyecto mi casa

- ¿Está contento con su participación en este proyecto? Sí No
1-----5
- ¿Por qué?
- ¿Está más contento ahora o antes de participar en el proyecto?
1-----5
- ¿Por qué?
- ¿Qué le ha aportado el proyecto Mi casa?
- ¿Está más animado (ilusionado o alegre) ahora o antes de participar en el proyecto?
1-----5
- ¿Le permite el proyecto realizar cosas que antes no podía? Sí No
- En caso afirmativo ¿Cuáles?
- Las relaciones con sus compañeros son mejores, iguales o peores que las que tenía con sus compañeros antes de entrar en el proyecto.
Mejores
Iguales
Peores
- Cuente con sus palabras qué le ha aportado su experiencia en el proyecto Mi Casa.
- ¿Qué le gustaría poder hacer que ahora no le permiten hacer?
- ¿Qué cambiaría de esta nueva situación para sentirse Ud. mejor?

- Cuente si le parece mejor, igual o peor su situación dentro del proyecto a cuando estaba en la residencia antes.
- ¿Qué mejoraría del proyecto? ¿Qué le gustaría cambiar?

Usuarios que no están en el proyecto

- ¿Está contento con su situación en la residencia? Sí No
1-----5
- ¿Por qué?
- ¿Qué le ha aportado su vida en la residencia?
- ¿Cuál es su grado de satisfacción con su vida en la residencia?
1-----5
- ¿Le permite su estancia en la residencia realizar cosas que antes no podía? Sí No
- En caso afirmativo ¿Cuáles?
- Las relaciones con sus compañeros son
1-----5
- Cuente con sus palabras qué le ha aportado su experiencia en la residencia.
- ¿Qué mejoraría de la residencia ¿Qué le gustaría cambiar?
- ¿Ha oído hablar del proyecto Mi casa? Sí No
- ¿Qué le parece?
- ¿Le gustaría participar? Sí No
- ¿Por qué?

ANEXO 2

Escala de satisfacción con la vida (SWLS) (Diener et al.,1985 adaptado por Atienza et al.,2000)

		Muy en desacuerdo		Neutro		Muy de acuerdo
1	En la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea	1	2	3	4	5
2	Las circunstancias de mi vida son muy buenas	1	2	3	4	5
3	Estoy satisfecho con mi vida	1	2	3	4	5
4	Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes	1	2	3	4	5
5	Si pudiera vivir mi vida otra vez no cambiaría casi nada	1	2	3	4	5

ANEXO 3

Escala de calidad de vida Whoqol- Bref.

(Orley y Kuiken, OMS, 1994)

Versión adaptada de:

Murgieri, M. WHOQOL-100 Y WHOQOL-BREF. En red: Última actualización 30/03/2009.

http://www.llave.connmed.com.ar/portalnoticias_vernoticia.php?codigonoticia=17621

Torres M, Quezada M; Rioseco R, Ducci ME. Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF. Rev Med Chile 2008; 136: 325-333.

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

	Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena	
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

	Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a	
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente	
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semana ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

	Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

Gracias por su ayuda