

UNIVERSIDAD DE JAÉN
Centro de Estudios de Postgrado

Trabajo Fin de Máster

**VIVENCIAS DE PERSONAS
ANCIANAS
INSTITUCIONALIZADAS EN
RESIDENCIAS**

Alumna/o: Álvarez Sánchez, Isabel

Tutor/a: Prof. D. Manuel Linares Abad
Dpto: Departamento de Enfermería

Diciembre, 2015

ÍNDICE

Resumen.....	3
Abstract.....	4
Introducción.....	5
Marco teórico.....	9
Justificación del estudio.....	14
Estado de la cuestión.....	15
Objetivos.....	20
Material y métodos.....	21
Ámbito de estudio.....	21
Selección de participantes.....	21
Estrategia de recogida de la información.....	22
Análisis de la información.....	24
Resultados y discusión.....	28
Conclusiones.....	38
Limitaciones del estudio.....	40
Consideraciones éticas.....	40
Bibliografía.....	41
Anexos.....	47

RESUMEN

Introducción: la longevidad se ha incrementado de forma espectacular durante todo el siglo XX. El continuo proceso de envejecimiento al que se enfrenta nuestra estructura demográfica hace que cada día sea más frecuente la institucionalización de los ancianos en centros residenciales.

Objetivos: conocer experiencias y actitudes de personas ancianas que viven institucionalizadas en una residencia, explorar como afrontan la última etapa de la vida y describir cómo son sus relaciones.

Material y métodos: estudio sobre investigación cualitativa basado en el método de análisis de contenido. Entrevistas semiestructuradas. Entrevista a tres mujeres y un hombre de la residencia “Hospital de San Miguel” de Arjona (Jaén). Análisis de contenido de las transcripciones literales.

Resultados: los participantes describen sus días con monotonía, para ellos el ingreso en la residencia es un momento duro y la mayoría sufren el proceso de dependencia.

Conclusiones: los participantes viven con soledad y tristeza los primeros días en la residencia. Se sienten satisfechos con sus relaciones personales. Definen su calidad de vida como mala.

Palabras clave: cualitativa, ancianos, experiencias, residencia de ancianos/hogar de ancianos, institución, experiencias de ancianos/personas mayores.

ABSTRACT

Introduction: longevity has increased dramatically throughout the twentieth century. The continuous process of ageing that our demographic structure faces makes each day more frequent institutionalization of the elderly in residential centers.

Objectives: to determine older people's experiences and attitudes in a nursing home, exploring and facing the last stage of life and describe what their relationships are like.

Material and methods: qualitative research study based on the method of content analysis. Semi-structured interviews. Interview with three women and one man of the care home "Hospital of San Miguel" Arjona (Jaén). Content analysis of verbatim transcripts.

Results: Participants have described their days with monotony. For the participants starting their life in the care home is a hard time and most suffer the process of dependency.

Conclusions: Participants live with loneliness and sadness the early days in the care home. They are satisfied with their personal relationships. They define their quality of life as poor.

Keywords: qualitative, elderly, experiences, nursing home, institution, elderly's experiences.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo aborda el problema del envejecimiento de la población institucionalizada en residencias de personas mayores. Resulta interesante conocer cómo afrontan la vida las personas mayores que viven en una residencia sabiendo que la soledad es un factor importante en esta última etapa. Cada día es más frecuente la institucionalización de los ancianos en este tipo de centros. Las experiencias o vivencias contadas por ellos mismos ayudarán a saber cómo viven, qué necesitan, qué echan de menos, cómo ven el futuro, cómo son sus relaciones. Un alto porcentaje de personas institucionalizadas en residencias se encuentra en situación de dependencia, lo cual conlleva a una pérdida de su autonomía funcional en mayor o menor medida. Es por ello por lo que necesitan de otras personas para poder desenvolverse en su vida diaria.

La capacidad de cuidar de otros seres humanos es una conducta tan cotidiana como aprender a vestirse o a caminar. De algún modo todos somos cuidadores y personas a las que cuidar. En el transcurso de nuestras vidas inevitablemente ejercemos ambos roles. Sin embargo, aprender a ser cuidador no surge de forma automática y en ocasiones no resulta nada sencillo. Cuidar a una persona en situación de dependencia no siempre es fácil y en numerosas ocasiones supone una notable fuente de estrés. El desempeño del rol de cuidador está asociado a importantes niveles de sobrecarga emocional y física, así como a numerosos costes personales afectando a su trabajo, vida familiar, pareja, ocio y tiempo libre, en definitiva a su vida en general. (Fuertes Erika y cols. 2011)

Según las Estimaciones de la Población Actual, a mediados de 2012 hay en España 8.106.652 personas mayores de 64 años, lo que representa un 17,6% de la población. De esos 8,1 millones, 57,3% son mujeres. España no será el único país de Europa con una

población cada vez más envejecida, pero Europa sí será el único continente con un crecimiento negativo de su población dentro de los próximos 50 años y con la mayor edad mediana de todos. (Instituto Nacional de Estadística, 2012)

El sexo predominante en la vejez es el femenino. Hay un 34% más de mujeres que de varones. Nacen más varones que mujeres y este exceso se mantiene durante muchos años. Ahora se alcanza el equilibrio hacia los 50 años. En las primeras décadas del s. XX, la edad en que mujeres excedían ya en número a los varones era los 14 años.

Castilla y León, Galicia, Asturias y Aragón siguen siendo las comunidades autónomas más envejecidas con proporciones de personas mayores que superan el 20%. Canarias, Baleares y Murcia son las comunidades con proporciones más bajas, por debajo del 15%. Andalucía, Cataluña y Madrid son las comunidades con más población de edad.

Alemania, Francia, Reino Unido, Italia y España son los países de la Unión Europea con una cifra más alta de personas mayores, como corresponde también a los países más poblados. Alemania, Italia, Grecia y Suecia son los países más envejecidos en cifras relativas.

La longevidad se ha incrementado de forma espectacular durante todo el siglo XX. En 1900 la esperanza de vida era de 34,8 años, y ahora es de 82,1. El factor que más ha incidido en el aumento de la esperanza de vida es el descenso de la mortalidad, en especial la infantil. Las mujeres españolas tienen una esperanza de vida al nacer de 85 años, y los varones de 79,2 años. Se encuentran entre las más altas de la Unión Europea. A los 65 años, la esperanza de vida de las mujeres es de las más altas de la Unión Europea, detrás de Francia; la esperanza de vida a los 65 años de los varones también es de las más altas de la UE, por debajo de Francia e Italia. Sigue existiendo un declive de la mortalidad a edades altas, lo que provocará una mayor supervivencia de los mayores

y un envejecimiento de los ya viejos. El sexo es un factor diferenciador de la salud subjetiva; el 39,7% de los varones autovalora bien o muy bien su estado de salud, mientras que sólo el 30,6% de las mujeres considera su salud como buena o muy buena. La tasa de discapacidad crece con la edad; a los 80 años, más de la mitad de los españoles tiene problemas para actividades de la vida cotidiana. (Abellán y Pujol, 2015)

(ANEXO1)

El continuo proceso de envejecimiento al que se enfrenta nuestra estructura demográfica se ve acelerado por el descenso de la natalidad y los saldos migratorios negativos. Los mayores crecimientos de población se concentrarían en las edades avanzadas. Concretamente, en 2052 el grupo de edad de mayores de 64 años se incrementaría en 7,2 millones de personas (un 89%) y pasaría a constituir el 37% de la población total de España. (Instituto Nacional de Estadística, 2012)

La convivencia es la primera forma de relación entre las generaciones de una familia. Las formas de convivencia reflejan preferencias socioculturales, por ejemplo, a vivir con hijos y en familias grandes, a una creciente autonomía residencial y un mayor o menor deseo de institucionalización. El tipo de convivencia en la vejez cambia debido a varias transiciones demográficas o familiares. Durante toda la vejez no se vive de la misma forma, sino que la mayoría de las personas de edad pasan por diferentes etapas en las que forman parte de distintos tipos de hogares. El ciclo más común del hogar familiar comienza con un hogar formado por padres e hijos durante la edad adulta; se transforma en un nido vacío con las emancipaciones de los hijos; después se produce el fallecimiento de uno de los cónyuges, dando paso a una etapa en soledad; por último se puede producir la reagrupación en el hogar de alguno de los hijos, la institucionalización o la desaparición del hogar. De esta manera, en los primeros momentos, ente los 65 y 69 años, alrededor del 40% de las personas mayores vive con algún hijo. Esta forma de

convivencia se va reduciendo progresivamente conforme va aumentando la edad, pero vuelve a aumentar al final de la vida. (Causapié y cols, 2011)

Según el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), los centros residenciales son establecimientos destinados al alojamiento temporal o permanente, con servicios y programas de intervención adecuados a las necesidades de las personas objeto de atención, dirigida a la consecución de una mejor calidad de vida y a la promoción de su autonomía personal. El Servicio de atención residencial ofrece, desde un enfoque biopsicosocial, servicios continuados, de carácter personal y sanitario, unos de carácter básico, como alojamiento, manutención, asistencia en las actividades básicas de la vida diaria, y atención social y sanitaria, otros especializados, de prevención, asesoramiento y orientación para la promoción de la autonomía, atención social, habilitación o atención asistencial y personal, atención médica, psicológica, de enfermería, terapia ocupacional y rehabilitación funcional. (IMSERSO p. web)

La prestación de este servicio puede tener carácter permanente, cuando el centro residencial se convierta en la residencia habitual de la persona, o temporal, cuando se atiendan estancias temporales de convalecencia o durante vacaciones, fines de semana y enfermedades o períodos de descanso de los cuidadores no profesionales.

En cuanto al tema del cuidado, la persona que fundamentalmente cuida de los hombres mayores que necesitan ayuda es su cónyuge, seguida de su hija. En el caso de las mujeres mayores que necesitan ayuda se invierte el orden, son las hijas las que fundamentalmente se hacen cargo de los cuidados, seguidas de otros familiares y amigos. (Abellán y Pujol, 2015) (ANEXO 2)

MARCO TEÓRICO

La actual prolongación de la esperanza de vida y el incremento de la población mayor han despertado preocupación por conocer el grado de bienestar al que tienen acceso estas personas. Es cierto que los vínculos con familiares, amigos, vecinos, juegan un papel importantísimo en la vida de cualquier persona, pero aún más si cabe en la vida de personas de edad avanzada las cuales experimentan poco a poco cómo su círculo de amistades y familia se va estrechando sobre todo por pérdidas e invalidez de personas queridas. Hay que hacer un énfasis en los apoyos sociales de estas personas y fomentar una calidad de vida lo más satisfactoria posible.

Dentro del marco teórico del presente trabajo, un punto fundamental a tratar es hacer distinción entre envejecimiento normal y envejecimiento como proceso, así como hablar también sobre envejecimiento activo.

La OMS hace una distinción del Envejecimiento en sí, como un proceso normal que representa los cambios biológicos universales que se producen con la edad y que no están afectados por la influencia de enfermedades y del entorno y por tanto no tienen porque conllevar consecuencias clínicas adversas. Diferenciándolo del proceso de Envejecimiento que se encuentra muy influenciado por otros factores del entorno, como el estilo de vida y las propias enfermedades. Además, la propia OMS ha introducido el concepto de envejecimiento activo, definiéndolo como: “El proceso de hacerse mayor sin envejecer mediante el desarrollo continuado de actividades físicas, sociales y espirituales a lo largo de toda la vida. (Informe sobre envejecimiento, 2010)

Según la definición de la OMS (2010), el envejecimiento se define como: “El deterioro de las funciones progresivo y generalizado, que produce una pérdida de respuesta adaptativa al estrés y un mayor riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con la edad”.

Según la OMS, debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad.

Según el informe de la I+D+i sobre envejecimiento (Fundación General CSIC, noviembre de 2010), una de las definiciones más utilizadas relaciona el proceso de Envejecimiento con la degradación del sistema fisiológico: “El Envejecimiento es un proceso que convierte a los adultos sanos en sujetos frágiles, con una disminución en la reserva de la mayoría de los sistemas fisiológicos y una vulnerabilidad exponencial a la mayoría de las enfermedades y a la muerte”

Otro concepto clave al hablar de envejecimiento es el “envejecimiento activo”, el cual fue definido por la OMS como: “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. Fue adoptado por la OMS a finales de los 90 con la intención de transmitir un mensaje más completo que el de “envejecimiento saludable”. Envejecimiento activo se aplica tanto a individuos como a grupos de población. La palabra “activo” hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales, y no sólo a la capacidad para estar físicamente activo. Trata de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida para las personas a medida que van envejeciendo.

El planteamiento del envejecimiento activo reconoce los derechos humanos de las personas mayores y los Principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos.

Las políticas y los programas de envejecimiento activo fomentan el cuidado de la propia salud, los entornos adecuados para las personas de edad y la solidaridad intergeneracional. Las familias y la propia persona necesitan planificar su vejez y prepararse para ella, así como llevar a cabo esfuerzos personales para adquirir prácticas de salud positivas y personales en todas las etapas de la vida. (Rev. Esp. Geriatr. Gerontol., 2002).

Otro punto a tratar sería la perspectiva de género respecto a la salud de hombres y mujeres al envejecer. En general, cuando se habla de las desigualdades de género en la vejez se suele situar a la mujer como la parte débil del eslabón. Las mujeres han debido enfrentar a lo largo de la vida un proceso de acceso desigual a las oportunidades y a obstáculos. Esto tiene, en la mayoría de los casos, un efecto acumulativo negativo en el bienestar social, económico y psicológico en la vejez de las mujeres. (Guzmán, 2002)

Interesa aclarar que género, no es algo que “se tiene”, sino una categoría que visibiliza las relaciones de poder en donde se anida la desigualdad entre hombres y mujeres. Busca dar cuenta de los mecanismos simbólicos que han permitido la construcción de desigualdades históricas en desmedro de las mujeres. Las significaciones socioculturales acerca de lo femenino y lo masculino constituyen el lugar social donde se producen y reproducen las relaciones de poder subyacentes al género, haciendo eco de la “naturalización” de las desigualdades entre hombres y mujeres. Así que siendo las mujeres quienes viven más años y conforman más de la mitad de la población adulta mayor, está vigente la pregunta acerca de ¿por qué esa mayor longevidad femenina no

se acompaña de mejores condiciones de existencia que favorezcan una mejor calidad de vida, particularmente en la vejez? Es importante destacar que los estereotipos, los prejuicios y diversas formas de discriminación se acrecientan con respecto a las mujeres viejas. Las mujeres viven más años, pero con más discriminaciones y vulnerabilidades. Las desventajas que por razones de género afectan a las mujeres a lo largo de todo el curso de sus vidas se acentúan en la vejez, integrándose con las discriminaciones por razones de edad. Así, los cambios físicos que conlleva el envejecer se convierten en estigmatizaciones que laceran más fuertemente a las mujeres, encerrándolas en cánones de juventud y belleza que se constituyen, falsamente, en “requisitos” para desenvolverse en la vida pública. (Romero y Dulcey, 2012).

De ahí que la categoría género ofrece posibilidades para cuestionar la idea, instalada socioculturalmente, de considerar la desigualdad social entre mujeres y hombres, como si se tratara de algo establecido por la biología y no por las relaciones de poder, por la historia y la cultura. De hecho, los sesgos androcéntricos, tantas veces inconscientes e incluso enfatizados por las mismas mujeres, se instauran en formas de percibir, juzgar y comportarnos, como fruto de una larga y compleja historia de infravaloración de las mujeres (Maquieira D’Angelo, 2002).

El número, tipo y calidad de las relaciones familiares y personales difieren claramente entre hombres y mujeres. Puede decirse que las diferencias de género en el ciclo de vida se expresan con bastante nitidez en las edades avanzadas. Este resultado tiene su origen en los distintos roles que hombres y mujeres desempeñan en nuestras sociedades. Por ejemplo, la participación laboral fuera del hogar, tradicionalmente más predominante entre los hombres, puede llevarlos a una mayor integración social en el ámbito externo, pero al mismo tiempo permite a las mujeres desarrollar relaciones más cercanas en los ámbitos familiar y comunitario. Para ambos sexos, sin embargo, la llegada al inicio de

la vejez implica un momento de transición, coincidente con la salida de los hijos de la familia, que puede afectarlos negativamente. En el caso de la mujer, por la pérdida del rol de apoyo y cuidado asignado a la madre y en el del hombre, por el alejamiento o pérdida de los contactos en el ámbito laboral. La forma en que se asume esta transición es también distinta para hombres y mujeres. (Guzmán, 2003)

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

En la actualidad, en las residencias de mayores de España residen más de 270.000 personas, un 68,6% de ellas son mujeres. Por grupos de edad, esta relación crece hasta más de siete mujeres por cada hombre en edades superiores a los 100 años. Si la comparación se realiza con la población total por edad y sexo, las mujeres muestran mayor propensión a vivir en residencias de personas mayores que los hombres en todas las edades. A partir de los 90 años el 11,8% de los hombres y el 18,1% de las mujeres viven en residencias. (Instituto Nacional de Estadística, 2013)

Nuestra sociedad se enfrenta a un continuo proceso de envejecimiento. Este estudio nos acerca a cómo se ve la vida desde dentro de una residencia gracias a testimonios de las personas mayores que habitan en ella. Existe una escasa investigación que refleje las experiencias de los propios protagonistas, de ahí la importancia de su realización.

La mayoría de las personas de edad durante la vejez pasan por diferentes etapas en las que forman parte de distintos tipos de hogares. En muchas situaciones este tipo de hogar son las residencias. Los resultados del estudio permitirán identificar las dificultades a las que se enfrenta este tipo de población en su día a día, así como a ayudar a mejorar su calidad de vida. Estos resultados pueden contribuir a modificar y mejorar tanto actitudes y prácticas de los profesionales que trabajan en este tipo de centros, como al cuidado ofrecido hacia este tipo de personas.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

Para realizar este estudio, previamente se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Cinahl, Scielo, Medline, Proquest. Las palabras clave que se han usado son: cualitativa (qualitative), ancianos (elderly), experiencias (experiences), residencia de ancianos/hogar de ancianos (nursing home), institución (insitution), experiencias de ancianos/personas mayores (elderly´s experiences).

Según la literatura revisada, en relación al objeto de estudio que nos planteamos, se abordan temas generales como experiencias de la vida cotidiana, tanto de bienestar y satisfactorias, como de sufrimiento y dolor. Más detalladamente se expone el tema de la dependencia, la dignidad, la calidad de vida, la soledad, los cuidados recibidos y las relaciones interpersonales.

Aunque las personas mayores cada día más son atendidas en residencias, existe una escasa investigación que describa las opiniones y experiencias de los propios protagonistas. En este tipo de investigación se hace preciso tener en cuenta varios aspectos como puede ser la obtención del consentimiento informado. Las personas con las que se va investigar deben entender su participación en los estudios. Los investigadores tienen que estimar el tiempo oportuno para llevar a cabo las entrevistas. La intimidad y la privacidad tienen que estar presentes en la medida de lo posible. Con su participación en estas entrevistas, los residentes sienten que han hecho algo provechoso, que alguien está interesado en escucharlos y que les viene bien un rato de conversación. La mayoría de personas mayores que se estudian se sienten libres para criticar y exponer sus opiniones. (Hall, 2009)

Para los mayores, la familia es su referente más importante, es su relación por excelencia. Por ello, los mayores que son cuidados por sus familias durante la vejez

tienen un concepto de dependencia más positivo al que tienen los ancianos/as institucionalizados. Para las personas de esta generación, la residencia tiene un significado de exclusión, abandono, menosprecio por parte de la familia y pérdida de libertad. Sienten rechazo hacia este tipo de institución. Las personas con actitudes positivas demuestran tener comportamientos que ayudan a preservar su independencia. Esto contribuye a reducir el impacto de las pérdidas. Los mayores deben intentar aceptar su situación de vida y adaptarse a ella. (Barrio Cantalejo, 2006) (Bradshaw, 2012)

Mantener la independencia es fundamental para ellos, que utilizan una variedad de estrategias para conseguir hacer las cosas que consideran importantes, como cuidar de sí mismos, tener el control de sus vidas, fomentar buenas relaciones, disponer de su propio espacio activamente, tomar parte en actividades que merecen la pena y disfrutar de su estancia en la residencia. El presentar o no algún tipo de dependencia, ya sea física, psicológica, social y/o espiritual, está muy relacionado con la calidad de vida. Tener control en algún aspecto de la vida diaria y sentirse respetado (dignidad) tiene influencia en la calidad de vida en general porque son factores que permiten construir la autonomía y la autoestima. (Cook, 2008) (Rey, 2012)

La experiencia de envejecimiento es diferente según la condición de género; esta vivencia resulta ser más positiva para las mujeres. En la vejez se viven experiencias dolorosas que suponen una ruptura con la vida anterior. Son vivencias que pueden llegar a tener graves consecuencias emocionales. La percepción de soledad, las redes sociales y el estado de salud-enfermedad son factores que configuran que las experiencias sean diferentes entre hombres y mujeres. Si hablamos de personas que no viven en residencias, existe desigualdad entre los sexos. Así, las mujeres siguen con su rol (mantenimiento del cuidado familiar), pero los hombres no (pérdida de situación laboral, jubilación, demasiado tiempo libre). El proceso de envejecimiento ellos lo viven con

más frustración que ellas. La soledad puede crear dependencias de tipo social, funcional, cognitivo, incluso desembocar en problemas de salud. (Rodríguez Martín, 2009) (Treviño-Siller, 2006)

Con frecuencia, las personas mayores expresan la soledad en función de las experiencias interpersonales. Las personas de edad avanzada experimentan soledad cuando no pueden participar en actividades que previamente habían sido importantes para ellos. Muchos ancianos/as informan de que han perdido sus relaciones interpersonales significativas a través de la muerte de las personas que le rodeaban (algún familiar y/o cónyuge) Por lo tanto, la instalación en la que viven tiene que ser segura y con una adecuada atención para que las relaciones interpersonales sean efectivas. El entorno debe ser estimulante y deben existir suficientes actividades organizadas (grupos de terapia ocupacional, celebración de fiestas y/o cumpleaños). El personal debe prestar atención a la necesidad de los residentes de hablar con otras personas. Para muchos ancianos hablar es quizás la actividad más importante en la residencia. (Roos, 2012) (Andersson, 2007)

Para sobrellevar la soledad, las relaciones personales que establece el residente con su nuevo entorno son fundamentales. Las relaciones de amistad las suelen establecer con personas percibidas como similares con respecto a status social, económico o educacional. El compañero de habitación es una persona con la que crean un vínculo especial ya que pasan juntos mucho tiempo. En muchos casos, si uno de los dos es funcionalmente independiente y el otro es una persona dependiente, el primero asume el papel de cuidador informal de su compañero. Los vínculos sociales que crean los residentes entre ellos contribuyen a la amistad y la seguridad de ser importante para los demás. En el momento en el que se produce una falta de conectividad entre ellos aparece la soledad, el aburrimiento, la monotonía... Al igual que son importantes las

relaciones con los compañeros, también lo son las relaciones con el personal. Estas deben ser recíprocas para ayudar positivamente a la evolución de los mayores. Son los trabajadores los que tienen en su mano conocer a los residentes, sus historias de vida y sus necesidades personales para fomentar día a día su autoestima. (Blanca- Gutiérrez, 2012) (Bradshaw, 2012)

Con respecto a los cuidados recibidos por esta generación, el tema del respeto es tenido muy en cuenta. Los mayores piensan que una característica fundamental en un buen cuidador es el respeto. Ellos desean que se respete su intimidad y tener un espacio físico propio, así como un pequeño margen de libertad. La relación con los cuidadores está determinada por la carga emocional que se establece entre los residentes y los profesionales, y el nivel de autoridad de las personas cuidadoras percibido por los mayores. Es importante que los trabajadores de las residencias respondan al hecho de que las personas mayores quieren llevar una vida más activa que "existir" en una residencia. Esto implica identificar lo que los ancianos quieren conseguir durante su tiempo en la residencia y apoyarlos para que puedan conseguirlo. (Blanca-Gutiérrez, 2012 (1)) (Barrio-Cantalejo, 2006) (Blanca-Gutiérrez, 2012) (Cook, 2008)

Los ancianos que viven en residencias tienen el derecho a estar cuidados dignamente. Este cuidado debe de estar basado en la ética profesional. Desgraciadamente, el abuso y los malos tratos a mayores todavía hoy existen en este tipo de instituciones. Por ello es necesario prevenir situaciones que violen estos derechos o que ocasionen el trato indebido a las personas mayores. Las residencias de mayores deberían disponer de reglas y normas para la prevención de abusos. Si bien es cierto que si hay una buena relación entre los trabajadores y los residentes se reduce el riesgo de que haya violencia, y en este caso los trabajadores respetan la elección de los residentes con más frecuencia. (Buzgová, 2009)

Vivir y morir con dignidad es un tema muy presente en las residencias de mayores. La dignidad es importante mantenerla hasta el final de la vida. Se necesitan intervenciones para ayudar a reforzar el sentido de dignidad y reducir el malestar psicológico y espiritual. Aquí juega un papel importante el personal de las residencias, el cual necesita desarrollar el conocimiento, destreza y seguridad adecuados para mantener unos cuidados de calidad al final de la vida. El doctor Chochinov, de la Universidad de Manitoba en Winnipeg, Canadá, fue pionero del concepto de la terapia de dignidad, que define como “una psicoterapia dirigida a paliar el sufrimiento psicosocial y existencial de los pacientes en situación terminal. Su método se centra en hablar de las cuestiones que al paciente le parecen más relevantes o de las que tiene interés en que sean recordadas. Lo que se trata en estas conversaciones se transcribe y se imprime, de manera que una persona de confianza lo pueda custodiar (y transmitir) de cara al futuro”. (Chochinov, 2005). Se trata de una herramienta de intervención psicológica diseñada específicamente para intervenir sobre muchos de los retos psicológicos, existenciales y espirituales a los que se enfrentan los pacientes y sus familias a medida que asimilan la realidad de que una vida está llegando a su fin. En el Reino Unido se ha puesto en marcha un programa llamado "Marco de Reglas de Oro en el Cuidado en Residencias" para desarrollar la calidad del cuidado al final de la vida para personas mayores frágiles que viven y fallecen en residencias. (Hall, 2009 vivir) (Stone, 2013).

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general

Conocer las experiencias y actitudes de personas ancianas que viven institucionalizadas en una residencia.

Objetivos específicos

- Explorar como estas personas afrontan la última etapa de la vida.
- Describir cómo son sus relaciones con los demás compañeros y con los trabajadores y las trabajadoras de la institución donde residen.
- Identificar factores que mejoren su estado de ánimo y sus ganas de vivir.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos llevado a cabo un estudio fenomenológico, cualitativo, basado en el análisis de contenido y descripción de las experiencias vividas.

Ámbito de estudio

El campo donde se ha desarrollado la investigación ha sido en la Residencia Hospital de San Miguel (Fundación Corrales Javalera) de Arjona (Jaén). Las entrevistas se han realizado en la residencia, de manera individual, en una sala acondicionada para visitas pero reservada para el momento de las entrevistas. Las condiciones de intimidad y comodidad han sido adecuadas. Los participantes se encontraban en el contexto donde se desarrolla el fenómeno. Se ha utilizado una grabadora (COBY CXCR 190- Digital Voice Recorder) para la realización de las entrevistas tras obtener el consentimiento informado de los participantes.

Selección de los participantes

Para conseguir el objetivo general y los objetivos específicos de este estudio se ha realizado un muestreo de carácter homogéneo (ya que los sujetos tienen las mismas características o igual perfil) e intencional (en el que los participantes se han buscado a propósito).

Los criterios de inclusión de los participantes han sido:

- Pertenecer a la Residencia Hospital de San Miguel (Fundación Corrales Javalera) de Arjona (Jaén).
- Personas que vivan en la residencia permanentemente, independientemente del sexo y del tiempo que lleven viviendo en ella.
- Personas que puedan mantener fluidamente una conversación verbal.

- Personas que no presenten una enfermedad neurológica degenerativa y que mantengan conservadas sus funciones mentales para ser capaces de mantener una conversación fluida de sus experiencias tanto pasadas, como actuales.

Se han recogido datos sociodemográficos como edad de los participantes, estado civil, número de hijos, tiempo viviendo en la residencia.

Se contactó con los participantes a través del director de la residencia. Se les informó de los objetivos del estudio, se les entregó la hoja de información al paciente (ANEXO 3) y el consentimiento informado (ANEXO 4) en caso de acceder a participar en el estudio.

Estrategia de recogida de la información

Como técnica de recogida de la información se realizaron entrevistas semiestructuradas, que conllevan una serie de preguntas abiertas para facilitar las expresiones por parte de los participantes. Según los autores Taylor y Bogdan (1992), la entrevista debe entenderse como “los reiterados encuentros, cara a cara, entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras”. Además plantean que la elección del método de investigación debe estar determinada por las circunstancias del escenario o por las personas a estudiar, y por las limitaciones prácticas con las que se enfrenta el investigador. (Blasco y Otero, 2008)

Se ha llevado a cabo un guión de entrevista (ANEXO 5), pero el investigador podía ir profundizando en algún tema realizando nuevas preguntas si así lo creía conveniente. Con notas y reflexiones en el trabajo de campo por parte del investigador se obtuvieron los elementos de la comunicación no verbal que se produjeron durante las entrevistas. La entrevistadora utilizó una “bitácora de campo” para documentar paso a paso aspectos

de la entrevista que no podían ser registrados como silencios, gestos, tono de voz, ideas, comentarios.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para la organización de datos y preparación para el análisis se llevó a cabo la transcripción literal de las grabaciones de cada una de las entrevistas, reflejando el lenguaje verbal, no verbal y contextual de los datos. Se han utilizado métodos de codificación informática (Nudist vivo 10).

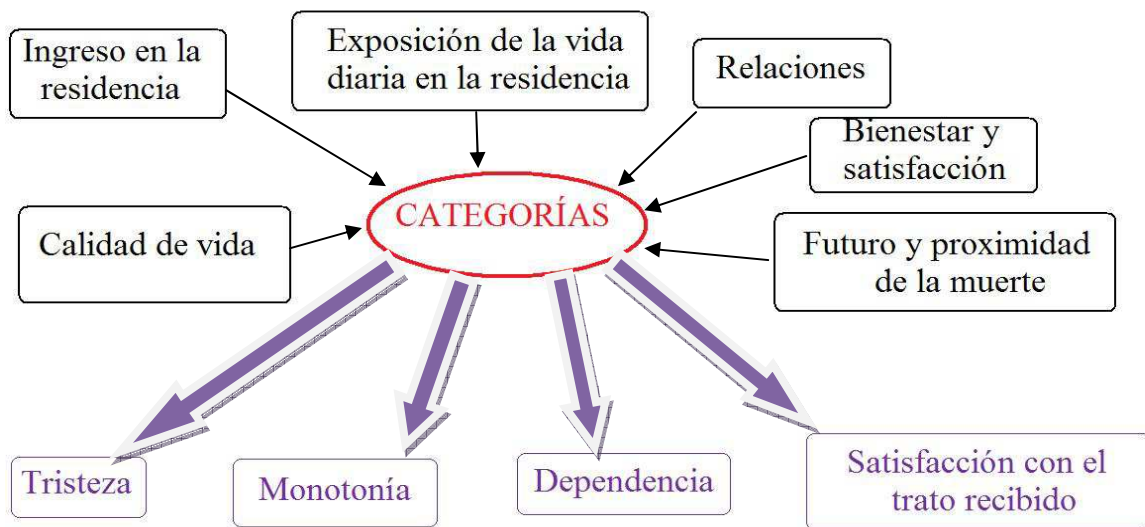
Las categorías identificadas con anterioridad a la realización de las entrevistas y que posterior al análisis han constituido temas han sido:

- Ingreso en la residencia: vivencias de los y las participantes durante el momento de ingreso en la residencia, así como quién los acompaña ese día, cómo son los primeros días, meses.
- Exposición de la vida diaria: opiniones sobre cómo es un día cualquiera para los y las residentes, desde que se levantan por la mañana hasta que se acuestan por la noche, describiendo cómo es su rutina, su día a día. Percepciones de cómo se entretienen, a qué dedican el tiempo.
- Relaciones: impresiones sobre sus relaciones con los demás compañeros y compañeras de la residencia, así como con los trabajadores y trabajadoras del centro. Descripciones del trato recibido por el personal que trabaja en la residencia. Experiencias acerca de las visitas que reciben y cómo es el trato con aquellos familiares y/o amigos que los visitan.
- Bienestar y satisfacción: opiniones sobre qué cosas les hacen sentirse a gusto y en un ambiente agradable dentro de la residencia, así como también aquellos momentos que le desagradan dentro de la institución.
- Calidad de vida: descripciones de su calidad de vida.

- Futuro y proximidad de la muerte: percepciones sobre cómo se imaginan su futuro y la proximidad de la muerte.

Los segmentos de datos extraídos del análisis se han organizado en un sistema de categorías y, posteriormente en temas siguiendo un método comparativo constante. La codificación de los códigos y categorías se ha realizado de forma abierta, así como también “in vivo” (de la transcripción literal de las entrevistas). Se ha obtenido un árbol de categorías con las categorías previas identificadas así como con las categorías y códigos emergentes. Dicho árbol ha dado respuesta al objetivo general y los objetivos específicos del estudio.

Árbol de categorías tras el análisis de las entrevistas semiestructuradas



Para preservar la calidad de los hallazgos y el rigor científico de nuestra investigación nos basamos en los criterios de calidad de la investigación cualitativa:

- Credibilidad de la investigación: la investigadora ha captado el significado de las vivencias y experiencias de personas ancianas institucionalizadas en residencias. Se han incluido citas textuales de los resultados, que confirman las conclusiones del estudio. Las entrevistas han durado el tiempo necesario para la obtención de los datos.
- Transferibilidad: se han descrito las características de los y las participantes, así como el contexto en el que se desarrolla el estudio y los criterios de inclusión. Aunque no se generalizan los resultados a una población más amplia, si que se contribuye a generar conocimiento sobre este fenómeno.
- Dependencia/seguridad: se ha demostrado al quedar especificado el marco teórico, la selección de los participantes, las estrategias de recogida de datos y el método de análisis.
- Confirmabilidad: la investigadora no se ha dejado influenciar por la literatura revisada, así como tampoco por sus creencias con respecto al problema de investigación planteado en la recogida y análisis de la información.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La experiencia de vivir dentro de una residencia para cada uno de los participantes es única, los informantes provienen de una residencia de un pueblo de la provincia de Jaén. Todos ellos viven de forma permanente en dicha residencia. Aunque la percepción de cada participante es diferente, se han encontrado resultados comunes entre ellos.

Datos sociodemográficos de los participantes del estudio

	Edad	Estado civil	Nº hijos	Tiempo viviendo en la residencia
P1	64	Divorciado	1	3 meses
P2	83	Soltera	0	6 años
P3	73	Viuda	3	1 año
P4	87	Soltera	0	9 años

INGRESO EN LA RESIDENCIA

El ingreso en la residencia es un momento duro para ellos, lo recuerdan con resignación, como si fuera la única opción en ese momento de sus vidas. Al hacer estas preguntas se puede apreciar, en el lenguaje no verbal, como los y las participantes muestran tristeza en sus gestos y expresiones.

P2: “Pues mira me puse muy pachucha, muy mal, me caía y:: me dijeron de traerme para centro de día, y yo dije que no, o todo, o nada... pero que no, que no quería salir de mi casa:: pero ya me vi tan mal que yo misma pedía que me trajesen”

P3: “Yo en mi casa tenía 3 mujeres, pero ya me trajeron porque me caía, me ensuciaba en la cama y los hijos no quieren viejos... pues me trajeron...”

Los primeros días suelen ser tristes, pasan por un periodo de adaptación que no suele ser fácil. Para ellos es duro cambiar el modo de vida de un día para otro. Al final todos coinciden en que “todo es acostumbrarse”.

P1: “Los primeros días pues:: aburridos, hasta que te adaptas a esto pues es un poco duro:: y hacer amistades y conocer a las muchachas que nos tratan:: es duro.”

P3: “Los primeros días aquí son tristes:: hasta que te acostumbras:: Yo no hacía nada más que llorar:: me acordaba mucho de mi casa, de mi marido y de mi hijo de mi corazón que se mató con 16 años:: Si mi marido no se hubiera muerto no estaría yo aquí, pero le vino una enfermedad muy mala, y duró poco.”

P4: “Bueno:: los primeros días un poco mal:: al principio no hacía nada más que llorar y llorar y llorar:: y todas conmigo: ¿pero por qué lloras? ¿es que te pasa algo?, ¿no estás contenta con nosotras?: Y yo les decía que si estaba contenta, pero no hacía nada más que llorar.”

Se observó que, o bien las familias o algún amigo acompañan a estas personas en el momento del ingreso. Nunca lo hacen solos, es una situación muy delicada y sentirse acompañado es fundamental.

P1: “Mi hijo y mi hermana... el único que tengo...”

P2: “Me acompañó mi amiga... llevábamos 20 años juntas, ella me trajo:: ella:: todo:: como si fuera mi familia”

P4: “Me acompañó mi hermano, mi hermana y una sobrina... los tres vinieron conmigo.”

EXPOSICIÓN DE LA VIDA DIARIA EN LA RESIDENCIA

Por norma general describen los días muy monótonos, sea lunes, martes o domingo, tienen una rutina establecida y sus percepciones sobre cada día son similares. No hacen diferencia entre unos días u otros.

P2: “Pues mira como hoy por ejemplo, me levanté me aviaron y me bajé, desayuné, luego me fui al servicio, estuve un ratito aquí con ellas... luego a hacer la gimnasia. Luego me voy para acá para allá hasta la hora de la comida... luego después de la comida pues me voy a la sala a ver la tele, si nos ha quedado algo pendiente de por la mañana pues lo terminamos, algún dibujo o algo:: luego ya a las 8 cenamos y luego vienen y me acuestan, me pongo la tele...”

Para todos los participantes la vida en el centro es muy rutinaria, hacen lo posible por entretenerse, pero aún así los días se les hacen largos excepto a uno de los participantes.

P1: “Si quieres ponerte bueno como yo, pues se te hace corto:: porque para esto, para el gimnasio... si quieres trabajar se te hace corto:: unas veces en las barras, otras veces hago bicicleta, otras en la camilla:: no te aburres... falta día...”

El entorno en el que viven es estimulante y los trabajadores (en este caso terapeuta ocupacional y psicóloga) se encargan de realizar actividades de ocio junto con los participantes. Aunque la participación en este tipo de actividades es alta, para distraerse también emplean el tiempo viendo la tele, leyendo. La mayoría ocupan bastante tiempo viendo la tele. Echan de menos actividades que hacían en sus casas y ahora en el centro no las realizan.

P1: “Como hoy, hoy hemos hecho un dulce, otras veces memoria, otras veces dibujos, según la época del año que sea...”

P2: “Me desespero y ya me voy a un lado, me voy a otro y ya con la tele:: otras veces cojo una revista y me pongo a leer:: si yo tuviera bien las manos y pudiera coger las agujas de hacer punto...”

P3: “Veo la tele, pero yo en mi casa hacia ganchillo:: pero se me ha olvidado decirle a mi hija que me traiga mis agujas y mis hilos...”

P4: “Pues nada más que en ver la tele:: porque antes hacia manualidades con las manos, pero ahora ya no puedo. Mi entretenimiento es la tele:: y ya está...”

DEPENDENCIA

La dependencia es un punto primordial en esta etapa de la vida. Los mayores institucionalizados sufren el proceso de dependencia de forma más amarga que los que viven en sus domicilios. (Barrio Cantalejo, 2006) (Bradshaw, 2012). En la mayoría de los casos necesitan ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria y lo expresan con resignación.

P3: “Pues ya ves... a las 7 ya te están levantando, luego te bajan al comedor, desayunamos, luego te llevan al baño y:: me llevan al gimnasio, a la terapia:: todos los días...”

P4: “Siempre lo mismo... yo no hago nada. Me levantan, me lavan:: antes me lavaba yo, pero yo ya no puedo. Tengo las piernas muy mal... yo solo me peino a mi gusto...”

RELACIONES

Para contrarrestar su soledad, las relaciones personales del participante con las personas que lo rodean son fundamentales en una institución de estas características. Suelen

establecer relaciones con personas de las mismas características que ellos. (Blanca-Gutiérrez, 2012) (Bradshaw, 2012)

En general se llevan bien unos compañeros con otros, se ven a diario y una residencia es, en cierto modo “una gran familia”.

P1: “Pues bien... me llevo muy bien con todos”

P2: “Pues bien, en general bien... las compañeras me dicen cosas y yo a ellas y nos reímos.”

P4: “Yo no estoy malamente con nadie, me llevo bien con todo el mundo.”

El compañero de habitación suele ser una persona especial y con la que se crea mucho vínculo, pero esto no es siempre así. La convivencia y el día a día pueden causar malentendidos o pequeñas discusiones que hacen que a veces los participantes se sientan incómodos con sus compañeros.

P3: “Pues no está mal, todos me quieren:: pero con algunas no me llevo bien, porque mi compañera del habitación:: madre mía, esa mujer es muy odiosa:: al principio me hablaba pero luego ya no...”

La soledad puede desencadenar problemas de salud, por lo tanto las relaciones personales de los participantes son de especial interés. Las necesidades humanas básicas para trabajar la soledad en la vejez según el modelo de necesidades de Virginia Henderson serían: necesidad de comunicarse, necesidad de elegir según los valores y creencias, necesidad de autorrealización y necesidad de aprender. (Rodríguez Martín, 2009) (Treviño-Siller, 2006)

Las relaciones con los trabajadores también son muy importantes, al igual que con los compañeros. El personal de la residencia es quien mejor conoce sus historias de vida, sus problemas, es quien puede ayudar a fomentar su autonomía y autoestima. Los y las participantes definen sus relaciones con los trabajadores del centro como muy buenas, así como el trato recibido. Según una recomendación de un informe de la Universidad de Irlanda, los cuidados para las personas mayores dependientes deberían respetar la integridad, autonomía y dignidad de las personas mayores y potenciar su participación e independencia. (O'Shea, 2003)

P1: “Las muchachas que hay aquí son todas estupendas... fenomenal todas, no voy a nombrar ni a unas ni a otras... el director, la psicóloga, todos:: les daría un 10 a todas...”

P3: “Con todas, con todas me llevo bien, unas me dicen una cosa, otras me dicen otra:: nos reímos...”

P4: “Estupendamente, muy bien con todas:: conmigo se llevan muy bien, y yo con ellas lo mismo.”

En caso de que les pase algo o tengan algún problema, por norma general suelen contárselo a la persona con la que tienen más confianza. Estas personas suelen ser la psicóloga del centro o la terapeuta ocupacional. No expresan tener muchos problemas, aunque si les surge algo acuden a estas profesionales.

P1: “Si tengo algún problema, pues a la psicóloga o a la terapeuta:: mira tengo este problema:: y se lo cuento.”

P2: “Pues problemas problemas gordos yo no tengo, si eso a lo mejor a la terapeuta, o algo así pasajero:: a la psicóloga:: con ellas es con las que más confianza tengo.”

Con respecto a las relaciones con familiares y amigos que los visitan, los describen cómo encuentros placenteros, ya que los hacen salir de la rutina y distraerse aunque sea por un rato.

P1: “Viene mi hijo, mi hermano, mi hermana... pero quien más viene es mi hijo, de Málaga. Mi relación con mi hijo es buena, sólo tengo a ese.”

P2: “Viene una amiga alguna vez que otra:: cuando puede la muchacha viene:: y mi primo cuando está aquí siempre viene, este año ha venido cada mes... mi relación con ellos pues:: muy contenta, porque se agradece, y se habla, y se dicen cosas. Son días diferentes...”

P4: “Mi familia:: viene una hermana mía, mi sobrina, y los hijos de mi sobrina. Me llevo con ellos estupendamente.”

BIENESTAR Y SATISFACCIÓN

No suelen sentirse felices al cien por cien. Recuerdan momentos de su juventud y los relacionan con el momento actual. Están acostumbrados a este tipo de vida pero echan de menos la vida pasada, momentos con sus familiares y amigos. Para mejorar su estado de ánimo y sus ganas de vivir con lo que más se entretienen y pasan buenos ratos es haciendo actividades, juegos, manualidades, decorando la residencia cuando llega alguna fiesta que celebren en el centro.

P2: “Algunas veces cuando las chicas están así de broma, cuando llega carnaval y se disfrazan pues me río y lo paso bien... pero no es alegría alegría:: porque yo me acuerdo de cuando estaba con mi madre y hacíamos cosas...”

P3: “No me acuerdo ahora...pero me alegra si hacemos alguna fiesta, cuando voy a jugar al bingo también me gusta...”

Al igual que en el trabajo realizado por Ors y Macía (2013), los residentes manifiestan una valoración positiva sobre la satisfacción de las necesidades humanas básicas, fisiológicas, materiales, consideran que reciben mucho y bueno. (Ors y Macía, 2013)

Tienen percepciones de días mejores y días peores dentro de la residencia. Siempre hay momentos del día en los que se encuentran tristes, aunque no lo comenten con nadie.

P1: “Pues triste se pone uno por ejemplo cuando te acuestas y tienes un compañero como yo tengo en mi habitación:: está toda la noche gritando:: no me siento a gusto con el compañero. Llevo 6 días sin dormir, no quiere que ponga la tele...”

P3: “Hombre claro, también hay días malos...”

P4: “Yo no lo digo, pero los digo para mí misma:: es que tengo muchos dolores, y aunque no se lo digo a nadie, pero yo sola aquí hablando:: me lo voy contando. Cualquiera que me oiga hablar dirá que estoy loca...”

CALIDAD DE VIDA

Según Iglesias-Souto y Dosil (2005), la concepción de calidad de vida en la vejez debe incluir tanto componentes de competencia conductual como de salud, así como el funcionamiento y la implicación social y también el bienestar subjetivo, las impresiones subjetivas de calidad de vida, como la satisfacción vital, y los factores ambientales. (Iglesias y Dosil, 2005)

Según Cook (2008) y Rey (2012), la gran mayoría de los mayores califican su calidad de vida en el medio de la escala, si numeramos ésta del 1 al 5. Esto no significa que los mayores no puedan lograr una calidad de vida óptima. Tanto es así, que las personas con discapacidad en la tercera edad avanzada pueden conseguir una alta calidad de vida a pesar de depender de otros (cuidadores) para realizar las actividades diarias.

Los y las participantes de la residencia describen su calidad de vida como mala, se ven limitados porque su salud ya no está intacta y dependen de otras personas para el día a día. Hay situaciones ante las que se siente impotentes.

P2: “Muy asquerosita, porque esto de no poder andar:: de verte toda la vida bien y de golpe y porrazo que te veas así... porque que hayas estado treinta años limpiando y ahora en una silla de ruedas... me tienen que acostar entre dos...”

P4: “Ya ves tú, como la voy a describir:: aquí sin poder salir a ningún sitio, nada más que todo el día sentada en la silla hasta que me acuestan por la noche.”

FUTURO Y PROXIMIDAD DE LA MUERTE

Muchas personas mayores, al no poder llevar una vida independiente o no ser admitidos en los domicilios de sus hijos, se ven con la única opción de ingresar en la residencia y esperar el fin de sus días. Tal y como afirma Josep Fericgla (2002) en su libro “Envejecer. Una antropología de la ancianidad”: “ingresar en una residencia, institución en la que serán cuidados, alimentados y medicados. Allá esperan la muerte”

En comparación con el estudio de (Ors y Macía, 2013) se coincide en que la institucionalización responde a una triste realidad. No es una solución para el bienestar de los mayores, porque estos desean ser independientes y vivir en su domicilio. Se puede observar de manera general que la institución no es deseada, pero los mayores se adaptan a vivir en ella. Se produce resignación por parte de los participantes, pero a la vez paz y seguridad dentro del centro. La vida en la residencia hace que se rompa el contacto con el mundo exterior. (Ors y Macía, 2013)

Su futuro se lo imaginan igual al presente, en la residencia y día tras día. Sienten cómo sus vidas están llegando al final, lo viven cómo una espera hasta el momento de la muerte. En general no les gusta hablar mucho de este tema, prefieren evitarlo.

P1: “La muerte pues... no pienso en eso...”

P2: Mi futuro pues aquí me lo espero yo:: hasta que Dios quiera, nada más eso, que tarde mucho y no me diera yo cuenta...”

P3: “El futuro pues bien, aquí, día tras día... y de la muerte no me hables de la muerte, no me hables de eso...”

P4: “Mi futuro pues muy tranquila, algunas veces se desespera una:: Y la muerte:: yo no pienso en la muerte, cuando el señor quiera aquí me tiene... cuando llegue llegó...”

CONCLUSIONES

1.- Los participantes viven con soledad y tristeza los primeros días en la residencia. Todos ellos son acompañados por familia y/o amigos en el momento del ingreso. Los primeros días, meses, pasan por un período de adaptación, empiezan a conocer tanto a compañeros y compañeras como a trabajadores. Empiezan a crear los lazos afectivos en la que va a ser su nueva vida.

2.- Los días en la residencia son descritos por los participantes como monótonos, aburridos. Los informantes que se encuentran en situación de dependencia expresan sentimientos de impotencia ante no poder realizar solos las actividades básicas de la vida diaria.

3.- Los participantes para entretenerse suelen leer o ver la tele. En la residencia se organizan todo tipo de actividades pero los días para ellos son largos y a veces se encuentran aburridos.

4.- Se sienten satisfechos con sus relaciones personales. Con los compañeros, por norma general se suelen llevar bien. El día a día hace crear nuevas amistades. Las relaciones con los trabajadores las describen como muy buenas. Están contentos con las personas que los cuidan. Se encuentran satisfechos con el trato recibido.

5.- Las personas participantes en el estudio manifiestan tener visitas, bien de familiares o bien de amigos. Se encuentran contentos y afirman tener buena relación con las personas que los visitan.

6.- Los residentes si presentan algún problema se encuentran cómodos para contárselo a algún trabajador o trabajadora de la residencia. Se puede observar que existe confianza entre residentes y profesionales.

7.- Con respecto a la satisfacción y al bienestar, los participantes no suelen sentirse del todo felices. Están viviendo allí porque no hay otra alternativa en sus vidas, lo viven con resignación. Se acuerdan de cosas del pasado y las comparan con el presente. Pasan buenos momentos con compañeros y trabajadores, pero anhelan otro tipo de vida, en sus casas, con sus familias.

8.- Los residentes entrevistados no se sienten satisfechos con su calidad de vida, la definen como mala. Se ven con limitaciones en su vida diaria, dependen, en la mayoría de los casos, de sus cuidadores/as.

9.- Los participantes del estudio ven su futuro similar a su presente. Viven el día a día de forma monótona y, en general, prefieren no hablar de la muerte.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Al ser un estudio cualitativo tiene como limitaciones intrínsecas la no generalización de los resultados y conclusiones a otra población. El método cualitativo expone la subjetividad de los sujetos participantes y se entiende que cada persona vive este mismo fenómeno de forma diferente. Por consiguiente existen diferentes interpretaciones de un mismo problema.

Debido a limitaciones de tiempo se han hecho cuatro entrevistas semiestructuradas, y se eliminó la idea de hacer dinámica grupal por este mismo motivo.

Por falta de disponibilidad de tiempo no ha sido posible la triangulación de datos por parte de investigadores ajenos al estudio, emitiendo los resultados del análisis sólo la investigadora principal.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Antes de llevar a cabo las entrevistas individuales se informó a los participantes sobre el proceso y se solicitó su consentimiento por escrito. Para ello se entregó un modelo de consentimiento informado validado, protegiendo la confidencialidad y la intimidad en todo momento. Se ha mantenido la confidencialidad de los y las participantes mediante la enumeración de cada uno (Participante 1, P2, P3,...)

BIBLIOGRAFÍA

ABELLÁN GARCÍA, Antonio; PUJOL RODRIGUEZ, Rogelio (2015). “Un perfil de las personas mayores en España, 2015. Indicadores estadísticos básicos”. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 10. [Fecha de publicación: 22/01/2015]

Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos15.pdf>

ANDERSSON, I., PETTERSSON, E. y SIDENVALL, B., 2007. Vida cotidiana después de mudarse a un hogar de cuidado - Las experiencias de las personas mayores, familiares y personas de contacto . *Journal of Clinical Nursing* , 09, vol. 16, no. 9, pp 1712-1718 ISSN 0962-1067. DOI 10.1111/j.1365-2702.2007.01703.x.

BUZGOVÁ, R y K IVANOVÁ. "El abuso de ancianos y los malos tratos en los centros residenciales." *Enfermería Ética* 16, no. 1 (2009): 110-126

BARRIO CANTALEJO, Inés M^a, et al. La dependencia en el decir de los mayores. *Gerokomos*, 2006, vol. 17, no 2, p. 17-25.

BLANCA GUTIÉRREZ, Joaquín Jesús, et al. Las relaciones personales que se establecen por los residentes de un hogar para ancianos. *Enfermería Global*, 2012, vol. 11, no 28, p. 1-12.

BLANCA-GUTIÉRREZ (1), Joaquín Jesús, et al, 2012. Relación Del Cuidado Que Demandan Las Personas Mayores En Hogares Para Ancianos: Metaestudio cualitativo/The Care Relationship Required by Seniors in Nursing Homes: A Qualitative Meta-Study. *Aquichan*, Dec 2012, vol. 12, no. 3, pp. 213-227.

BLANCA-GUTIÉRREZ (2), Joaquín Jesús, GRANDE-GASCÓN, María Luisa and LINARES-ABAD, Manuel, 2013. Las Experiencias De Las Personas Mayores Que Viven En Hogares Para Ancianos: La Teoría De Las "Díadas De Intercambio". *Aquichan*, Apr 2013, vol. 13, no. 1, pp. 41-56.

BLASCO HERNÁNDEZ, Teresa, OTERO GARCÍA, Laura. Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: la entrevista. *Nure investigation*. Centro Nacional de Medicina Tropical. Instituto de Salud Carlos III. nº 33, Marzo-Abril, 2008

BRADSHAW, Siobhan Aine, Playford, E.Diane y Riazi, Afsane, 2012. Vivir bien en Hogares de Cuidado: Una revisión sistemática de estudios cualitativos . *La edad y el envejecimiento* , 20120607, julio, vol. 41, n °. 4, pp 429-440 ISSN 1468-2834, desde 0002 hasta 0729. DOI 10.1093/ageing/afs069; 10.1093/ageing/afs069.

CAUSAPIÉ LOPESINO, Purificación; BALBONTÍN LÓPEZ-CERÓN, Antonio; PORRAS MUÑOZ, Manuel; MATEO ECHANAGORRÍA Adela, 2011 Envejecimiento Activo -Libro Blanco- 2011 Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad Secretaría General de Política Social y Consumo Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)

Disponible en web:

http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libro_blancoenv.pdf

CHOCHINOV HM, HACK T, HASSARD T, KRISTJANSON LJ, MCCLEMENT S, HARLOS M. Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol* 2005; 23: 5520-5.

COOK, GA. "Las personas mayores reconstruyen activamente su vida en un hogar de cuidado." *Revista Internacional de las Personas Mayores de Enfermería* 3, no. 4 (diciembre de 2008):. 270-273

DE ENFERMEDADES NO, OMS Grupo Orgánico. Transmisibles y Salud Mental. Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud. Envejecimiento y Ciclo Vital Rev Esp Geriatr Gerontol, 2002; 37-105

FUERTES ERIKA, MATEO MARÍA, LANZA YOLANDA. La atención y el cuidado de las personas en situación de dependencia. Manual de Formación, Gobierno de Aragón, 2011. Disponible en Web:

[http://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/LA%20ATENCION%20Y%20EL%20CUIDADO%20DE%20LAS%20PERSONAS%20EN%20SITUACION%20DE%20DEPENDENCIA%20\(MANUAL%20DE%20FORMACION\).pdf](http://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/LA%20ATENCION%20Y%20EL%20CUIDADO%20DE%20LAS%20PERSONAS%20EN%20SITUACION%20DE%20DEPENDENCIA%20(MANUAL%20DE%20FORMACION).pdf)

GUZMÁN, José Miguel; HUENCHUAN, Sandra; MONTES DE OCA, Verónica. Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. *Notas de población*, 2003, vol. 77, p. 35-70.

GUZMÁN, José Miguel "Algunas consideraciones para el desarrollo de Indicadores de Envejecimiento con perspectiva de género" Punto Focal de Envejecimiento CELADE-CEPAL Santiago de Chile, 7 de Octubre de 2002

HALL, Sue, LONGHURST, Susan y HIGGINSON, Irene J, 2009. Vivir y Morir con dignidad: un estudio cualitativo de las opiniones de las personas mayores en hogares de ancianos. *La edad y el envejecimiento*, 20090521, julio, vol. 38, no. 4, pp 411-416

ISSN 1468-2834; desde 0002 hasta 0729. DOI 10.1093/ageing/afp069;
10.1093/ageing/afp069.

HALL, Sue, LONGHURST, Susan y HIGGINSON, Irene J, 2009. Desafíos para la realización de investigación con personas mayores que viven en hogares de ancianos. *BMC Geriatrics*, 20090824, Aug 24, vol. 9, pp 38-2318-9-38 ISSN 1471-2318, 1471-2318. DOI 10.1186/1471-2318-9-38; 10.1186/1471-2318-9-38.

IGLESIAS-SOUTO, Patricia María; DOSIL, A. Algunos indicadores de percepción subjetiva implicados en la satisfacción del residente mayor. Propuesta de una escala de medida. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 2005, vol. 40, no 2, p. 85-91.

Informe sobre envejecimiento Fundación General CSIC (noviembre 2010) Disponible en Web: <http://www.fgcsic.es/files/adjuntos/InformeEnvejecimiento.pdf>

Instituto Nacional de Estadística (Noviembre 2012) Disponible en Web:
<http://www.ine.es/prensa/np744.pdf>

Instituto Nacional de Estadística (Mayo 2013) Disponible en Web:
<http://www.ine.es/prensa/np777.pdf>

Instituto de Mayores y Servicios Sociales de España. Centros residenciales para personas mayores. Disponible en Web:
http://www.imserso.es/imserso_01/centros/centros_personas_mayores/centros_residenciales/index.htm

Instituto Nacional de Estadística. Estimaciones de la Población Actual, Proyecciones de Población a Corto y Largo Plazo, Indicadores Demográficos Básicos y Padrón Municipal. (Octubre 2012) Disponible en web:

http://www.ine.es/ss/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3Dcifine10_2012.pdf&blobkey=urldata&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=611%2F452%2Fcifine10_2012%2C0.pdf&ssbinary=true

MAQUIEIRA D'ANGELO, Virginia (Comp.) (2002). Mujeres mayores en el siglo XXI: de la invisibilidad al protagonismo. Madrid, España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Disponible en web:

http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/publicaciones/colecciones/colecciones_extinguir/otras_publicaciones/IM_050770

MARTÍNEZ SOLA, Encarnación M^a; SILES GONZÁLEZ, José. El duelo en una residencia de mayores versus en el entorno familiar. *Gerokomos*, 2010, vol. 21, no 2, p. 62-65.

ORS MONTENEGRO, Asunción; MACIÁ SOLER, Loreto. Mayores institucionalizados: Valoración de la satisfacción y el bienestar en una residencia geriátrica religiosa. *Gerokomos*, 2013, vol. 24, no 1, p. 18-21.

O'SHEA, Eamon. La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes. *Galway: Universidad Nacional de Irlanda*, 2003, vol. 6.

REY, Jennifer, et al, 2012. Calidad de Vida en la Edad Avanzada discapacidad: "no me siento amargo porque estoy en una silla de ruedas" . *Revista de la Sociedad Americana de Geriátría* , 20120130, Mar, vol. 60, no. 3, pp 569-576 ISSN 1532-5415, 0002-8614. DOI 10.1111/j.1532-5415.2011.03844.x; 10.1111/j.1532-5415.2011.03844.x.

RODRÍGUEZ MARTÍN, Marta. La soledad en el anciano. *Gerokomos*, 2009, vol. 20, no 4, p. 159-166.

ROMERO FUENTES, Ximena; DULCEY-RUIZ, Elisa. Reflexiones sobre envejecimiento, vejez y género. *Red Latinoamericana de Gerontología*. Mayo 2012

ROOS Vera y MALAN Lelanie, L., 2012. El papel del contexto y la experiencia interpersonal de la soledad de las personas mayores en un centro de atención residencial. *Acción Mundial de la Salud*, 11 de octubre 2012, vol. 5, pp 10.3402/gha.v5i0.18861 ISSN 1654-9.880; 1.654 a 9.880. DOI 10.3402/gha.v5i0.18861

STONE, Louisa, Julie Kinley, y Jo Hockley. "La planificación anticipada de la atención en hogares de cuidado: La experiencia del personal, residentes y miembros de la familia", *Revista Internacional de Enfermería Paliativos* 19, no. 11 (noviembre de 2013):. 550-557

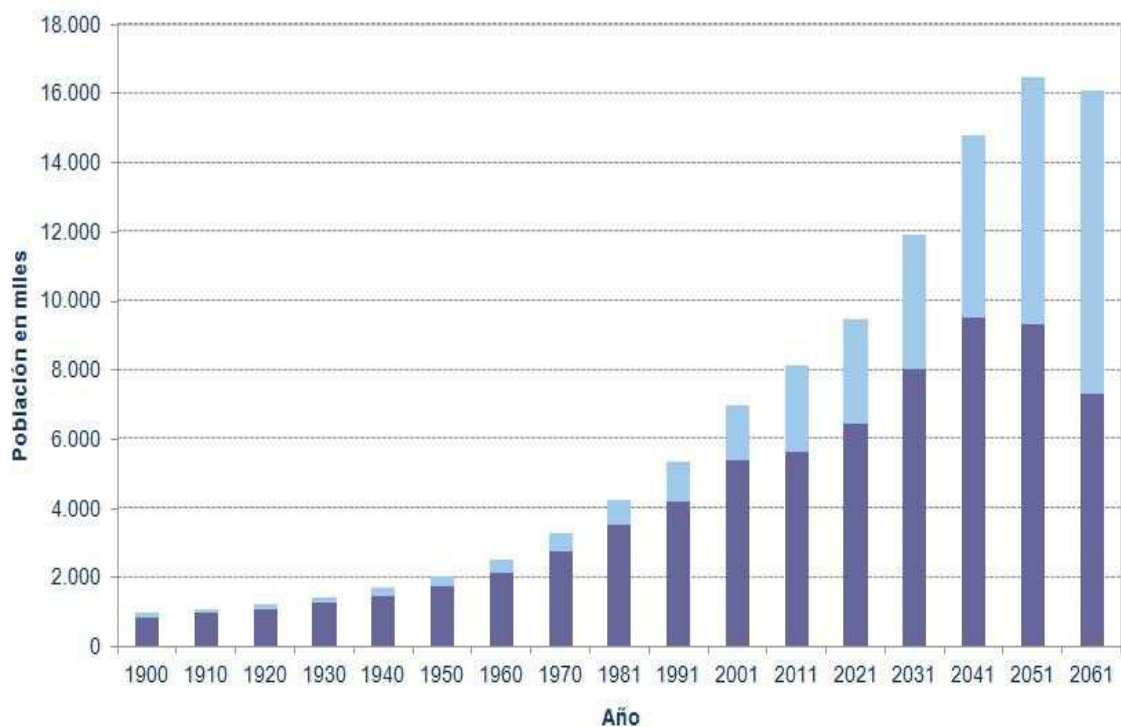
TREVIÑO-SILLER, Sandra; PELCASTRE-VILLAFUERTE, Blanca; MÁRQUEZ-SERRANO, Margarita. Experiencias de envejecimiento en el México rural. *salud pública de méxico*, 2006, vol. 48, no 1, p. 30-38.

ANEXOS

ANEXO 1

Evolución de la población mayor, 1900-2061

Años*	Total España	65 años y más		65-79 años		80 años y más	
	Absoluto	Absoluto	% respecto al total	Absoluto	% respecto al total	Absoluto	% respecto al total
1900	18.618.086	967.774	5,2%	852.389	4,6%	115.385	0,6%
1910	19.995.686	1.105.569	5,5%	972.954	4,9%	132.615	0,7%
1920	21.389.842	1.216.693	5,7%	1.073.679	5,0%	143.014	0,7%
1930	23.677.794	1.440.744	6,1%	1.263.632	5,3%	177.112	0,7%
1940	26.015.907	1.699.860	6,5%	1.475.702	5,7%	224.158	0,9%
1950	27.976.755	2.022.523	7,2%	1.750.045	6,3%	272.478	1,0%
1960	30.528.539	2.505.165	8,2%	2.136.190	7,0%	368.975	1,2%
1970	34.040.989	3.290.800	9,7%	2.767.061	8,1%	523.739	1,5%
1981	37.683.362	4.236.740	11,2%	3.511.599	9,3%	725.141	1,9%
1991	38.872.268	5.370.252	13,8%	4.222.384	10,9%	1.147.868	3,0%
2001	40.847.371	6.958.516	17,0%	5.378.194	13,2%	1.580.322	3,9%
2011	46.815.916	8.116.347	17,3%	5.659.442	12,1%	2.456.908	5,2%
2021	46.037.605	9.466.481	20,6%	6.462.726	14,0%	3.003.755	6,5%
2031	45.351.545	11.903.963	26,2%	8.044.599	17,7%	3.859.364	8,5%
2041	44.680.774	14.791.516	33,1%	9.531.604	21,3%	5.259.912	11,8%
2051	43.581.814	16.486.938	37,8%	9.327.682	21,4%	7.159.256	16,4%
2061	41.603.330	16.095.184	38,7%	7.326.273	17,6%	8.768.911	21,1%



* De 1900 a 2011 los datos son reales; de 2021 a 2061 se trata de proyecciones

Fuente: INE: INEBASE:

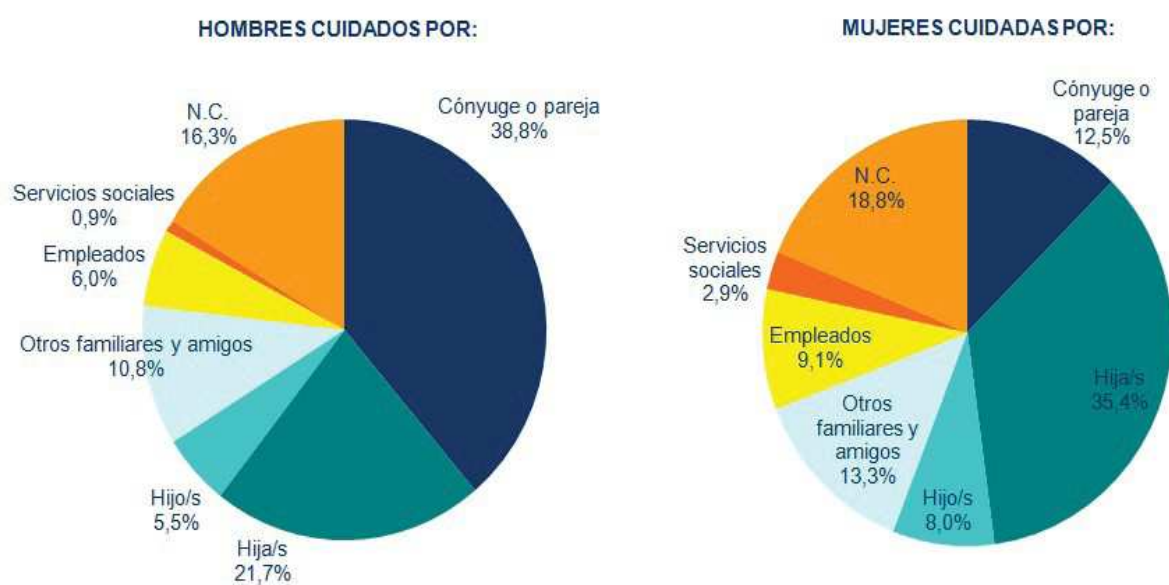
1900-2001: Cifras de población.

2011: Cifras de población. Resultados nacionales, Censos de Población y Viviendas 2011

2021-2061: Proyecciones de población. Consulta en noviembre 2014

ANEXO 2

Persona que cuida, según el sexo de la persona mayor que necesita ayuda, 2008



Fuente: INE: Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD), 2008. Elaboración propia a partir de los microdatos.

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO – INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita y realice las preguntas que considere oportunas.

Naturaleza:

Investigación en Ciencias de la Salud.

MÁSTER EN INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD, CUIDADOS Y CALIDAD DE VIDA
(UNIVERSIDAD DE JAÉN)

Importancia:

Generación de conocimiento científico sobre vivencias de personas ancianas institucionalizadas en residencias.

Implicaciones para el participante:

- La participación es totalmente voluntaria.
- El participante puede retirarse del estudio cuando así lo manifieste, sin dar explicaciones y sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.
- Todos los datos de carácter personal, obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

Riesgos de la investigación para el participante:

Ninguno. No atenta contra la integridad de los participantes.

Si requiere información adicional se puede poner en contacto con nuestro personal del centro Hospital de San Miguel “Fundación Corrales Javalera” en el teléfono: 953 523 856 o en el correo electrónico: **isasa_26@hotmail.com**

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO – CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DEL PARTICIPANTE

Yo (Nombre y apellidos):

- He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento (Información al Participante)

- He podido hacer preguntas sobre el estudio: **“VIVENCIAS DE PERSONAS ANCIANAS INSTITUCIONALIZADAS EN RESIDENCIAS”**

- He recibido suficiente información sobre el estudio **“VIVENCIAS DE PERSONAS ANCIANAS INSTITUCIONALIZADAS EN RESIDENCIAS”**

He hablado con el profesional sanitario informador: Isabel Álvarez Sánchez

- Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.

- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.

- Se me ha informado de que la donación/información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.

- **Deseo** ser informado/a de mis datos genéticos y otros de carácter personal que se obtengan en el curso de la investigación, incluidos los descubrimientos inesperados que se puedan producir, siempre que esta información sea necesaria para evitar un grave perjuicio para mi salud o la de mis familiares biológicos.

Si No

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el *proyecto titulado “VIVENCIAS DE PERSONAS ANCIANAS INSTITUCIONALIZADAS EN RESIDENCIAS”*

Firma del participante
(o representante legal en su caso)

Firma del profesional
sanitario informador

Nombre y apellidos:

Nombre y apellidos: ISABEL ÁLVAREZ

SÁNCHEZ

Fecha:

Fecha:

ANEXO 5

GUIÓN DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Entrevistador:.....

Lugar:

Fecha:.....

Hora de inicio y finalización:.....

Edad:.....

Estado civil:.....

Número de hijos/as:.....

Tiempo viviendo en la residencia:.....

Ingreso en la residencia

¿Cómo recuerda su ingreso en la residencia?

¿Lo acompañó su familia o algún amigo?

¿Cómo fueron los primeros días, meses?

Exposición de la vida diaria en la residencia

Explíqueme cómo es para usted un día cualquiera en la residencia, desde que se levanta hasta que se acuesta.

¿Qué hace para distraerse? ¿A qué dedica el tiempo?

Relaciones

Cuénteme cómo son sus relaciones de amistad con los compañeros aquí dentro.

¿Cómo es su relación con las personas que trabajan aquí, enfermeras, auxiliares, etc?

¿Cómo es el trato de ellas (trabajadores de la residencia) hacia usted?

Si tiene algún problema, ¿a quién se lo cuenta?

¿Recibe visitas de alguien de fuera de la residencia? ¿Cómo es su relación con ellos?

Bienestar, satisfacción, calidad de vida y proximidad de la muerte

¿Qué cosas le hacen sentirse a gusto y en un ambiente agradable dentro del centro?

¿Qué momentos o circunstancias le desagradan dentro de la residencia?

¿Cómo describiría su calidad de vida?

¿Cómo se imagina su futuro y la proximidad de la muerte?