

**“Cambios sociales, físicos y emocionales que se producen en las personas mayores después de su ingreso en una institución residencial”**

Facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación.

Trabajo de Fin de Grado de Trabajo Social.

Autoras:

Liliam Roque Bruzón

Raquel Rodríguez González

Tutora: Berta Puyol

Junio 2019

## Índice

INTRODUCCIÓN .....	3
<b>1. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>7</b>
1.1. LAS PERSONAS MAYORES .....	7
1.2. PERSONAS MAYORES Y RED DE APOYO SOCIAL Y FAMILIAR .....	10
1.3. LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES .....	12
1.4. EL OCIO Y TIEMPO LIBRE EN LAS PERSONAS MAYORES .....	14
1.5. LA SOLEDAD EN PERSONAS MAYORES.....	17
1.6. LAS INSTITUCIONES RESIDENCIALES.....	18
1.7. PERFIL DE LAS PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS EN UNA RESIDENCIA .....	22
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>23</b>
2.1. OBJETIVO GENERAL .....	23
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	23
<b>3. MÉTODOS .....</b>	<b>24</b>
3.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES .....	24
3.2. HIPÓTESIS.....	24
3.3. VARIABLES .....	25
3.4. POBLACIÓN Y PERIODO TEMPORAL .....	25
3.5. TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS.....	26
3.6. TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS .....	26
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>26</b>
<b>5. DISCUSIÓN.....</b>	<b>36</b>
<b>6. CONCLUSIONES.....</b>	<b>39</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>41</b>
<b>ANEXO 1:</b> Guión de entrevista semiestructurada para conocer los cambios sociales, físicos y emocionales que se producen en las personas mayores después de su ingreso en una institución residencial. ....	44
<b>ANEXO 2:</b> Información general de los centros residenciales donde se realizaron las entrevistas. .....	48

## **Resumen**

El objetivo principal de esta investigación es conocer los cambios sociales, físicos y emocionales que se producen en una persona mayor tras el ingreso en una institución residencial. Para ello, se realizó la búsqueda de bibliografía relacionada con el tema objeto. Una vez efectuada esta revisión bibliográfica se planteó una investigación donde se utilizó como instrumento principal de recogida de datos una entrevista semiestructurada.

En dicha entrevista se reflejan la situación previa y posterior de la persona mayor en relación a diferentes aspectos, como son la familia, las relaciones sociales, su estado de salud, la situación de dependencia, el tiempo libre y ocio y finalmente su situación emocional.

En esta entrevista participaron 30 personas mayores sin deterioro cognitivo que pertenecen a las residencias: Residencia Isaba Casa de Mayores, Residencia Hogar Virgen Poderosa y Hogar Residencia Virgen de Candelaria.

Una vez se realizaron las entrevistas, se efectuó el vaciado de datos recopilados teniendo en cuenta las variables sociodemográficas de sexo, edad, estado civil, profesión, entre otras, y por otro lado, las variables específicas del estudio como son la situación de convivencia familiar, relaciones sociales, datos de salud, situación de dependencia, tiempo libre y ocio y por último la situación emocional de la persona.

Una vez finalizada esta investigación se puede estipular que si se producen cambios en las diferentes áreas estudiadas de este colectivo de personas mayores tras el ingreso en un centro residencial.

Palabras clave: persona mayor, centro residencial, cambios.

## **ABSTRACT**

The main objective of this research is to know the social, physical and emotional changes that occur in an older person after admission to a residential institution. For this purpose, a search was carried out for bibliographies related to the subject matter. Once this bibliographic review had been carried out, a research study was carried out in which a semistructured interview was used as the main instrument for collecting data.

This interview reflects the previous and later situation of the elderly in relation to different aspects, such as the family, social relations, their state of health, the situation of dependency, leisure and leisure time and finally your emotional situation.

In this interview participated 30 elderly people without cognitive impairment who belong to the residences: Residencia Isaba Casa de Mayores, Residencia Hogar Virgen Poderosa and Hogar Residencia Virgen de Candelaria.

Once the interviews were conducted, the data collected was emptied taking into account the sociodemographic variables of sex, age, marital status, profession, among others, the specific variables of the study such as the situation of family cohabitation, social relations, health data, situation of dependence, leisure and leisure time and finally the emotional situation of the person.

Once this research is completed it can be stipulated that if changes occur in the different areas studied of this group of elderly people after admission to a residential center.

Keywords: elderly person, residential center, changes.

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos que más afecta a los países desarrollados o en vías de desarrollo. Europa es el continente más envejecido y España es uno de los países que más lo están del mundo. Según los datos del padrón a fecha 1 de enero de 2018, en España, de la población total de 46.722.980 habitantes, el 19,1% son mayores de 65 años y el 6% tienen más de 80. Por lo tanto, a partir de las previsiones de los informes emitidos en el año 2050, nuestro país contará con 16.394.839 personas mayores de 65 años, es decir, lo que corresponde a un 30% de la población. (Abellán, Ayala, Pérez y Pujol, 2018)

A consecuencia de este aumento de la población mayor, todos los cambios que trae consigo el proceso de envejecer, los cambios que se han producido en los modelos tradicionales de familia y la incorporación de la mujer al mundo laboral han servido de precedente para que las familias ya no puedan hacerse cargo de las personas mayores y, por lo tanto, este colectivo demande una serie de cuidados y apoyos de carácter externo para satisfacer sus necesidades. (Elizari, 2018)

A raíz de este aumento de las demandas por parte del colectivo de personas mayores, uno de los recursos sociales que existen en nuestro país son las instituciones residenciales, centros donde se ofrece una atención integral y vivienda permanente a personas mayores de 60 años, que, debido a problemáticas familiares, sociales, y/o económicas no puedan ser atendidos desde su domicilio habitual. Estos centros son destinados tanto para mayores con algún grado de dependencia o para aquellos que se valen por sí mismos, y cuentan con un equipo profesional especializado y capacitado para brindarles la atención necesaria. (Elizari, 2018)

La motivación para realizar esta investigación surge porque se pretende identificar los cambios físicos, sociales y emocionales que sufren las personas mayores una vez hayan ingresado en un centro residencial y poder llegar a la conclusión de que si los aspectos estudiados mejoran o empeoran posterior a su cambio de domicilio.

La estructura del documento consta de seis epígrafes. El primero es el marco teórico, donde se recoge la información relacionada con el tema objeto de nuestro trabajo de investigación. En el siguiente apartado se encuentra el objetivo general y cinco objetivos específicos que se pretenden alcanzar tras la realización del estudio. Posteriormente, encontramos el tercer epígrafe, la metodología, donde se recogen

aspectos tales como: las hipótesis que nos planteamos antes de realizar esta investigación, a quien va dirigida, la temporalidad, el tipo de investigación, variables y las técnicas de análisis y recogida de datos.

A continuación, se presentan los resultados que han sido obtenidos tras la investigación. Por último, en los epígrafes cinco y seis se expone la discusión y análisis de los datos conseguidos los cuales se contrastan con lo expresado por los autores mencionados en el marco teórico y las conclusiones a las que hemos llegado al finalizar con la investigación.

Según Miralles (2010) la mejora de la esperanza de vida y de las condiciones físicas y mentales de las personas mayores, el retiro temprano del mercado laboral y las crisis económicas sufridas por algunas empresas que brindaban servicio a este colectivo, contribuyen a que estas personas mayores finalicen su etapa de vida laboral y su comienzo en la vejez, continuando con el deseo de seguir realizando actividades productivas y seguir formando parte del desarrollo y bienestar familiar y social.

La esperanza de vida y el envejecimiento progresivo de la población española se ha incrementado en los últimos años. Las personas mayores de 65 años formarán el 40% de la población española en el año 2050. Algunas encuestas establecen que solo el 7% de las personas mayores les gustaría vivir en un centro residencial, aunque se podría incrementar en un 18% si la persona mayor considera que necesita cuidados específicos. (Acevedo, Alcaraz, Benito, Robert y Navalón, 2014)

Aunque existe una escasez de datos, en España se ha considerado que el 3,3% de la población de personas mayores viven en centros residenciales, datos que demuestran una proporción más baja en otros países como es Italia o Japón, que de manera tradicional intentan mantener a los mayores en su domicilio bajo el cuidado de la propia familia. (Ministerio de Sanidad, 2011 citado por Acevedo y otros, 2014).

Uno de los aspectos relacionados con las personas mayores más estudiado desde el punto de vista de la geriatría y gerontología es el ingreso de las personas mayores en los centros residenciales. (Leturia, 1999)

Según este mismo autor durante muchos años, las investigaciones se centraban en los aspectos negativos que provocaba el internamiento de la persona mayor en las

residencias. Se asociaba a los centros residenciales el aumento de la mortalidad, la disminución de la salud y el nivel de funcionamiento general en las personas mayores.

## **1. MARCO TEÓRICO**

A continuación, se presentan diferentes temas relacionados con el objeto del trabajo de investigación como, por ejemplo, el perfil de las personas mayores institucionalizadas en las residencias, el tipo de relación social y familiar que mantienen, cómo perciben su estado de salud, entre otros.

### **1.1. LAS PERSONAS MAYORES**

En la actualidad, las personas mayores constituyen un colectivo vulnerable y de especial atención en nuestro país. Cada vez se hace más notable el envejecimiento en España y según Abellán, Ayala, Pérez y Pujol (2018) existen 8.764.204 personas mayores (65 y más años), que representan un 18.8% sobre el total de la población.

Existen diferentes conceptos de lo que es considerado una persona mayor, pero según Miñano (2001) hay un acuerdo generalizado del término “persona mayor” que hace referencia al amplio colectivo de personas comprendidas entre los 60 -65 años. Se trata de individuos que tienen por delante en muchos casos, 20 o 30 años de sus vidas.

Para hablar de personas mayores debemos hacer referencia a conceptos muy importantes relacionados con esta temática, como, por ejemplo: envejecimiento de la población, esperanza de vida, etc.

El envejecimiento de la población es un fenómeno mundial que afecta principalmente a los países desarrollados o en vías de desarrollo. Algunos autores coinciden en definir el envejecimiento como un proceso dinámico, multifactorial e inherente a todos los seres humanos (Lehr, Laforest, Gómez y Curcio citado por Albarado y Salazar, 2014).

Existen dos dimensiones del envejecimiento. El envejecimiento de la población, que se define como el aumento de la proporción de personas mayores de 60 años y, por otro lado, también encontramos el envejecimiento individual que trata del proceso de cambios fisiológicos y biológicos con consecuencias socioculturales (Huenchuan, 2013).

Por otro lado, haciendo referencia al concepto de envejecimiento, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como el: "Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales". (citado por Alvarado y Salazar, 2014)

Para entender mejor el envejecimiento individual debemos mencionar algunas teorías que lo explican, citadas por González de Gago (2010):

Habighurst en el año (1963) hace referencia a una de ellas, la Teoría de la Actividad, Adaptación o Envejecimiento Exitoso. Indicando que la capacidad para permanecer activo es una condición primordial para poder vivir con éxito la jubilación y el envejecimiento. Sostiene que el periodo postlaboral y el envejecimiento en sí, serían más positivos si se realizaran actividades a pesar de haber abandonado el trabajo remunerado.

Otra teoría, es la denominada Desvinculación, Retraimiento o Desarraigo definida por Cummings y Henry en el año (1961). Estos se apoyan en la idea de que las personas al envejecer desean desarraigarse y desconectarse del ámbito social. Dentro de la misma, se encuentran dos derivaciones, una es la desvinculación- vinculación selectiva que explica que ocurre una desvinculación por parte de la persona, pero esta es de tipo parcial ya que, dejan de ejecutar un cierto tipo de actividades por causa de la edad, pero inician otras. La segunda derivación se denomina desvinculación transitoria donde las personas mayores experimentan un alto grado de satisfacción asociado a escasos contactos sociales, siendo estos una forma de reacción a determinadas situaciones de sobrecarga. Dicha desvinculación es conocida como transitoria, ya que solo ocurre en un periodo temporal y no para toda la vejez.

Por último, la denominada teoría de la continuidad definida por Neugarten (1964). Esta sostiene que las personas están predispuestas en mantener sus costumbres, preferencias o estilos de vida que han llevado a lo largo de los años. En el caso de que estos individuos conserven unos estilos de vida similares a su vida anterior, el envejecimiento será más satisfactorio. Es importante mencionar, que, si se pueden dar ciertos cambios en la personalidad, pero nunca será un cambio total y que la continuidad

del estilo de vida solo puede sostenerse en el caso de que la persona tenga riqueza, poder o salud.

La realidad global del envejecimiento se puede explicar desde cinco dimensiones según Izquierdo (1994, citado por Giró, 2005).

La primera es la edad cronológica que se refiere a la edad que tenemos en años, es decir, la que va desde nuestro nacimiento hasta la edad actual.

La segunda dimensión hace referencia a la edad biológica que se refiere a la situación actual que tiene un individuo en relación con su ciclo vital potencial, tiene en cuenta los cambios físicos y biológicos que se producen a nivel fisiológicos.

Una tercera dimensión es la edad psicológica que se basa en cómo se perciben los individuos en relación con cómo se sienten.

Como cuarta dimensión encontramos la edad social que hace referencia a las costumbres y funciones que desenvuelve un sujeto en relación con su grupo o sociedad, es decir la participación en los roles determinados por la sociedad.

Por último, la edad funcional la cual se refiere a la competencia o habilidad para ejecutar las demandas ligadas a la edad, estas pueden verse condicionadas por consideraciones biológicas, sociales o personales.

También es importante conocer la esperanza de vida que tiene una persona al nacer ya que es uno de los indicadores principales que reflejan consecuencias de las políticas sanitarias, sociales y económicas de un país. En el año 2016 las mujeres españolas tenían una esperanza de vida al nacer de 85,8 años, frente al 80,3 años de los hombres. Se prevé que en el año 2066 existirá más de 14 millones de personas mayores, representando un 34,6% del total de la población, alcanzando así los 41.068.643 habitantes. (Abellán, Ayala, Pérez y Pujol, 2018)

Debido a los avances médicos y tecnológicos, la reducción de las tasas en mortalidad infantil y los cambios de hábitos nutricionales, la esperanza de vida ha logrado avances significativos en el último siglo. (Abellán, Ayala, Pérez y Pujol, 2018)

Haciendo referencia al sexo, la esperanza de vida se mantuvo a favor de la mujer en España hasta mediado de los años 90, a consecuencia de una elevada mortalidad masculina a causa de factores biológicos, estilos de vidas y conductas de riesgo. Sin

embargo, estas cifras a favor de la mujer se han reducido en las dos últimas décadas. (Abellán, Ayala, Pérez y Pujol, 2018)

## 1.2. PERSONAS MAYORES Y RED DE APOYO SOCIAL Y FAMILIAR

Las relaciones familiares y sociales son una de las principales fuentes de apoyo con las que cuenta una persona en cualquier etapa de su vida, pero en el caso del colectivo de personas mayores estas suponen una parte importante ya que puede someterse a variaciones de tipo positivas o negativas. (Arias, 2004 citado por Josefina, 2009)

Muchas de las personas mayores durante la vejez presentan redes de apoyos sociales y familiares insuficientes. Dichas carencias son generadas por diferentes motivos, como pueden ser: la pérdida de relaciones por la muerte de sus propios familiares y amigos, la dificultad para crear nuevos vínculos y el ingreso en una residencia. No obstante, puede darse la situación contraria, es decir, al entrar en una residencia o pasar por el proceso de jubilación, la persona puede enriquecer sus vínculos sociales. Esto puede dar como resultado, la modificación notable de su estado de ánimo y la experimentación de una mejoría en su situación de vida. (Arias, 2004 citado por Josefina, 2009)

Para las personas mayores que viven y son atendidas en las residencias, el apoyo y el cuidado de su familia es sumamente importante. Aunque estos centros pueden proporcionar a la persona mayor múltiples beneficios, sus familiares, deben seguir desempeñando su papel como cuidador/a, complementándolos con los cuidados profesionales y especializados que les puede proporcionar a largo plazo las residencias. (Bermejo, 2009)

En la familia normalmente, cuando ingresan a la persona mayor en una residencia, aparecen sentimientos como la culpa, la tristeza, la incertidumbre y la inseguridad. Este sentimiento de culpa puede provocar a la familia la necesidad de una dedicación extrema de la persona mayor lo que puede ocasionar un conflicto con los equipos de atención directa. Finalmente, los familiares pueden ser capaces de aceptar la situación y hacer su vida social sin descuidar a la persona mayor. (Bermejo, 2009)

Desde el momento que la persona mayor, no recibe o siente la suficiente atención por parte de su familia, cuando se encuentra en una residencia, puede

experimentar que ha perdido el rol que llevaba a cabo en su núcleo familiar y, por lo tanto, podría llegar a sufrir una serie de manifestaciones a nivel psicológico o fisiológico. (Pérez, 2005 citado por Molero, Pérez, Gázquez y Sclavo, 2011)

Por ello, hay que destacar que los problemas a nivel familiar pueden afectar al bienestar y a la autonomía de la propia persona mayor. La posibilidad de que esta, padezca de ansiedad, depresión y aislamiento social aumenta cuanto peor sea la relación con la familia. (Guillen, 1998 citado por Molero y otros, 2011)

Existen tres tipos de contacto familiar que se producen en las residencias: las llamadas por teléfono, las visitas de los familiares al centro y las salidas de la persona mayor a su domicilio familiar, sin embargo, las que se dan con más frecuencia son las dos primeras. (Pérez, 2005 citado por Molero y otros, 2011)

Un estudio realizado por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales en el año 2004 demostró que más del 50 % de los mayores residentes reciben al menos una visita semanal, a diferencia de los restantes donde solo el 15% no recibe ninguna visita. Los grupos que mayoritariamente las reciben son las personas de edades avanzadas y las mujeres. Otros datos para destacar, es que un 14.5% de las personas mayores que llevan tiempo en las residencias, reciben llamadas telefónicas todos o casi todos los días, ya sea por parte de sus familiares o de algún amigo/a, un 26,9% reciben llamadas solo dos o tres veces por semana y finalmente el 31,1% no recibió llamadas en las últimas tres semanas. (Pérez, 2005 citado por Molero y otros, 2011).

Un elemento importante para tener en cuenta es la relación entre el futuro residente y su familia, ya que la misma no se deteriora al ingresar en un centro residencial. Estas creencias sobre las rupturas de la red familiar carecen de una base científica y conllevan a que se tenga una visión negativa respecto a las residencias, los mayores y a los cuidadores. Se muestra una mejoría en sus relaciones familiares marcada por una sensación de alivio como por ejemplo en el caso de las parejas compuestas por un cuidador mayor y una persona mayor (cónyuge normalmente), dependiente. (Leturia, 1999)

En el año 2000, Cava y Musitu realizaron un estudio para ver el grado de satisfacción que tienen la persona mayor residente, y la relación que mantiene con su familia, llegando a la conclusión de que estos se encuentran o tienen una percepción

más negativa sobre el grado en que son valorados por sus familias, frente al resto de personas que no se encuentran en ningún centro. (Molero y otros, 2011).

Por otro lado, se llevó a cabo otro estudio donde entregaron un cuestionario a 50 personas residentes para ver la frecuencia en la que sus familiares les hacían visitas concluyendo, en que el 70% afirmó que semanalmente su familia acude a la residencia para verlos/as. (Rodríguez, La Rosa y Reyes, 2006 citado por Molero y otros, 2011)

Un estudio realizado, midió el grado de satisfacción entre las personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas, comprobando como, por un lado, los mayores institucionalizados dan mucha importancia a las relaciones sociales, pero sin embargo es en este grupo donde se dan las relaciones sociales más insatisfactorias. (Molina, Meléndez y Navarro, 2008 citado por Molero y otros, 2011)

Si bien, existen las relaciones familiares que funcionan como refuerzo para afrontar las crisis vitales de la persona mayor, también existen las redes de apoyo como pueden ser esos amigos que apoyen y faciliten a la persona mayor en el cambio y la adaptación de lo que viene siendo la etapa de la vejez (Sáez, Meléndez y Aleixandre, 1994 citado por Molero y otros, 2011).

### 1.3. LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES

La salud, sobre todo en la vejez, incluye destacar que hablamos no solo de la salud física y mental, sino también de las capacidades para ejecutar las actividades cotidianas y los recursos sociales, económicos y ambientales. (Ramos, 2002 citado por Molero y Pérez, 2011)

Se asocia salud con ausencia de enfermedades, pero según la Organización Mundial de la Salud en el año 1984 lo define como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente a la ausencia de malestar o dolencia”. A partir de esta definición podemos llegar a la conclusión de que se desvincula la asociación del concepto de salud únicamente con el bienestar físico. (Molero y Pérez, 2011, p.250)

El proceso de envejecimiento no es una enfermedad, pero a causa de los cambios que se producen en el organismo, la posibilidad de sufrir diferentes patologías aumenta con la edad. (Domínguez, s.f.)

En la Encuesta Europea de Salud en el año 2014, cómo valoran las personas mayores su propio estado de salud viene condicionado por las enfermedades padecidas, por las características personales y por otras razones socioeconómicas o residenciales. El estado de salud subjetivo varía poco entre las encuestas realizadas. El 44,1% de los mayores (65 y más años) percibe su salud como buena o muy buena. (Abellán, Ayala, Pérez y Pujol, 2018)

La variable sexo resulta un factor que conlleva a visibles diferencias en el ítem de salud autopercibida, ya que el 50,5% de los hombres mayores valora bien o muy bien su estado de salud frente a un 39,3% de mujeres de la misma edad que considera su salud como buena o muy buena. (Abellán, Ayala, Pérez y Pujol, 2018)

Por otro lado, debemos mencionar el concepto de dependencia que es definido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia como : “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.”

Al ingresar en un centro residencial el nivel de dependencia aumenta debido al bajo nivel de actividad, es decir, las personas que anteriormente podían realizar diferentes actividades de la vida diaria posterior al ingreso en el centro residencial dejan de hacerlo, como consecuencia de la organización estipulada por las residencias ya que actividades rutinarias como hacer la cama, preparar la comida, limpiar la habitación, realizar gestiones, son ejecutadas por diferentes profesionales. (Leturia,1999)

En el colectivo de personas mayores, se hace uso de una serie de técnicas que facilitan su valoración funcional. Una de ellas es el Índice de Lawton y Brody que es la escala más utilizada en las personas mayores, ya sean institucionalizadas o no, para evaluar la autonomía física y las actividades instrumentales de la vida diaria, también se encuentra el Índice de Katz y el Índice de Barthel, entre otros. Todas estas herramientas, evalúan el nivel de autonomía con el que las personas mayores realizan las actividades básicas (aseo e higiene, vestirse, control esfinteriano, comer), instrumentales

(orientación temporal, personal y espacial, comunicación, ser capaz de realizar la compra) y avanzadas (participación en la vida social, cultural, productiva) de la vida diaria. (Trigás, Ferreira y Mejjide, 2011)

Una vez aplicada una de las técnicas mencionadas anteriormente sabremos si se trata de una persona mayor autónoma o dependiente, ya sea total o parcial. La dependencia es un concepto que se relaciona con las capacidades o discapacidades físicas, psíquicas o intelectuales. (Espinosa, 2005)

Según Espinosa (2005), en relación con la dependencia, se propone una clasificación de las personas mayores (65 años y más).

Persona mayor autónoma: personas que se encuentran sanas o que se quejan de sufrir enfermedades crónicas o agudas que no produzcan incapacidad. Se calcula que representan entre el 64 y el 75% de los mayores de 65 años. No es necesaria más que una intervención preventiva.

Persona mayor frágil o de alto riesgo de dependencia: son personas que no tienen aún dependencia, pero sí un alto riesgo de adquirirla, o, aunque tengan una dependencia moderada puedan recuperar sus funciones a través de una intervención determinada. Hay cuatro criterios para incluir a una persona mayor en esta clasificación: criterio demográfico (que tenga más de 80 años), criterio clínico (que presente situaciones clínicas que fueren potenciales de caer en la dependencia), criterios sociales (vivir solo, no tener familia, situación económica difícil, etc.), criterios sanitarios (ingresos frecuentes en hospitales, polimedicación). Este grupo representa un 15% de los mayores de 65 años.

Persona mayor dependiente: hace referencia a aquellas personas que son claramente dependientes, con fuertes pérdidas funcionales en las actividades básicas de la vida diaria, que no tienen o tiene escasísimas posibilidades de recuperar un buen estado funcional que les permita volver a valerse por sí mismos. Son alrededor de entre el 5 y el 10% de los mayores de 65 años.

#### 1.4. EL OCIO Y TIEMPO LIBRE EN LAS PERSONAS MAYORES

El ocio y tiempo libre se pueden entender como necesidades fundamentales que tienen los seres humanos las cuales enriquecen, completan y hacen más satisfactoria la

vida. Se trata de escenarios donde las personas pueden disfrutar, sentirse libres, descansar y desarrollarse plenamente. (García, 2005)

Las personas mayores organizan su tiempo libre en base al ocio, los trabajos domésticos, la vida familiar y la salud, es decir, en realidad cualquier actividad puede constituirse como una actividad de ocio en dependencia a los gustos de cada individuo. En el año 1980, Ragheb determina seis categorías del ocio en los mayores. Dichas categorías son: Massmedia (ver tele, leer periódico...), culturales (teatro, cine.), deportivos, al aire libre, sociales y hobbit y pasatiempos (fotos, pintura, coleccionismo...). (García, 2005)

Sin embargo, en el año 1982 el profesor Kabanoff clasifica las actividades en función de las necesidades. La primera, la autonomía (organizar proyecto), seguida por la relajación (actividad que da descanso al cuerpo, actividades familiares, huir de la rutina, interacción, la estimulación (actividades que aporten nuevas ideas), la salud, la estima (actividad donde nos ganemos el respeto de los demás), el desafío y por último el liderazgo. (García, 2005)

Según el proceso de envejecimiento y en relación con la autonomía personal se pueden diferenciar dos etapas diferentes, la primera es denominada ocio activo que va hasta los 65 años y la otra comienza a partir de esta edad en adelante donde se puede ver reflejada una mayor dependencia y, por lo tanto, esto delimitará las oportunidades de ocio. (García, 2005)

En la primera etapa, las posibilidades de ocio son similares a las del adulto, la forma de comportarse será ejecutar actividades que ya realizaban anteriormente, es decir, que los mayores tendrán patrones de ocio que les resulten familiares y no aquellos que sean novedosos, la mayoría estarán más marcada por un vínculo muy estrecho con su familia que con sus amigos y vecinos. En relación con el sexo los hombres se dedicarán más a los amigos, juegos de mesa y por el contrario las mujeres después de dedicar una jornada de siete horas aproximadamente para el trabajo del hogar suelen realizar visitas, ayudas informales, trabajos manuales. En general, los hombres disponen de dos horas más para el ocio. (García, 2005)

La actividad física es una de las formas de ocio que tiene más importancia para el colectivo de personas mayores ya que, un estilo de vida sedentario aumenta el proceso de envejecimiento. Las actividades físicas son una forma de ocio adecuada para

las personas mayores. Mediante la realización de ejercicios, se incrementa la fuerza muscular, la flexibilidad articular, la capacidad pulmonar y cardiaca, favoreciendo que no se acelere el proceso de envejecimiento si no que, se frene un poco el deterioro físico producido por el aumento de la edad. A nivel psicológico los problemas que se derivan de la soledad, las depresiones, el aislamiento mejoran notoriamente. (García, 2005)

La Teoría de la Actividad, Adaptación o Envejecimiento Exitoso defiende la idea de que permanecer activo en esta última etapa de la vida resulta beneficioso y que la satisfacción de esas personas está relacionada con el número de actividades en las que participe. (García, 2005)

El 53% de las personas mayores llevan a cabo nuevas actividades después de los 65 años. El 43% le gustaría participar de una manera más activa e integral. El 28% pertenecen a alguna organización, el 8% de este pertenecen a organizaciones que tienen voluntarios y llevan a cabo voluntariado. (Martínez, 2011)

Martín (2003) expone que un gran porcentaje de personas mayores si algo tienen en abundancia es tiempo libre, se trata de una etapa de la vida donde se pueden realizar muchas actividades deseadas y donde se cuenta con muchas posibilidades de auto realización personal. Es por eso por lo que la realización de medidas que propicien la utilización del tiempo libre de la persona mayor, ya sea en el ámbito rural o urbano, debe de ir encaminada a: favorecer la conexión e intercambio entre las generaciones, solventar, parcialmente los problemas de soledad del mayor y mejorar las capacidades cognitivas, de salud y las relaciones sociales. Es lo que se denomina “Utilización terapéutica del tiempo libre”.

Según Giró (2009) La participación de la persona mayor en los centros residenciales viene dada, por una serie de programas de intervención terapéutica que se lleva a cabo por medio de actividades de terapia ocupacional y animación sociocultural.

Por medio de la animación sociocultural se pretende mejorar la calidad de vida y el bienestar de la persona mayor, mediante el impulso de la comunicación y de la participación social activa (Pérez, 2006 citado por Giró, 2009).

No todas las actividades que se llevan a cabo en las residencias son de interés para todos, sino que hay algunas que le gustan más a una minoría. Por ejemplo, las manualidades y talleres son más comunes en las mujeres que se dedican básicamente a

realizar costuras y pinturas, sin embargo, entre los hombres se destaca el cuidado de jardines, huertas o trabajos de encuadernación, carpintería .... (Giró, 2009).

### 1.5. LA SOLEDAD EN PERSONAS MAYORES

Existe una gran diferencia en el término de soledad y el sentimiento de la soledad. El sentimiento de soledad hace más referencia al estado psicológico en el cual una persona puede sentirse aislada o incomunicada. Si las personas viven solas o no disponen de recursos que les ayuden a relacionarse con los demás, el sentimiento de soledad puede verse reforzado. (Rodríguez, 2000)

Por el contrario, una persona puede estar viviendo solo/a, pero no tiene sentimientos de soledad porque es capaz de comunicarse con los demás de manera fácil y sencilla, relacionándose con amigos familias, vecinos... (Rodríguez, 2000)

Aunque, la vejez no es un periodo de enfermedad, es cierto que cuando llegas a esta etapa de la vida, la sensación de infelicidad, soledad, estrés, aislamiento e inactividad puede verse afectada notoriamente. La soledad es uno de los problemas que con mayor frecuencia sufren las personas mayores. (Rodríguez, 2000)

Un estudio realizado por el Instituto Nacional del Consumo expone que la salud es la principal preocupación del 85% de los mayores, y un factor que influye mucho en esta salud es la soledad. El 37% de las personas que se encuentran en mal estado de salud aseguran que se encuentran solos, frente al 31% de los que viven acompañados y el 28% de los ingresados en una residencia (Poncel, 2001).

No existe ningún modo de terminar por completo con la soledad de una persona sobre todo si a causa de esto tiene problemas de depresión, trastornos de personalidad, pero si es cierto que existen varias maneras de combatir la soledad y la primera puede ser las relaciones familiares. Unas buenas relaciones familiares, constituyen un buen antídoto para que la persona mayor no se sienta tan solo, el afecto y cariño que se le ofrezca a la persona ayuda de manera eficaz en el periodo de la vejez. (Rodríguez, 2000)

Por otro lado, también son importante las relaciones sociales para hacer frente a la soledad, muchas veces sobre todo con el paso de los años resulta un poco difícil crear nuevas amistades, pero resulta significativo intentar formar parte de grupos para compartir tiempo y experiencias. (Rodríguez, 2000)

Otro modo de combatir con la soledad es la realización de actividades de ocio y de tiempo libre. Es importante que la persona mayor realice aquellas actividades que más le gusten, para que cuando lo haga se sienta como una persona realizada y liberada. Si no llevas a cabo nada que te guste, podrás sufrir un desequilibrio emocional y mental que te provoque estar aburrido y triste. (Rodríguez, 2000)

El estar interesado en algo también te ayuda a dejar de lado la soledad. No importa el valor que tiene la actividad o lo que te provoque interés lo importante es que hagas las cosas con gusto e ilusión. La persona mayor se puede interesar por los problemas familiares, los problemas del barrio, problemas a nivel político. (Rodríguez, 2000)

Algunos autores expresan que la soledad y la tristeza tienen una gran relación con los síntomas de la depresión. La tristeza es una emoción formada por sentimiento de pérdida, melancolía etc. Sin embargo, la soledad es un estado emocional donde la persona siente un vacío y aislamiento muy intenso. (Jürschik, Botigué, Nuin y Lavedán, 2013)

Hay que destacar que estos dos síntomas se relacionan con la depresión la cual es un problema muy importante de salud. La depresión en personas mayores de 65 años o más, varía entre el 7 y 36% en pacientes ambulatorios y asciende al 40% en pacientes mayores hospitalizados. (Jürschik, Botigué, Nuin, Lavedán, 2013)

## 1.6. LAS INSTITUCIONES RESIDENCIALES

Con el proceso de envejecimiento tan rápido que está viviendo la sociedad española, las instituciones residenciales constituyen un importante recurso con el que cuenta el colectivo de personas mayores, además del apoyo que supone para sus familias y/o seres más allegados.

Según Esteban y Rodríguez (2015) el concepto de residencia para ancianos hace referencia a aquellos hogares en donde se realizan actividades de apoyo social al colectivo de personas mayores a través del alojamiento, ya sea temporal o permanente donde se prestan cuidados de salud se brinda alimentación, higiene y confort, fomentando la convivencia y propiciando espacios para el ocio y tiempo libre.

A finales de 2012, el número de plazas en residencias en España era de unas 350.000 plazas repartidas en 5.490 centros. La media de plazas por centro es de unos 63

residentes, pero hay grandes variaciones en la ocupación. El porcentaje sobre la población total del país es de un 4,1% que no está muy lejos de la recomendación de la OMS del 5%. El problema es que la distribución por Comunidades Autónomas es muy variada, pues mientras en Castilla y León es del 7%, en Murcia es del 2,2% y en Ceuta del 1,8%. (Esteban y Rodríguez, 2015)

A partir del informe realizado por el IMSERSO (2010) sobre las personas mayores en España, de las 5.490 residencias de la tercera edad existentes en nuestro país, 4.100 son privadas con un total de 270.000 plazas ofertadas de las que 72.000, son públicas.

La existencia de las instituciones residenciales se remonta años atrás y aunque no vamos a tratar extensamente cómo y por qué comenzaron, es importante dar a conocer el origen y la evolución que han tenido a lo largo de la historia.

Las comunidades religiosas dieron inicio a estos centros como una manera de ayudar al necesitado, dar cobijo y brindarles alimentos a los más hambrientos, dotando de un techo a los desamparados. Las situaciones que vivían estos individuos les garantizaba una plaza en la institución. En un principio se trataba de edificaciones en casas que no fueron concebidas inicialmente con esa modalidad de servicio, donde ingresaban mujeres y hombres con una marcada heterogeneidad en la edad, además de unas condiciones en relación con la salud física y mental bastante diferentes. (Luna, 1995)

El término “asilos” fue el primero que identificó a estas instituciones de carácter cerrado y marcado por un sistema de internado, lo que conllevaba a la ruptura brusca entre la familia y el individuo institucionalizado. La comunidad religiosa era la encargada de establecer las normas de funcionamiento, los criterios de admisión, las normas de convivencia, distribución de espacios, y suministro para los internos; además asignaba una serie de tareas en las que el personal de la casa debía participar. (Luna, 1995)

A partir de las ayudas de benefactores y del Estado para su subsistencia, el gobierno benefició a estas instituciones en materia de pago de impuestos, ofreciéndoles aportes económicos en reciprocidad por el beneficio social que estas brindaban a la sociedad. No debemos olvidar con la finalidad con la que fueron creados estos centros, pero tampoco que en relación con el crecimiento de demanda que tuvieron comenzaron

una serie de problemas, entre los que se deben señalar: la carencia de plazas frente a la demanda y el no ser instituciones construidas con una planificación para el destino que iban a tener, lo que conllevó a que se convirtieran con el paso del tiempo en un problema para la cotidianidad de sus residentes. (Luna, 1995)

Sin embargo, quizá la mayor dificultad a la que hubo que hacer frente fue la escasa formación con la que contaban las personas que trabajaban en estas residencias, ya que no contaban con los conocimientos, las habilidades, ni el entrenamiento en el cuidado y trabajo con los ancianos. Esto conllevó a que la atención recibida por parte de la persona mayor no fuera calificada e integral, llegando incluso a recibir malos tratos. (Luna, 1995)

Con el paso del tiempo se les identifica a estos asilos con otros nombres tales como: Ancianatos, Hogares Geriátricos, Hogares para personas de Tercera edad, Casas para Ancianos. (Barenys, 1992 citado por Guerra, 2017)

Es en la década de los ochenta, cuando aparecen centros residenciales con modelos de atención orientados en exclusividad a las personas mayores, con carácter paternalista y hostelero. Aparece también la regulación de este tipo de servicios sociales por la Administración Pública. (Barenys, 1992 citado por Guerra, 2017)

El domicilio, para las personas mayores, es el lugar más adecuado para vivir, no obstante, las instituciones residenciales son un recurso social indispensable en algunos casos. Las residencias ofrecen una asistencia sociosanitaria que cuentan con profesionales como lo son los médicos, DUE, psicólogos y psicólogas, trabajadores y trabajadoras sociales, terapeutas ocupacionales, podólogos y podólogas, etc. (Nieto, s.f)

Cada vez se hace más habitual que una persona mayor ingrese a una residencia. La nueva visión hacia la tercera edad ha traído consigo la creación de nuevas residencias y la transformación de los asilos tradicionales, hecho que comenzó a generalizarse a partir de la transición democrática. En la actualidad los centros residenciales cuentan con una variedad de servicios que los hacen ser espacios más cómodos y donde las personas mayores cuentan con una atención integral. Entre estos servicios podemos destacar las salas de TV, las cafeterías, los salones de actos, zonas ajardinadas, enfermería, etc. (Nieto, s.f)

Se parte de la idea de que los centros residenciales son una elección positiva debido a que es uno de los servicios que ofrece una atención integral a la persona mayor, sin embargo, según estudios realizados, en muchas ocasiones se afirma que el centro residencial es el último recurso y que es utilizado cuando no queda otra opción. Esto es una forma de dar una visión negativa sobre este tipo de recursos y que puede influir a la hora de tomar la decisión. (Leturia, 1999)

Como es lógico muchas de estas personas mayores defienden la idea de seguir desarrollando sus vidas en su hogar habitual y rodeado de sus familiares, pero hay una gran homogeneidad en las características de los individuos que solicitan ingreso en instituciones residenciales, además estas son similares a la de las personas que ya residen en ellas. Estos ingresos se ven motivados por la necesidad de cuidados que no son o no pueden ser cubiertos desde su hogar, además del deterioro funcional, mental y/o físico que debe ser tratado por un equipo capacitado para evitar el empeoramiento y que esto influya de manera significativa en la última etapa de sus vidas. (Nieto, s.f)

El ingreso en una institución puede producir un fuerte impacto en la vida de las personas mayores, debido a los cambios que se originan. Estos individuos dejan atrás el medio cotidiano al que estaban acostumbrados, y se ven inmersos en un nuevo espacio donde tendrán que convivir con otras personas, adaptarse a nuevos horarios prefijados por el centro (comidas, actividades, salidas, etc.), y a compartir los diferentes servicios comunes, siendo obligados de alguna manera a relacionarse con miembros que hasta ese momento eran desconocidos. Es importante mencionar que el hecho de toparse con personas con un alto deterioro psíquico y/o físico les podrá suponer un gran impacto emocional. (Nieto, s.f)

Según los datos proporcionados por el IMSERSO, en su informe “Las Personas Mayores en España” (2008), el 1,2% de los mayores de 65 años viven en residencias geriátricas. Esto supone que casi 90 mil personas en la población de 2007 han dejado su domicilio habitual para vivir de forma permanente en una institución de atención y cuidados. Esta cifra no ha parado de crecer en estos últimos años. El informe “Las Personas Mayores en España” (2014), ofrece como dato que el 3% de los mayores de 65 años viven en residencia. La cifra asciende a 236.105 mayores.

## 1.7. PERFIL DE LAS PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS EN UNA RESIDENCIA

A pesar de no contar con mucha información estadística, existen estudios que reflejan el perfil de las personas mayores institucionalizadas en España. Una característica que se señala como una de las más importantes, es la edad (Ayuzo, Pozo y Escribano, 2010 citado por Elizari, 2018), la mayoría de los residentes tienen 80 años. Esto se justifica porque a esa edad estas personas tienen más probabilidad de presentar una discapacidad y además por el deseo de retrasar el proceso de internalización el mayor tiempo posible (Blanco, Dobal, López, Andrade y Díaz, 2016 citado por Elizari, 2018)

La segunda variable relevante en los estudios es el sexo, puesto que hay más mujeres que hombres que ingresan en centros residenciales. Ellas suponen entre el 61% y el 75% del total de los residentes del servicio residencial. Esta situación también ocurre en otros países avanzados y es explicada por la mayor supervivencia de mujeres frente a los hombres. (Blanco et al., 2016 citado por Elizari, 2018)

El estado de salud de las personas mayores institucionalizadas es poco conocido a nivel nacional debido a que no se realizan análisis y resulta difícil encontrar información representativa (Damián, Valderrama-Gama, Rodríguez y Martín-Moreno, 2004 citado por Elizari, 2018). Es por esto por lo que existe un desconocimiento de las enfermedades que más sufren los residentes.

También estas personas se caracterizan por sufrir demencia, hipertensión, depresión, trastornos de ansiedad, además de dolores osteoarticulares como lo es la artrosis (INE, 2008).

A partir de los estudios realizados por el EUROSTAT en el año 2001, 5,1% de las mujeres y un 3,2% de los hombres mayores de 85 años se encontraban ingresados en las residencias españolas. En cuanto a las personas con edades comprendidas entre los 75 y 84 años, un 1,8% de las mujeres y un 1,1% de los hombres estaban ingresados en residencias. De entre la población de 65 a 74 años, un 0,5% de las mujeres y un 0,4% de los hombres se encuentran en las residencias españolas. (Esteban y Rodríguez, 2015)

La longevidad femenina se refleja también en la distribución por sexo de la población en las residencias de nuestro país ya que un 7,4% de los residentes son mujeres frente a un 4,7 % que son hombres. (Esteban y Rodríguez, 2015)

En general podemos observar que entre la población de 65 a 75 años el 0,9% residía en residencias y que un 2,9% de entre la población de entre 75 y 84 años y un 8,3% de más de 85 años también lo hacía. (Esteban y Rodríguez, 2015)

A modo de conclusión se puede afirmar que el perfil de la persona que ingresa en un centro residencial se caracteriza por tener una edad avanzada, alrededor de los 80 años, mujer, que padece una o varias enfermedades crónicas, siendo más relevantes las neurodegenerativas, que precisan de un adecuado tratamiento farmacológico y ayuda para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. (Elizari, 2018)

## **2. OBJETIVOS**

A continuación se expondrán el objetivo general y cinco específicos, que nos propusimos para realizar esta investigación.

### **2.1. OBJETIVO GENERAL**

- Identificar los principales cambios que se producen en las personas mayores al pasar de su domicilio habitual a una institución residencial.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conocer si han ocurrido cambios en las redes de apoyo social y familiar de la persona mayor después de su ingreso en la residencia.
- Averiguar si se han producido cambios en la salud de la persona mayor posterior a su entrada en la residencia.
- Saber si su capacidad funcional ha empeorado o ha mejorado después de efectuarse el cambio de domicilio a la institución residencial.
- Descubrir los cambios que se han ocasionado en sus actividades de ocio y tiempo libre una vez haya entrado en la residencia.

- Conocer si ha sufrido cambios el estado emocional de la persona mayor en relación con su situación previa al ingreso.

### **3. MÉTODOS**

A continuación se expondrán los métodos y técnicas que se utilizarán durante el proceso de investigación.

#### **3.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES**

El proyecto presenta como objetivo principal el describir la realidad del colectivo de personas mayores, cuando ingresan en un centro residencial produciéndose una serie de cambios a nivel social, físico y emocional.

Además, se han utilizado técnicas cualitativas debido a que los datos obtenidos se han adquirido por medio de fuentes y datos primarios, donde se llevará a cabo un proceso de análisis tras extraer la información. La herramienta principal utilizada ha sido una entrevista semiestructurada.

#### **3.2. HIPÓTESIS**

En esta parte del proyecto, podemos observar las distintas hipótesis planteadas a partir de los objetivos propuestos en el apartado anterior.

Las hipótesis propuestas son las siguientes:

- La mayor parte de las personas mayores mantienen buena relación con sus familiares tanto en su propio hogar como en las residencias.
- La salud en las personas mayores se puede ver deteriorada al ingresar en un centro residencial.
- Las personas mayores empeoran su autonomía para realizar las actividades básicas de la vida diaria después de ingresar a la residencia.
- El ocio y tiempo libre es fundamental para el bienestar de la persona mayores las cuales se llevarán a cabo más actividades de ocio dentro de los centros residenciales que en sus propios hogares.
- La soledad puede afectar a la persona mayor del mismo modo en el hogar que en el centro residencial.

### 3.3. VARIABLES

En este apartado se señalan las variables de esta investigación, en este caso las hemos dividido en dos grupos distintos: las variables sociodemográficas y las variables específicas del estudio.

- Variables sociodemográficas:

Sexo

Edad

Estado Civil

Profesión

Duración de estancia en el centro

Motivos del ingreso

- Variables específicas del estudio:

Se llevará a cabo el estudio de estas variables antes y después de ingreso en la residencia:

Situación de convivencia familiar.

Relaciones sociales

Datos de salud

Situación de dependencia

Tiempo libre y ocio

Situación emocional

### 3.4. POBLACIÓN Y PERIODO TEMPORAL

Para llevar a cabo esta investigación se ha tomado como población a las personas mayores que residen en las instituciones residenciales: Residencia Isaba Casa de Mayores, Residencia Hogar Virgen Poderosa y Hogar Residencia Virgen de Candelaria, que se encuentran ubicadas en los municipios de San Cristóbal de La Laguna y Santa Cruz, respectivamente. El periodo temporal de dicha investigación comprendió los meses de abril, mayo y junio de 2019.

En los meses de marzo y abril lo primero que hicimos fue formular las bases de nuestro proyecto, luego en abril y mayo lo dedicamos para ejecutar el trabajo de campo y hacer el análisis y discusión de datos, durante el mes de mayo se obtuvieron los resultados y por último en los meses de mayo y junio se elaboró el informe final.

### 3.5. TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS

La recogida de datos se realizó mediante una entrevista semiestructurada (Anexo 1) confeccionada con el fin de cumplir con los objetivos de nuestra investigación.

### 3.6. TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS

La última etapa de la investigación ha sido la de análisis de datos y confección de resultados. Se utilizó el programa estadístico SPSS, donde se manejaron las variables propuestas. Este programa informático nos facilitó el vaciado de datos, su análisis y la representación de los mismos.

## 4. RESULTADOS

A continuación, se exponen las tablas donde se representan los datos obtenidos en base a las características generales que conforman al perfil de las personas mayores institucionalizadas.

**Tabla 1: Personas mayores entrevistadas según la edad.**

Edad	Frecuencia	%
Menos de 70	1	3,3
70-80 años	8	26,7
81-85 años	9	30,0
86-90 años	7	23,3
Más de 90 años	5	16,7
Total	30	100

Del total de las personas mayores que han participado en esta investigación, el 3,3% tiene menos de 70 años, frente a un 30,0% que tiene entre 81-85 años, en general los participantes tienen entre 81 y más de 90 años (70%).

**Tabla 2: Personas mayores entrevistadas según el sexo.**

Sexo	Frecuencia	%
Hombre	2	6,7
Mujer	28	93,3
Total	30	100

La mayoría de las personas mayores encuestadas son mujeres con un 93,3 % frente a un 6,7 % de hombres.

**Tabla 3: Personas mayores entrevistadas según el estado civil y el sexo.**

Estado Civil	Mujeres		Hombres		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Casado/a	2	7,1	0	0,0	2	6,7
Divorciado/soltero	4	14,2	0	0,0	4	13,3
Viudo/a	22	78,5	2	100	24	80,0
Total	28	100	2	100	30	100

Del total de participantes entrevistados creemos importante destacar que solo dos de ellos, pertenecen al sexo masculino y que ambos son viudos (100%). De las mujeres entrevistadas un 78,5% son viudas.

**Tabla 4: Personas mayores entrevistadas según la profesión.**

Profesión	Frecuencia	%
Agricultura	4	13,3
Trabajos cualificados	9	30,0
Labores domésticas	14	46,7
Comerciantes	1	3,3
Otras profesiones	2	6,7
Total	30	100

En cuanto a las profesiones que desenvolvían los/las participantes, la mayoría realizaban trabajos en el hogar, es decir, labores domésticas (46,7%), seguidos por aquellos/as que realizaban trabajos cualificados como por ejemplo profesores/as, administrativos/as, entre otras, con un 30,0%. El resto del porcentaje está repartido por los/las participantes que se dedicaban a la agricultura (13,3%), un 6,7% de quienes desarrollaban otras profesiones como son modista o profesor de autoescuela y por último un 3,3% que corresponde a la única persona que respondió haber sido comerciante. Como mencionamos anteriormente la mayoría de las personas mayores son mujeres por lo que se ve reflejado en el 46,7% que realiza esas labores domésticas.

**Tabla 5: Personas mayores según su duración de estancia en el centro.**

<b>Duración de estancia en el centro</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Menos de 6 meses	6	20,0
6 meses- 1 año	6	20,0
1 a 5 años	15	50,0
Más de 5 años	3	10,0
Total	30	100

Con respecto al tiempo que llevan ingresados/as las personas mayores entrevistadas de los distintos centros, nos encontramos con una minoría donde el 20,0% llevan menos de 6 meses. Podemos afirmar así que la mayoría de las personas entrevistadas/as (60%) llevan ingresados/as en el centro entre 1 año y más de 5.

**Tabla 6: Personas mayores entrevistadas según el motivo del ingreso al centro residencial.**

<b>Motivos del ingreso</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Soledad	13	43,3
Necesidad de atención las 24 horas del día	17	56,7
Total	30	100

Podemos observar que del total de participantes entrevistados un 56,7 % afirma que por diferentes problemas necesitan de la ayuda de una tercera persona para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, hecho que les imposibilita vivir solas/os en su domicilio. Por otro lado, tenemos un 43,3 % que ingresaron a la residencia porque se sentían solos, gran parte de ellos mientras se le realizaba la entrevista comentaron que su cónyuge había fallecido y/o sus hijos/as vivían en domicilios diferentes.

**Tabla 7: Personas mayores según la voluntariedad del ingreso.**

<b>Voluntariedad del ingreso</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Si	24	80,0
No	6	20,0
Total	30	100

De acuerdo con las entrevistas realizadas tan solo el 20,0% de los entrevistado asegura que su ingreso no fue del todo voluntario frente al 80,0% que asegura que su ingreso si fue voluntario. Creemos que la voluntariedad del ingreso está relacionada porque la mayoría de las personas mayores necesitan de atención las 24 horas del día para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

**Tabla 8: Personas mayores entrevistadas según la relación que mantenían y mantienen con sus familiares. Situación previa y posterior al ingreso.**

<b>Tipo de relación que mantenía/mantiene con sus familiares</b>				
<b>Tipología</b>	<b>Previa al ingreso</b>		<b>Posterior al ingreso</b>	
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Buena	25	83,3	25	83,3
Regular	5	16,7	5	16,7
Mala	0	0,0	0	0
Total	30	30	30	100

Según la relación que mantenían los participantes con sus familiares previa al ingreso un 83,3% afirma que era buena frente a un 16,7% que dijo que era regular. Una vez ingresaron al centro, podemos observar que aquellos que tenían una buena relación con su familia, la mantienen (83,3%). De igual forma ocurre con los/las participantes que indicaron que sus relaciones familiares eran regulares (16,7 %). Del total de personas mayores que participaron ninguna mantenía una mala relación con su familia, ni previa ni posterior al ingreso.

**Tabla 9: Personas mayores entrevistadas según si tienen / tenían o no amigos/as. Situación previa y posterior al ingreso.**

<b>¿Tenía/tiene usted amigos/as?</b>				
	<b>Previa al ingreso</b>		<b>Posterior al ingreso</b>	
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Si	23	76,7	28	93,3
No	7	23,3	2	6,7
Total	30	100	30	100

En cuanto a las amistades que poseían y/o poseen las personas mayores entrevistadas, antes de ingresar al centro residencial un 76,7% afirmó que, si tenían amigos/as, frente a un porcentaje de 23,3% que dijo que no. En la situación posterior al ingreso, aumentó la cantidad de participantes que afirmaron tener amigos/as (93,3%), mientras que un 6,7%

dijo que no. En términos generales de las personas mayores entrevistadas la mayoría si tenía y tiene en la actualidad relación con sus amigos/as.

**Tabla 10: Personas mayores entrevistadas según la relación que mantenían / mantienen con sus amigos/as. Situación previa y posterior al ingreso.**

<b>Relación con los amigos/as</b>				
<b>Tipología</b>	<b>Previa al ingreso</b>		<b>Posterior al ingreso</b>	
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Buena	23	100	28	100
Regular	0	0	0	0
Mala	0	0	0	0
Total	23	100	28	100

En esta tabla se ve representada el tipo de relación que tenían / tienen con sus amigos/as aquellos participantes que contestaron afirmativamente a la pregunta: ¿Tenía/tiene usted amigos/as? En la situación previa al ingreso todos los que contestaron que si tenían amigos/as recalcan mantener una buena relación (100%) con ellos/as y posterior al ingreso, ocurre lo mismo, todos afirman tener una buena relación con sus amistades (100%).

**Tabla 11: Personas mayores entrevistadas según si padecía/padece alguna enfermedad. Situación previa y posterior al ingreso.**

<b>¿Padecía/padece alguna enfermedad?</b>				
	<b>Previa al ingreso</b>		<b>Posterior al ingreso</b>	
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Si	27	90,0	26	86,7
No	3	10,0	4	13,3
Total	30	100	30	100

En relación con el padecimiento de enfermedades de las personas mayores entrevistadas, en su situación previa al ingreso un 90 % afirmó padecer alguna patología, frente a un 10% que dijo que no. En cuanto a su situación después del ingreso el 86,7% afirmó seguir sufriendo de alguna enfermedad y un 13,3% no, es decir una vez ingresaron a la residencia un 3,3% de las personas mayores mejoró su estado de salud y no padece ninguna enfermedad. De aquellos participantes que afirmaron sufrir alguna

enfermedad, las más repetidas fueron HTA, diabetes, enfermedades respiratorias y problemas de movilidad.

**Tabla 12: Personas mayores entrevistadas según como percibía/percibe su estado de salud. Situación previa y posterior al ingreso.**

<b>¿Cómo percibía/percibe su estado de salud?</b>				
<b>Tipología</b>	<b>Previa al ingreso</b>		<b>Posterior al ingreso</b>	
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Buena	19	63,3	14	46,7
Regular	11	36,7	16	53,3
Mala	0	0,0	0	0,0
Total	30	100	30	100

Antes de ingresar al centro residencial un 63,3 % de los participantes entrevistados percibía su salud como buena, frente a un 36,7 % que consideraba que era regular. Una vez ingresan al centro, existe una pequeña variación con relación a los datos anteriores, ya que en este caso un 46,7 % percibe que su salud es buena y un 53,3 % regular. Queremos apuntar que nos llamó la atención que ninguna de las personas mayores participantes percibía su salud como mala ni previa ni posterior al ingreso.

**Tabla 13: Personas mayores entrevistadas según el Índice de Katz. Situación previa y posterior al ingreso.**

<b>Índice de Katz</b>				
	<b>Previa al ingreso</b>		<b>Posterior al ingreso</b>	
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
A	28	93,3	7	23,3
B	1	3,3	7	23,3
C	1	3,3	7	23,3
D	0	0	4	13,3
E	0	0	2	6,7
F	0	0	2	6,67
G	0	0	1	3,33
Total	30	1	30	1

**A: Independiente en todas las actividades.**

**B: Independiente en todas las actividades salvo una.**

**C: Independiente en todas las actividades, excepto bañarse y otra función adicional.**

**D: Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.**

**E: Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional.**

**F: Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional.**

**G: Dependiente en las seis funciones.**

Con respecto al Índice de Katz se debe comentar, que antes de ingresar en las respectivas residencias el 93,3% era totalmente independiente, sin embargo tras el ingreso este porcentaje disminuyó a un 23,3%.

Por otro lado, un 3,3% de los entrevistados era independiente en todas las actividades salvo en una, antes de ingresar en las residencias, este porcentaje aumentó al ingresar ocupando el 23,3%

El 3,3 % antes de ingresar era independiente en todas las actividades, excepto bañarse y otras funciones adicionales, esto aumentó tras el ingreso en un 23,3%

Antes del ingreso en las residencias no existía ninguna persona que fuera independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse y otras funciones. Al contrario, al ingresar en las residencias el porcentaje aumenta en una 13,3.

Por otro lado, antes del ingreso en la residencia no existía ninguna persona que fuera independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, hacer uso del retrete y otras funciones adicionales, esto cambia tras el ingreso en residencia donde el porcentaje es de un 6,7.

Lo mismo ocurre con respecto a ser independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, hacer uso del retrete, movilidad y otras funciones, donde previo al ingreso no había ninguna persona con estas necesidades y tras llegar a la residencia el porcentaje es de 6,6.

Por último, antes del ingreso en la residencia no hay ninguna persona que fuese dependiente de las seis funciones, esto cambia al ingresar en la residencia donde el porcentaje es de un 3,33.

**Tabla 14: Personas mayores entrevistadas según si realizaban/realizan alguna actividad de ocio y tiempo libre. Situación previa y posterior al ingreso.**

<b>¿Realizaba/realiza alguna actividad de ocio y tiempo libre?</b>				
	<b>Previa al ingreso</b>		<b>Posterior al ingreso</b>	
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Si	27	90,0	27	90,0
No	3	10,0	3	10,0
Total	30	100	30	100

En cuanto a las actividades de ocio y tiempo libre, antes de ingresar al centro residencial un 90 % de las personas mayores entrevistadas afirmaron que si hacían algún tipo de actividad, mientras que un 10 % que no. Una vez ingresaron en el centro, nuevamente, un 90 % si realizan actividades de ocio y tiempo libre frente a un 10 % que no.

**Tabla 15: Personas mayores entrevistadas según la frecuencia con la que realizan/realizaban las actividades. Situación previa y posterior al ingreso.**

<b>Frecuencia con la que se realizan/realizaban las actividades</b>				
	<b>Previa al ingreso</b>		<b>Posterior al ingreso</b>	
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Diariamente	18	66,7	19	73,1
Semanalmente	3	11,1	0	0,0
Ocasionalmente	6	22,2	7	26,9,
Total	27	100	26	100

En relación con la frecuencia de la ejecución de actividades de ocio hay que señalar, que un 66,7% del total de entrevistados/as realizaban actividades antes de ingresar en los centros diariamente, esto, aumentó a un 73,1% en los que al ingresar en el centro llevan a cabo las actividades diariamente. Un 11,1% realizaban las actividades semanalmente antes de entrar en el centro y por último el 22,2% realizaba actividades ocasionalmente antes de ingresar en el centro frente al 26,9% que realizan actividades ocasionalmente en el centro. Destaca que la mayoría de las personas mayores dedicaban y dedican su tiempo libre a la realización de diversas actividades.

**Tabla 16: Personas mayores entrevistadas según si le gustaban/gusta las actividades de ocio y tiempo libre que realizaban/realizan. Situación previa y posterior al ingreso.**

<b>¿Le gustaban/gustan las actividades de ocio y tiempo libre que realizaba/realiza?</b>				
	<b>Previa al ingreso</b>		<b>Posterior al ingreso</b>	
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Si	27	100	26	86,7
No	0	0,0	4	13,3
Total	27	100	30	100

De aquellas personas que contestaron que si a la pregunta: ¿Realizaba/realiza alguna actividad de ocio y tiempo libre?, afirmaron que antes de entrar a la residencia si le gustaban esa o esas actividades (100%). Una vez estas personas mayores ingresan al centro un 86,7 % expresa que si le gustan las actividades que realizan, mientras que un 13,3 % le disgustan dichas actividades. Es importante destacar que al total de los/las participantes al 100% le gustaban las actividades que realizaban antes de ingresar al centro. Una vez entran ese porcentaje disminuye, esto se puede deber a la oferta de actividades que se realizan en los centros residenciales y que esta puede no ser del gusto de todos/as.

**Tabla 17: Personas mayores según si se consideraba/considera una persona feliz. Situación previa y posterior al ingreso.**

<b>¿Se consideraba/considera una persona feliz?</b>				
	<b>Previa al ingreso</b>		<b>Posterior al ingreso</b>	
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Si	22	73,3	23	76,7
No	8	26,7	7	23,3
Total	30	100	30	100

Con respecto al sentimiento de felicidad, el 73,3% del total entrevistado opina que antes de ingresar en el centro eran felices aumentando este porcentaje a un 76,7% donde las personas entrevistadas opinan que al ingresar en estos centros residenciales se sienten felices. Por otro lado, el 26,7% considera que antes de ingresar en el centro no se consideraba una persona feliz, y el 23,3% considera que no se sienten felices tras ingresar en estos centros. Destacamos que las/los personas al ingresar en la residencia se

sienten más felices, esto puede ser debido a que ya no se sienten solas/os, que aumentan su red de amigos/as, entre otros.

**Tabla 18: Personas mayores entrevistadas según si se sentía/siente solo/a. situación previa y posterior al ingreso.**

<b>¿Se sentía/siente solo/a?</b>				
	<b>Previa al ingreso</b>		<b>Posterior al ingreso</b>	
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Si	14	46,7	10	33,3
No	16	53,3	20	66,7
Total	30	100	30	100

Del total de participantes entrevistados, en cuanto si sentían solos/as antes de ingresar a la residencia un 46, 7 % respondió que sí, mientras que un 53, 3 % que no. En la situación posterior al ingreso se ve claramente un cambio, ya que, un 66, 7 % afirma que no se siente solo/a estando en el centro residencial frente a un 33, 3 % que sí. La soledad de estos/as participantes disminuye un 13,4% al entrar al centro residencial ya que se sienten acompañados por los/las profesionales, otros/as residentes y visitas de familiares y amigos/as.

**Tabla 19: Persona mayor según si se sentía/siente deprimido. Situación previa y posterior al ingreso.**

<b>¿Se sentía/siente deprimido/a?</b>				
	<b>Previa al ingreso</b>		<b>Posterior al ingreso</b>	
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Si	10	33, 3	5	16,7
No	20	66,7	25	83,3
Total	30	100	30	100

Con respecto al sentimiento de estar deprimido, el 33,3% de las personas entrevistadas consideraban que en algún momento se sentían deprimidos antes de ingresar en el centro y el 16,7% afirma sentirse deprimido en algún momento tras el ingreso en el centro residencial.

Por otro lado, el 66,7% no se sintió deprimido antes de ingresar en el centro y el 83,3% no se siente deprimido tras finalmente entrar en la residencia. La mayoría de las personas entrevistadas se han sentido deprimido/as al vivir en sus domicilios ya sea por

muerte del cónyuge o porque sus hijo/as han sufrido una muerte temprana o han decidido independizarse con su propia familia.

## **5. DISCUSIÓN**

Haciendo referencia a los datos obtenidos tras la realización de las entrevistas semiestructuradas en los centros residenciales para personas mayores elegidos, podemos afirmar que el perfil de la persona mayor institucionalizada es el siguiente: una mujer (93,3%), que tiene entre 81 y 85 años (30%), de estado civil generalmente viuda (80%), cuya profesión desenvuelta antes de su ingreso era el de ama de casa (46,7%), con una duración de estancia en su respectivo centro de 1 a 5 años (50%), donde el motivo principal del ingreso es la necesidad de atención por parte de una tercera persona para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (56,7%) y que se caracteriza por ser una decisión tomada por la propia persona (80%). La edad se señala como una de las características más importantes que describen el perfil de la persona mayor en las residencias, los autores, Ayuzo, Pozo y Escribano (2010) afirman que la mayoría de las personas que residen en los centros tienen 80 años. Con respecto al sexo, Blanco y otros, (2016) confirman que existen más mujeres ingresadas en las residencias, ya que, hay una mayor supervivencia por el sexo femenino frente al masculino. También es importante comentar que la mayoría de estas personas mayores necesitan atención las 24 horas del día para la realización de las actividades básicas por lo que es un motivo relevante para el ingreso en el centro residencial. (Elizari, 2018). Por lo tanto, vemos una concordancia entre los datos recogidos en las entrevistas semiestructuradas y las investigaciones realizadas por los distintos autores consultados.

Con respecto a las relaciones familiares que mantienen las personas mayores entrevistadas, antes del ingreso, la mayoría la calificó como buena (83,3%), la cual se sigue manteniendo tras su incorporación a la residencia (83,3%). Sin embargo, las relaciones familiares que en la situación previa al ingreso eran regulares (16,7%), no han mejorado (16,7%). Tal y como afirma, Leturia (1999), las relaciones familiares no se ven deterioradas cuando la persona mayor es ingresada en un centro, pero sin embargo este autor también menciona que existe una mejoría en estas relaciones una vez la persona mayor es internada en el centro, afirmación que no concuerda con los

resultados obtenidos, ya que aquellas relaciones que antes eran regulares, posteriormente lo siguen siendo.

En cuanto a las relaciones sociales, observamos que posterior al ingreso las personas mayores tienen más amigos/as 93,3%, respecto al 76,7% de personas mayores que los tenían antes de ingresar a la residencia, es decir, sus relaciones sociales aumentaron una vez se efectuó el ingreso al centro residencial. Molina, Meléndez y Navarro (2008) afirmaron que tras un estudio las personas mayores institucionalizadas le dan gran importancia a las relaciones sociales, pero sin embargo comentan que es ahí donde estas se ven deterioradas. Otro autor, como es Rodríguez (2000), manifestó que las relaciones sociales son de gran importancia pero que con el paso de los años se hace más costoso hacer nuevas amistades. Respecto a lo expuesto anteriormente, no concuerda con nuestra investigación debido a que tras realizar las entrevistas comprobamos como la persona mayor institucionalizada incrementa su número de amigos/as, relaciones sociales que se originan con los otros residentes.

Abellán, Ayala, Pérez y Pujol (2018) tras unas entrevistas realizadas afirman que el 44,1% de las personas mayores consideran que su estado de salud es buena, datos que coinciden con los resultados de nuestra investigación ya que de las personas mayores entrevistadas, el 63,3 % percibe su estado de salud como buena antes de ingresar a la residencia. No obstante, una vez, dichos individuos son ingresados en el centro se produce una diferencia respecto a su estado de salud autopercebida, ya que un 53,3% lo considera regular frente a un 46,7% que la percibe como buena. Del total de personas mayores entrevistadas, en su situación previa al ingreso, un 90% afirmó padecer algún tipo de enfermedad, mientras que un 10% consideran no tener ninguna. Casi de la misma manera ocurre en la situación posterior al ingreso, ya que un 86,7% confirma padecer una o varias enfermedades, frente a un 13,3% que no. Con relación a lo mencionado anteriormente, Domínguez, (s.f.) sostiene que el envejecimiento provoca cambios en el organismo de la persona mayor, favoreciendo así la aparición de diferentes patologías y como se puede observar en las entrevistas realizadas la edad de estas personas se incrementa mientras se encuentran en el centro residencial, lo que influye en cómo perciben su estado de salud.

En cuanto al nivel de dependencia de los participantes entrevistados, en su situación previa al ingreso un 93,3% ratificaron ser totalmente independientes para realizar las actividades básicas de la vida diaria, porcentaje que disminuye tras el

ingreso en la respectiva residencia alcanzando solo el 23,3%. Estos resultados obtenidos se pueden corroborar con lo mencionado por Leturia (1999), quien afirmó que el nivel de dependencia de la persona mayor residente aumenta debido al bajo nivel de actividad que realiza, es decir, no ejecuta actividades diarias básicas como por ejemplo hacer la cama, cocinar, limpiar la habitación, etc., las cuales son controladas y llevadas a cabo por el equipo profesional del centro.

Martín (2003) manifiesta la gran mayoría de las personas mayores de lo que más disponen es de tiempo libre, por lo tanto, pueden realizar múltiples actividades de ocio según sus gustos personales. Dicha afirmación coincide con un apartado de nuestra investigación dedicado a la realización de actividades de ocio y tiempo libre. Los resultados exponen que previo al ingreso un 90% hace uso de su tiempo libre ejecutando alguna actividad, frente a un 10% que no. Por otro lado, posterior al ingreso un 90% sostiene que, si realiza alguna actividad, es decir, dentro del centro residencial donde se encuentra. El porqué de este porcentaje se puede contrastar con el autor Giró (2009) que manifiesta la participación de las personas mayores en los centros gracias a una serie de programas de animación, intervención, terapia ocupacional que van dirigidas a mejorar el bienestar y la calidad de vida de la persona mayor durante su estancia en la residencia.

También en la investigación preguntamos a los/las participantes si las actividades de ocio que se realizaban eran de su agrado. La gran mayoría (90%) respondió que sí, pero sin embargo un 10% lo negó. Este resultado se puede relacionar con la conclusión a la que llegó Giró (2009) cuando ratifica que no todas las actividades que se llevan a cabo en una residencia son del gusto de todas las personas mayores residentes.

Con relación al sentimiento de felicidad, las personas mayores tanto antes de ingresar (73,3%) en el centro, como después (76,7%) de ello la mayoría se consideran personas felices. Frente a ello tenemos un pequeño porcentaje de un 26,7% que no se consideraban felices en su situación posterior al ingreso, frente a un 23,3% que no. Por otro lado, el sentimiento de soledad se relaciona con la sensación de infelicidad, donde el 46,7% se sentían solos antes de ingresar, este porcentaje disminuye al ingresar en el centro (33,3%). Sin embargo, el 53,3% de los/las entrevistados afirman no haberse sentido solos/as previo a su ingreso mientras que un 66,7% también afirman no sentirse solos/as en estos centros residenciales. Rodríguez (2000) afirma que al llegar a la etapa

de la vejez la sensación de soledad y de infelicidad se ven afectadas de manera notoria, siendo la soledad uno de los problemas más destacados de las personas mayores. Con los datos obtenidos en la investigación realizada, discrepamos con el autor mencionado anteriormente, debido a que los datos demuestran lo contrario, es decir, un mayor porcentaje de personas mayores se sienten felices en esta etapa de la vida, además de no sentirse solos/as.

## **6. CONCLUSIONES**

A modo de conclusión y tras realizar esta investigación se ha detectado que se producen cambios en las personas mayores tras el ingreso en las residencias. Es importante puntualizar que dichos cambios son más notorios en unas áreas que en otras. Un ejemplo de esto son las relaciones familiares, las cuales se siguen manteniendo a pesar de que la persona mayor habite en un centro, además dichas relaciones son calificadas como buenas. Una de nuestras hipótesis planteadas al comienzo de la investigación fue que la mayor parte de las personas mayores mantienen buena relación con su familia tanto en su hogar como en la residencia y esto ha sido corroborado con los datos obtenidos. Por otro lado, las relaciones sociales se ven enriquecidas, ya que el círculo de amigos/as de estas personas aumenta una vez son ingresadas en el centro, debido a que comparten espacio, actividades, tiempo con los demás residentes.

Según los datos que se obtuvieron respecto al tema de la salud destacamos que la mayoría consideran su estado de salud como “buena”, a pesar de tener múltiples patologías. Este hecho ha llamado nuestra atención puesto que una de las hipótesis planteadas al comienzo de esta investigación fue que la salud se vería deteriorada una vez la persona mayor ingresara en la residencia.

Por otro lado, y tal como afirma otra hipótesis, la capacidad funcional de la persona mayor para realizar las actividades básicas de la vida diaria se ve afectada una vez entran al centro residencial. La mayoría se vuelven dependientes de una o varias funciones, necesitando la ayuda de terceras personas para vestirse, comer, bañarse, movilidad, etc.

Tras visitar las diferentes residencias, se comprueba que, respecto a las actividades de ocio y tiempo libre, una residencia destacaba por la ausencia de ellas, ya

que solo se realizaban los lunes y viernes. Sin embargo, las otras contaban con un equipo de animación, con la ayuda del/la terapeuta ocupacional, equipo de fisioterapia, entre otros, para que diariamente la persona mayor estuviera activa y mejorara sus condiciones de vida. La hipótesis planteada con respecto al ocio y tiempo libre fue que la mayoría de las personas mayores realizaría más actividades dentro del centro residencial, hecho que no se ve reflejado en los resultados obtenidos.

Con relación a la felicidad resulta llamativo que la mayoría de los/las participantes entrevistados afirmaran que lo son, debido a sus historias de vida demuestran como la mayoría se ha enfrentado a múltiples problemas como por ejemplo a la pérdida del cónyuge, pérdida de allegados, familiares, hijo/as, familias separadas por la distancia, como también situaciones económicas muy precarias a lo largo de su vida. En cuanto a la soledad, creemos que es un aspecto que afecta bastante a este colectivo, aunque las personas mayores aseguran no sentirse solos/as debido a que conviven con otros/as residentes además de contar con el apoyo del equipo profesional y como no de la visita de algunos familiares y amigos. Sin embargo, al comienzo de la investigación pensábamos que la soledad iba a afectar a la persona mayor del mismo modo tanto en la residencia como en su propio hogar.

Tras la investigación realizada hemos logrado averiguar los cambios que se producen en la capacidad funcional, las variaciones que ocurren respecto a las actividades de ocio, las alteraciones que se ocasionan en sus estados de ánimo. Los objetivos propuestos al comenzar nuestro trabajo han sido logrados satisfactoriamente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abellán, A., Ayala, A., Pérez, J., y Pujol, R. (2018). *Un perfil de las personas mayores en España. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 17, 34p.
- Albarado, A. M., y Salazar , A. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos* , 57-62.
- Acevedo, E., Alcará, N., Benito, J., Robert, B. y Navalón, C. (2014). Situación de nuestros mayores institucionalizados en residencias y necesidades para su integración social. *AZARBE. Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, 279 - 282.
- Bermejo, L. (2009). *Guía de Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia*. Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias.
- BOE 2019. Boletín Oficial del Estado, Ley de la Dependencia. Obtenido de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>
- Domínguez, C. (s.f) *Institucionalización de mayores: ingreso y adaptación desde la óptica de los familiares*. (Adaptación al Grado en Trabajo Social. Albacete. Universidad Internacional de La Rioja.
- Elizari, L. (2018). Ingresos de personas mayores en centros residenciales. *InDret. Revista para el análisis de derecho* , 1- 47.
- Espinosa, J. M. (2005). *Clasificación de las personas mayores: un visión dinámica*. Medicina de familia: Andalucía.
- Esteban, L., y Rodríguez, J. (2015). Situaciones de dependencia en personas mayores en las residencias de ancianos en España. *ENE. Revista de enfermería* .
- García, M. L. (2005). Ocio en las personas mayores . 17-27 .
- Giró, J. (2005). *Envejecimiento, salud y dependencia*. Logroño. Universidad de la Rioja.
- Giró, J. (2009 ). *Envejecimiento, tiempo libre y gestión de ocio* . Logroño. Universidad de la Rioja.

- González De Gago, J. (2010). Teorías de envejecimiento . *Tribuna del investigador* , 42-66.
- Guerra, F. (2017). *Experiencia de vida y satisfacción en ancianos institucionalizados: caracterización de una respuesta humana*. (Doctorado en Ciencias de la Salud). Universidad de Cádiz.
- Huenchuan, S. (2013). *Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe. La hora de avanzar hacia la igualdad*. . Santiago de Chile: Cepal.
- IMSERSO. (2008). *Las personas mayores en España* . Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- IMSERSO. (2010). *Las Personas Mayores. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas*. . Madrid : Instituto De Mayores y Servicios Sociales.
- INE. (2008). *Encuesta de discapacidad autonomía personal y situaciones de dependencia*.
- Josefina, C. (2009). La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación. *Revista de psicología da IMED* , 147-158.
- Jürschik, P., Botigué, T., Nuin, C., y Lavedán, A. (2013). Estado de ánimo caracterizado por soledad y tristeza: factores relacionados en personas mayores. *Gerokomos: Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*, 14-17.
- Leturia, F. J. (1999). El proceso de adaptación en centros residenciales para personas mayores. *Elsevier*, 59-122.
- Luna, L. (1995). La institucionalización del anciano símbolo de desarraigo y abandono familiar y social . *Avances en enfermería* , 22-25.
- Martín, M. (2003). *Trabajo Social en Gerontología*. Madrid : Síntesis .
- Martínez, I. M. (2011). *Libro Blanco del Envejecimiento Activo* . Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

- Miñano, L. (2001). *Necesidades y Acción Socioeducativa con las Personas Mayores, III Congreso Estatal del Educador Social y XV Congreso Mundial AIEJI*. Barcelona.
- Miralles, I. (2010). Vejez Productiva: El reconocimiento de las personas mayores como un recurso indispensable en la sociedad. *Kairós. Revista de temas sociales*, 1-14.
- Molero, M. d., y Pérez, M. (2011). Salud y calidad de vida en adultos mayores institucionalizados . *INFAD Revista de Psicología*, 249-258.
- Molero, M. d., Pérez, M., J, Gázquez, J., y Sclavo, E. (2011). Apoyo familiar en mayores institucionalizados . *Europea Journal Of Investigation in Health Psychology and Education* , 31-43.
- Nieto, C. (s.f.). Los mayores institucionalizados en residencias públicas. . *Sesenta y más* , 46-51.
- Poncel, A. (2001). Retos al trabajo social en la atención asistencial a mayores . 279-290 .
- Rodríguez, M. (2000). La soledad de las personas mayores . *Familia: Revista de ciencias y orientación familiar*, 57-68.
- Trigás, M., Ferreira, L., & Meijide, H. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano . *Galicla Clin* , 11-16.

**ANEXO 1:** Guión de entrevista semiestructurada para conocer los cambios sociales, físicos y emocionales que se producen en las personas mayores después de su ingreso en una institución residencial.

DATOS SOBRE EL CENTRO	
Nombre	
Dirección	
Teléfono	
Correo electrónico	
Número de plazas	
Servicios que ofrece	
Centro: Público/Privada	

**Datos personales:**

Edad:

Sexo:

Profesión:

Estado civil:            Casado /a            Divorciado/a            Soltero/a            Viudo/a

Duración de estancia en el centro:

Motivos del ingreso:

¿Su ingreso fue voluntario?:            SI            NO

**Situación previa al ingreso de la persona mayor**

**Relaciones sociales y familiares:**

¿Qué tipo de relación mantenía con sus familiares?:

Buena                            Regular                            Mala

¿Tenía usted amigos/as?            SI            NO

Describa brevemente como era su relación

Buena                            Regular                            Mala

**Datos de salud:**

¿Padecía usted alguna enfermedad?            SI            NO

¿Cómo percibe su estado de salud?

Buena                            Regular                            Mala

**Situación de dependencia:**

¿Usted requería de la ayuda de terceras personas para la realización de las actividades básicas de la vida diaria? Para hacer esta pregunta nos apoyamos en el Índice de Katz.

#### Índice de Katz

##### Índice de Katz de independencia en las actividades de la vida diaria

- A. Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse.
- B. Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.
- C. Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.
- D. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.
- E. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional.
- F. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional.
- G. Dependiente en las seis funciones.
- H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

Independiente significa sin supervisión, dirección o ayuda personal activa, con las excepciones que se indican más abajo. Se basan en el estado actual y no en la capacidad de hacerlas. Se considera que un paciente que se niega a realizar una función no hace esa función, aunque se le considere capaz.

##### Bañarse (con esponja, ducha o bañera):

Independiente: necesita ayuda para lavarse una sola parte (como la espalda o una extremidad incapacitada) o se baña completamente sin ayuda.

Dependiente: necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo, para salir o entrar en la bañera, o no se lava solo.

##### Vestirse:

Independiente: coge la ropa solo, se la pone, se pone adornos y abrigos y usa cremalleras (se excluye el atarse los zapatos).

Dependiente: no se viste solo o permanece vestido parcialmente.

##### Usar el retrete:

Independiente: accede al retrete, entra y sale de él, se limpia los órganos excretores y se arregla la ropa (puede usar o no soportes mecánicos).

Dependiente: usa orinal o cuña o precisa ayuda para acceder al retrete y utilizarlo.

##### Movilidad:

Independiente: entra y sale de la cama y se sienta y levanta de la silla solo (puede usar o no soportes mecánicos).

Dependiente: precisa de ayuda para utilizar la cama y/o la silla; no realiza uno o más desplazamientos.

Continencia:

Independiente: control completo de micción y defecación.

Dependiente: incontinencia urinaria o fecal parcial o total.

Alimentación:

Independiente: lleva la comida desde el plato o su equivalente a la boca (se excluyen cortar la carne y untar la mantequilla o similar).

Dependiente: precisa ayuda para la acción de alimentarse, o necesita de alimentación enteral o parenteral.

### **Tiempo libre y ocio:**

¿Realizaba alguna actividad de ocio y tiempo libre?

¿Con qué frecuencia?

¿Le gustaba las actividades de ocio y tiempo libre que realizaba?            SI        NO

### **Situación emocional:**

¿Usted se consideraba una persona feliz?            SI        NO

¿Usted se sentía solo/a?            SI        NO

¿Usted se sentía triste o deprimido/a? SI        NO

### **Situación posterior al ingreso de la persona mayor**

#### **Relaciones sociales y familiares:**

¿Qué tipo de relación mantiene con ellos/ellas?:

Buena            Regular            Mala

¿Tiene usted amigos/as?            SI        NO

Describa brevemente como es su relación

Buena            Regular            Mala

#### **Datos de salud:**

¿Padece usted alguna enfermedad?

¿Cómo percibe su estado de salud?

Buena            Regular            Mala

#### **Situación de dependencia:**

¿Usted requiere de la ayuda de terceras personas para la realización de las actividades básicas de la vida diaria? Para hacer esta pregunta nos apoyamos en el Índice de Katz.

## Índice de Katz

### Índice de Katz de independencia en las actividades de la vida diaria

- A. Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse.
- B. Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.
- C. Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.
- D. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.
- E. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional.
- F. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional.
- G. Dependiente en las seis funciones.
- H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

Independiente significa sin supervisión, dirección o ayuda personal activa, con las excepciones que se indican más abajo. Se basan en el estado actual y no en la capacidad de hacerlas. Se considera que un paciente que se niega a realizar una función no hace esa función, aunque se le considere capaz.

#### Bañarse (con esponja, ducha o bañera):

Independiente: necesita ayuda para lavarse una sola parte (como la espalda o una extremidad incapacitada) o se baña completamente sin ayuda.

Dependiente: necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo, para salir o entrar en la bañera, o no se lava solo.

#### Vestirse:

Independiente: coge la ropa solo, se la pone, se pone adornos y abrigos y usa cremalleras (se excluye el atarse los zapatos).

Dependiente: no se viste solo o permanece vestido parcialmente.

#### Usar el retrete:

Independiente: accede al retrete, entra y sale de él, se limpia los órganos excretores y se arregla la ropa (puede usar o no soportes mecánicos).

Dependiente: usa orinal o cuña o precisa ayuda para acceder al retrete y utilizarlo.

#### Movilidad:

Independiente: entra y sale de la cama y se sienta y levanta de la silla solo (puede usar o no soportes mecánicos).

Dependiente: precisa de ayuda para utilizar la cama y/o la silla; no realiza uno o más desplazamientos.

Continencia:

Independiente: control completo de micción y defecación.

Dependiente: incontinencia urinaria o fecal parcial o total.

Alimentación:

Independiente: lleva la comida desde el plato o su equivalente a la boca (se excluyen cortar la carne y untar la mantequilla o similar).

Dependiente: precisa ayuda para la acción de alimentarse, o necesita de alimentación enteral o parenteral.

### Tiempo libre y ocio:

¿Realiza alguna actividad de ocio y tiempo libre en el centro? SI NO

¿Con qué frecuencia?

¿Le gusta las actividades de ocio y tiempo libre que realiza en el centro? SI NO

### Situación emocional:

¿Usted se considera una persona feliz? SI NO

¿Usted se siente solo/a? SI NO

¿Usted se siente triste o deprimido/a? SI NO

**ANEXO 2:** Información general de los centros residenciales donde se realizaron las entrevistas.

DATOS SOBRE EL CENTRO	
Nombre	Isaba Casa de Mayores
Dirección	C/ Andrés Orozco Batista
Teléfono	922 657 945
Correo electrónico	isabamayores@gmail.com
Número de plazas	27
Servicios que ofrece	Atención integral al residente
Centro: Público/Privada	Privado

DATOS SOBRE EL CENTRO	
Nombre	Hogar Virgen Poderosa
Dirección	C/ Nava y Grimón, 28
Teléfono	922 632 227
Correo electrónico	animacionhvp@hotmail.com
Número de plazas	29 + 1 de respiro familiar
Servicios que ofrece	Atención integral al residente
Centro: Público/Privada	Sin ánimo de lucro

DATOS SOBRE EL CENTRO	
Nombre	Hogar de Mayores Virgen de Candelaria
Dirección	Carretera Santa Cruz – Laguna, nº 74
Teléfono	922 643 939
Correo electrónico	hmvirgendecandelaria@gmail.com
Número de plazas	24
Servicios que ofrece	Atención integral
Centro: Público/Privada	Privada