



LA PERCEPCIÓN DE CONTROL EN **PERSONAS MAYORES** **INSTITUCIONALIZADAS**

TRABAJO DE FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS, SOCIALES Y DE LA
COMUNICACIÓN

Miriam Adassa Martín Gutiérrez

Tutora: Asunción Cívicos Juárez

2014/2015

Septiembre de 2015

ÍNDICE

Introducción	4
1. Marco conceptual y teórico	6
1.1 El envejecimiento de la población.....	6
1.2 Las instituciones.....	8
1.3 Las personas mayores institucionalizadas.....	10
1.4 La organización de las instituciones residenciales.....	11
1.5 El ingreso en instituciones residenciales.....	12
1.6 La percepción de control.....	13
1.7 El éxito en la vejez.....	16
1.8 El Trabajo Social en residencias de mayores.....	18
2. Finalidad y objetivos de la investigación	22
2.1 Finalidad.....	22
2.2 Objetivos.....	22
3. Metodología	23
3.1 Población y muestra.....	23
3.2 Procedimiento.....	24
3.3 Técnicas e instrumentos.....	24
4. Resultados	26
5. Análisis de datos y discusión	35
5.1 Datos sociodemográficos.....	35
5.2 Libertad percibida en relación al tiempo y los horarios.....	35
5.3 Libertad percibida en relación al espacio.....	36
5.4 Libertad percibida en relación a la participación.....	36
5.5 Libertad percibida en relación a la economía.....	37
5.6 Libertad percibida en el manejo de las relaciones.....	37
5.7 Libertad percibida en relación a las comidas.....	37
5.8 Satisfacción personal.....	38
6. Conclusiones y propuestas	39
7. Referencias bibliográficas	42
8. Anexos	44
8.1 Anexo 1.....	44

8.2 Anexo 2.....	46
8.3 Anexo 3.....	49

Índice de gráficas

4.1 Gráfica 1: Tiempo de ingreso en el centro.....	26
4.2 Gráfica 2: Motivos de ingreso en el centro.....	27
4.3 Gráfica 3: Voluntariedad en el ingreso.....	27
4.4 Gráfica 4: Percepción de control respecto a la participación.....	29
4.5 Gráfica 5: Percepción de control respecto a ingresos económicos.....	30
4.6 Gráfica 6: Percepción de control respecto a la intimidad de pareja.....	31
4.7 Gráfica 7: Percepción de control respecto a las relaciones sexuales.....	32
4.8 Gráfica 8: Satisfacción personal.....	33
4.9 Gráfica 9: Sentimientos personales.....	34
4.10 Gráfica 10: Preocupación sobre aspectos en la institución.....	34

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población constituye uno de los fenómenos que determinan la dinámica social en España, debido a diversos factores tales como: la disminución de la mortalidad, la natalidad, las migraciones, el aumento de la esperanza de vida, entre otros.

A lo largo de los años se ha producido un aumento considerable en la población mayor, sobre todo en la rama de edad de 80 años, que es donde se concentran la mayor parte de las situaciones de dependencia. Los cambios que se han dado en los modelos de familia, entre ellos, la incorporación de la mujer al mundo laboral, han conllevado que las familias ya no puedan hacerse cargo de las personas mayores, y por tanto necesiten apoyo externo para los cuidados de estos, aumentando así las demandas a las necesidades de cuidado.

La motivación de realizar el trabajo de fin de grado con el colectivo de mayores y sobre el tema de la percepción de control en personas mayores institucionalizadas surge tras realizar las prácticas, el primer año en el Centro de Atención a la Familia. En el campo de prácticas realice una investigación en instituciones residenciales para conocer el funcionamiento, los servicios, los horarios, su estructura de coordinación, etc. En muchas de estas instituciones pude observar que la mayoría del tiempo los mayores están prácticamente sin hacer nada, carecen de actividades de ocio o estas son mínimas, se deben cumplir una serie de normas y horarios, entre otras cosas y me pareció interesante conocer la percepción de control que estas personas tienen.

En cuanto a la estructura, el trabajo está dividido en ocho apartados. El primer apartado es el marco conceptual y teórico, en él, se menciona como ha influido el envejecimiento de la población en España, el crecimiento de la población a lo largo de los últimos años, los motivos por los que surgen las instituciones residenciales, cuáles son sus funciones, como se organizan, etc. También podemos encontrar, entre otras cosas, la percepción que tiene la sociedad respecto a este colectivo e información referente al concepto de percepción de control. En el siguiente apartado se refleja la finalidad y objetivos del trabajo. Posteriormente nos encontramos con la metodología llevada a cabo en la investigación, en ella se

hace referencia al tipo de investigación, su finalidad, la muestra de población, la técnica, el procedimiento e instrumentos utilizados en el estudio entre otras cosas. Luego se presentan los resultados e información obtenida en el estudio, y seguidamente se evalúa la información obtenida. En el siguiente apartado se identifican y explican las conclusiones a las que se llega, se proponen algunas sugerencias y se relaciona al Trabajo Social con la investigación. Por último encontramos las referencias bibliográficas elaboradas teniendo en cuenta las normas APA y los anexos correspondientes.

1. MARCO CONCEPTUAL Y TEÓRICO

1.1 El envejecimiento de la población

El envejecimiento de la población está constituyendo uno de los fenómenos determinantes de la dinámica social en España. Las causas de esto no van mucho más allá que la escasa fecundidad y la esperanza de vida actual ambas sin que se esperen o prevean cambios al menos a corto plazo. (López, 2004)

El envejecimiento se entiende, en términos estadísticos como el incremento de la proporción de personas de edad avanzada y también como el aumento de la edad media de la población. El envejecimiento es una consecuencia de diversos factores directos; como la disminución de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida e indirectos, como la natalidad, la estructura por edades o las migraciones. (Cívicos, 2012)

Durante los primeros años del siglo XXI, el envejecimiento de la población tiene unas características peculiares, condicionadas por la caída de la natalidad entre 1936 y 1940. Como consecuencia se puede apreciar una disminución del ritmo de crecimiento de la población mayor y un descenso en el número de personas que cumplen la edad de jubilación cada año, que ha aliviado un poco la presión que ha generado el continuo crecimiento de la población mayor sobre los sistemas de pensiones. A pesar de esa ralentización del crecimiento de la población mayor en su conjunto, se está produciendo un aumento muy considerable del número de personas mayores de 80 años, donde se concentran la mayor parte de las situaciones de dependencia. La atención de las necesidades de las personas dependientes es uno de los grandes retos de la política social, dadas las dificultades que suponen a cientos de familias españolas, las cuales requieren una respuesta firme y decidida. La demanda de cuidados para personas dependientes se ha ido incrementando en los últimos años y va a continuar aumentando a un ritmo acelerado durante las próximas décadas, como consecuencia de diversos factores tales como: el envejecimiento de la población, las altas tasas de supervivencia de las personas afectadas por alteraciones congénitas, enfermedades y accidentes y el aumento de los accidentes laborales y de tráfico. El crecimiento de las demandas coincide con la crisis de los sistemas de apoyo informal,

motivada por los cambios en el modelo de familia y la incorporación de la mujer al mundo laboral, dichas demandas han dado respuesta a las necesidades de cuidados. (Rodríguez, 2004)

En los últimos años, a nivel nacional ha habido un crecimiento de la población que asciende aproximadamente a 7 millones. El envejecimiento ha sufrido un ligero aumento entre 1996 y 2005. Pero desde 2005 hasta la actualidad se puede observar un importante crecimiento del envejecimiento, sufriendo este un aumento de aproximadamente 3 millones, en personas de 60 años o más. A medida que va aumentando la edad, va disminuyendo el número de habitantes, es decir, que a mayor edad menos habitantes. También existe una diferencia considerable entre mujeres y hombres siendo el número de mujeres mayor en aproximadamente un millón de habitantes. (INE, 1996; 2005; 2014)

El fenómeno del envejecimiento va a continuar en los próximos años, la población mayor seguirá aumentando considerablemente, al mismo tiempo que irá disminuyendo la proporción de personas jóvenes. Una característica demográfica que irá en aumento es el llamado <<envejecimiento del envejecimiento>> este término se refiere al colectivo de 80 años o más, el cual va a experimentar un gran aumento y cuyo ritmo de crecimiento estará muy por encima del grupo de 65 años y más en su conjunto. (Cívicos, 2004)

El envejecimiento es un proceso en el que se producen múltiples cambios referentes a la salud, pérdida de la independencia, de los seres queridos, del hábito de trabajar, etc. Además a esto se le suma el temor a la dependencia, a la soledad, al deterioro físico entre otras cosas. Por todo ello en esta etapa algunas personas mayores pueden entrar en un periodo de depresión o ansiedad. Frecuentemente puede darse ansiedad y depresión conjuntamente en personas mayores y en ocasiones la ansiedad puede mantenerse después de un episodio de depresión. (Alvarado, 2003)

1.2 Las instituciones

Desde el principio de los tiempos han existido instituciones cuyas funciones han sido de tipo residencial. Las residencias de la tercera edad, constituyen una fase específica en la evolución de estas instituciones. Los términos que anteceden constituyen una serie de matices de la función residencial y manifiestan la ambigüedad de la creación de estas instituciones. Esta ambigüedad plantea interrogantes acerca de su función y también de su adecuación a las políticas de bienestar social. Este tipo de instituciones tienen la función de por un lado remediar algunas situaciones individuales y por otro lado resolver problemas globales de la sociedad. (Barenys, 1990)

Siguiendo el hilo que desentraña Foucault, (1972 en Barenys, 1990) habría, pues, que situar los asilos de ancianos y las residencias de hoy en la corriente de los grandes movimientos sociales: representaciones colectivas, valores culturales en proceso de consolidación, opciones éticas que marcan puntos de inflexión en la historia de las mentalidades. Ellos han creado esos <<enclaves>> para personas que, por diversas razones, no pueden proveer su subsistencia y/o carecen de asistencia y techo familiares. Las instituciones asilares se proyectan, por tanto, sobre el telón de fondo de la asistencia tradicional a cargo del grupo primario familiar cuyo relevo toman parcialmente; al mismo tiempo que tratan de paliar un problema social de mendicidad, vagabundeo y de inestabilidad del cuerpo social que la presencia abundante de <<marginados>> provoca.

Según Myles, (1977) en Barenys, 1990) “En los países de habla inglesa, la política del *welfare* fue diseñada a mediados y finales del siglo XIX con el designio de que gran parte de la población <<marginada>> se convirtiese en fuerza de trabajo aprovechable”.

En la primera industrialización europea los poderes públicos que crean las instituciones residenciales pretenden obtener una rentabilidad de las mismas organizándolas como centros de trabajo. Más tarde la política del Estado del Bienestar cambió su punto de vista ya que convenía que parte del dinero público fuese empleado en Beneficencia para paralizar el descontento de los pobres y

frenar a los socialistas. Sustituyendo así y por razones pragmáticas, la concepción de ayuda al necesitado. Después de la Segunda Guerra Mundial, la institución se especializa incluyendo la medicina y es en ese momento cuando la institución se hará accesible a las personas de las clases medias o superiores. Pero es cierto que las instituciones de antes no pueden compararse con las de la actualidad porque las prácticas que se llevan a cabo no tienen ni las mismas repercusiones ni se utilizan las mismas técnicas. En la actualidad se organizan las instituciones de tal manera que a los responsables les resulte más fácil el cuidado de los mayores dado el reducido número de responsables y por otro lado para que el colectivo realice un trabajo productivo. En ocasiones se utiliza el término “hogar” para hablar de centros en que las personas mayores pasan horas de su jornada diaria o donde se retiran en sus últimos días, utilizar este término es muy ambiguo, pues el hogar incluye algo más que un techo, manutención, convivencia y prestación de servicios en caso de enfermedad. Entre otras cosas, una historia de relaciones personales, un conjunto de vivencias que en una residencia no se puede reproducir. A lo largo de la historia las residencias de ancianos han ido mejorando cada vez más pero no llegan a ser hogares. (Barenys, 1990)

Según Goffman (1992) “Se llaman establecimientos sociales –o instituciones en el sentido corriente de la palabra- a sitios tales como habitaciones, conjuntos de habitaciones, edificios o plantas industriales, donde se desarrolla regularmente determinada actividad.” Ninguno de los elementos que describe Goffman para referirse a las instituciones parecen pertenecer intrínsecamente a ellas y tampoco son compartidos por todas, pero si presentan rasgos comunes. (pp.17-19)

Los intercambios que se establecen entre los ámbitos de estas organizaciones, en la medida que la persona realiza todas las actividades dentro de la institución, ésta cobra la modalidad de total. Esto sucede más aun cuanto más deteriorados, física o psíquicamente, se encuentren sus residentes. En ello tienen cierta similitud con los hospitales. (Freidson, 1970 en Barenys 1990).

1.3 Las personas mayores institucionalizadas.

Durante años los estudios sobre el tema de las personas mayores institucionalizadas se han centrado en aspectos negativos, relacionando el ingreso con el aumento de trastornos, dificultades de adaptación, aumento de síntomas depresivos, deterioro de la salud, etc. (Lehr, 1988 en Leturia, 1997)

Ahora bien, la imagen que la sociedad tiene de las personas mayores, de la vejez como fenómeno social y del envejecimiento como proceso y estado demográfico, está asociada de forma casi automática a elementos negativos. Culturalmente, ha prevalecido una visión de la vejez que tiende a identificar a las personas mayores como un grupo poblacional supuestamente homogéneo caracterizado por la inactividad, improductividad y dependencia, condicionando de este modo el rol social de los adultos mayores. (Miralles, 2010)

Sin embargo los cambios que se producen en las personas mayores cuando ingresan en una institución no siempre son negativos, hay quienes ven mejorado su estado de salud o quienes experimentan mejoras en las relaciones familiares entre otras cosas. (Leturia, 1997)

Según Goffman (1992), es importante que dentro de una organización, el individuo se sienta cómodo, seguro, que se le haga participe en las actividades y en todos los procesos, que se le reconozcan sus derechos, que se le den oportunidades, que se sienta miembro de la organización, que se den cargos que para ellos puedan tener importancia por ejemplo “responsable” de comedor o de alguna actividad, entre otras cosas. (pp. 179-181)

1.4 La organización de las instituciones residenciales.

La existencia de la organización de los centros residenciales basada en modelos hosteleros y clínicos, influye en el bajo nivel de actividad de los residentes. Para evitar que disminuyan los niveles de actividad de las personas mayores dentro de las instituciones, el personal debe evitar realizar actividades básicas de la vida diaria tales como hacer la cama, preparar la comida, limpiar la habitación, etc. Por otro lado es necesario que los centros se adapten a las necesidades del usuario y que el personal cuente con una formación cualificada. Es importante no basarse en los aspectos positivos o negativos del ingreso en una residencia sino en buscar estrategias que mejoren el proceso. El ingreso en una residencia debe verse como el recurso más adecuado y no como algo negativo. (Leturia, 1997)

Según Goffman, (1992) “En las instituciones totales tiene que haber, asimismo, un sistema de lo que podían llamarse ajustes secundarios, es decir, de ciertas prácticas que, sin desafiar directamente al personal, permiten a los internos obtener satisfacciones prohibidas, o bien alcanzar satisfacciones lícitas con medios prohibidos.” Estos ajustes secundarios proporcionan al individuo cierto control sobre algunos aspectos de su vida o algunas situaciones, en este sentido se trata de llevar a cabo ciertas prácticas que no se permiten, como por ejemplo: salir de las habitaciones fuera del horario establecido. (pp. 63 y 64)

1.5 El ingreso en instituciones residenciales.

El ingreso en centros residenciales según Leturia (1997) consta de varias etapas: cada una con sus características, problemáticas y respuestas adaptativas específicas. Esas etapas son:

- **Preingreso**

Es la fase anterior al momento del ingreso. En ella se toman decisiones, se realizan los trámites de la solicitud, se comunica el ingreso a los demás, etc.

Es un momento crítico para la persona porque se generan dudas e incertidumbre y puede generar estrés. Para evitar el estrés se pueden utilizar estrategias tales como visitas, información sobre el centro y sus características, equipamientos, actividades de ocio entre otras cosas.

Un factor determinante para el afrontamiento de estas situaciones es la percepción de control que el sujeto tiene sobre su entorno y sobre las circunstancias importantes de su vida, funcionando como amortiguador de los eventos vitales estresantes, aumentando el bienestar, la salud e incluso la longevidad. Diferentes estudios demuestran que el grado de control percibido en el ingreso influye en la calidad del mismo, amortiguando considerablemente sus efectos, aun cuando sabemos que el ingreso en la residencia puede suponer una disminución del bienestar. (Baltes, 1987 en Leturia, 1997)

Los factores que contribuyen a la vulnerabilidad del nuevo residente son principalmente la voluntariedad del ingreso, el grado de cambio ambiental, el estado de salud, el grado de preparación, el tipo de centro y el funcionamiento del centro: organización, servicios, calidad de la atención, etc.

- **Ingreso**

Es el momento de entrar en el centro, es importante que la persona mayor se sienta en un clima de confianza, respetar su intimidad, no agobiarle con muchas preguntas, entre otras cosas. La ubicación correcta de la persona va a influir en la adaptación así como el prestarle la atención adecuada.

Es importante mostrarle las dependencias y explicar detalladamente el funcionamiento de la institución así como normativa y sus reglamentos.

- **Periodo de prueba o adaptación**

En esta fase, la persona puede cambiar de opinión, la decisión de ingreso no es definitiva, existe la posibilidad de alta o de traslado.

Se debe trabajar en la línea de que la persona mayor conozca a los residentes, el centro y los recursos potenciando su integración en aquellas actividades y programas que considere oportunas o convenientes para su bienestar. Es sabido que el mantenimiento de un nivel adecuado de actividad y de relaciones interpersonales son factores relevantes para un buen ajuste al entorno residencial. (Teresi, 1993 en Leturia, 1997)

Si como se decía en un comienzo la generación de dependencia viene en parte dada por el ajuste del propio comportamiento con las expectativas de necesidad de cuidado y por la percepción de falta de control, éstas serán dos líneas de actuación determinantes para un correcto proceso de adaptación.

El proceso de adaptación es continuo, pues las nuevas exigencias ambientales, los nuevos problemas como las pérdidas afectivas, de salud, económicas, etc., van a exigir a la persona mayor un continuo afrontamiento de las situaciones, para el cual tendrá que utilizar sus habilidades y recursos, además de recurrir a las redes de apoyo informal y el apoyo formal del centro.

Tomando como referencia a Goffman (1992), cuando una persona ingresa en una organización pasa a aceptar sus reglamentos automáticamente cada especificación priva al individuo la oportunidad de equilibrar sus necesidades y objetivos de forma eficiente. Este proceso de control está presente en todas las instituciones. (p. 49)

Citando a Barenys (1990) , las limitaciones a las que se somete el anciano cuando ingresa en una institución en relación a horarios, salidas, visitas, etc., el deterioro físico, los prejuicios y determinaciones sociales, el trato de los cuidadores, entre otras cosas puede enfocarse como un proceso paulatino de pérdida de control.

1.6 La percepción de control

El locus de control concepto introducido por Rotter (1966) en Alvarado 2003) se refiere a la creencia que un individuo tiene en relación a si es su conducta la que determina los acontecimientos de su vida o si es la suerte o fuerzas externas las que determinan lo que sucede en ella.

El control es un constrictor personal y subjetivo que hace referencia a una actitud o postura de la persona frente a los acontecimientos que le suceden. Sentir que se controla la situación nos hace sentirnos más eficientes y competentes. Por otra parte también depende del suceso a controlar y de la naturaleza del fenómeno. El sentimiento de poder controlar depende también del entorno natural y social.

Dentro de la psicología nos encontramos con una gran variedad de enfoques. Muchos autores adoptan una perspectiva estrecha sobre la noción de control pues para ellos una persona posee control sobre cuándo puede predecir o anticiparse a algo y por tanto hacer frente a ello. Referente a esto hay una investigación realizada por Schulz (1976) en Barenys 1990). Esta investigación evalúa los efectos que tienen los ancianos institucionalizados sobre la sensación de conservar o perder el control sobre un suceso. En ella se organizaron visitas de estudiantes a una residencia dividiéndolos en tres grupos: en el primero eran los residentes quienes contralaban la frecuencia y duración de las visitas, en el segundo las visitas eran al azar y el tercero no recibía visitas. El resultado fue que los ancianos del primer grupo mejoraron desde el punto de vista psicológico. La pérdida de control tiene efectos negativos en el anciano, puede dar origen en él a un sentimiento de incompetencia y de no sentirse útil y por tanto puede disminuir la motivación para emprender actividades, para superar dificultades, entre otras cosas. La pérdida o disminución paulatina del control subjetivo hace que cambie el significado de los conflictos o las dificultades habituales en la vida cotidiana. (Barenys, 1990)

Para otros autores como Kuhl, (1986) en Barenys, 1990) El control está relacionado con los procesos personales y es de ahí de donde se parte para sentirse incapaz o capaz de hacer frente a las situaciones, la noción de control surge como consecuencia de experiencias. Controlar la propia vida es tener un mínimo de capacidades físicas y psíquicas para llevar a cabo actividades de la vida diaria.

Según Barenys (1990). Las consecuencias sobre la salud (física y mental) de la pérdida de control han sido y están siendo estudiadas por Rodin, (1986). Aparece generalmente una disminución del tono vital que puede generar depresiones o enfermedades. La apatía y el disengagement son en muchas ocasiones manifestaciones de esos estados pre-depresivos. La aceleración del proceso de envejecimiento suele ser otra de las secuelas del sentimiento de la pérdida de control. Dentro de las instituciones, donde los investigadores indagan el nivel de satisfacción vital que manifiestan los ancianos, a más constreñimientos (menor control), mayor probabilidad de detectar síntomas depresivos. Igualmente hay disminución de la actividad, la moral suele ser baja. Es interesante comentar que varios autores miden estos efectos basándose simplemente en la gama de opciones que se permite tomar a los residentes, opciones que son las <<normales>> en la vida cotidiana de un adulto no institucionalizado. A mayor gama de opciones (salidas, flexibilidad de horarios, facilidad de relaciones, etc.), mayor satisfacción vital en los ancianos.

El decálogo de medidas para incrementar la percepción de control de las personas mayores propuesto por Barenys, 1990 (documento policopiado) es:

1. Control del espacio
2. Control del tiempo
3. Control de los afectos y la sexualidad
4. Control de la salud
5. Control de la actividad
6. Control de la movilidad
7. Control de la imagen
8. Control de la intimidad
9. Control sobre sus recursos económicos
10. Participación en la gestión

1.7 El éxito en la vejez

Afrontar la vejez con éxito, trata de que la persona cuente con una salud física y psicológicamente buena, que cuente con los medios necesarios para realizar sus actividades de la vida diaria en caso de no contar con buena salud que se sienta útil y capacitado para tomar decisiones que pueda decidir cómo y cuándo quiere las cosas. El bienestar emocional material y relacional depende en gran medida de la situación en la que se encuentra la persona dentro de una institución residencial. Todos estamos en continuo periodo de adaptación a lo largo de la vida. Actualmente en el afrontamiento de la vejez con éxito, hay que tener en cuenta dos aspectos: uno es la amplia diversidad que existe entre las personas mayores y otro es la capacidad personal que tiene cada uno. (Montorio e Izal, 1997)

Muchos autores proponen diferentes indicadores para afrontar la vejez con éxito. Así en Montorio e Izal (1997), Blazer (1990) propuso definir la vejez con éxito como una combinación de vitalidad personal, resistencia, flexibilidad adaptativa, autonomía y control, integridad y un buen ajuste persona-ambiente. Otros teóricos como Roos y Havens (1991) han propuesto definir la vejez con éxito sobre la base única de criterios individuales, tales como la ausencia de deterioro cognitivo, la independencia de terceros para el funcionamiento en la vida diaria o la no utilización de servicios. Baltes y Baltes (1990) sugieren la inclusión de indicadores de funcionamiento biológico (longevidad -y- salud biológica), funcionamiento psicológico (salud mental y aspectos positivos del ser humano (eficacia cognitiva, competencia social y productividad, control personal y satisfacción en la vida) paralelamente plantean la utilidad y conveniencia de considerar la vejez con éxito como un proceso de optimización selectiva con compensación, enfatizando el papel del individuo en la determinación de su propio funcionamiento. En el pensamiento actual sobre la vejez con éxito ha sido definitivo el impacto de dos conceptos, la variabilidad interindividual, que recoge la amplia diversidad que existe entre las personas mayores, y la plasticidad intraindividual, que asume la capacidad de aprendizaje de las personas mayores. Partiendo de ambos conceptos, el modelo de vejez con éxito basado en la optimización selectiva con compensación recoge y aplica una parte sustancial de los presupuestos básicos de la Psicología del Ciclo Vital a la edad avanzada, especialmente en cuanto que contribuyen a definir el proceso de adaptación. Este modelo postula que las personas están inmersas en un

proceso continuo de adaptación a lo largo de toda la vida mediante tres componentes que interactúan entre sí: la selección, la optimización y la compensación.

La selección se refiere al proceso de especialización de competencias conductuales que permiten al individuo continuar desarrollándose a lo largo de la vida. Implica reducción ya que restringe la vida de las personas limitando el número de competencias o áreas de funcionamiento. Pero esta limitación supone también adaptación, ya que al reducirse las demandas a las que ha de atender el individuo, se hace más fácil el manejo de las competencias seleccionadas. Un ejemplo de esta especialización en la edad avanzada está relacionado con el ámbito de las actividades de la vida diaria (autocuidado y mantenimiento del hogar). Otro ejemplo es la selección que hacen las personas de edad avanzada sobre su red social. (Montorio e Izal, 1997).

La optimización para algunos autores como: Baltes y Linderbergen (1988); Fernández-Ballesteros, Izal, Montorio, González y Díaz Veiga (1992) (en Montorio e Izal, 1997) refleja la idea de que los individuos se regulan para funcionar en niveles elevados, eficaces y deseables de ejecución. Así, es esperable que las personas aprovechen las oportunidades ambientales o biológicas a lo largo de su ciclo vital para actuar enriqueciendo -y aumentando su capacidad de reserva, de forma que todo ello les permita maximizar -en cantidad y calidad- el curso de sus vidas. En resumen, significa que el individuo se mueve en la dirección de procurar el mejor funcionamiento posible en un número concreto de áreas de la vida. La optimización es también un objetivo alcanzable en la edad avanzada, ya que incluso habiendo comenzado el declive de las habilidades cognitivas más biológicamente determinadas, existe un sustancial remanente de plasticidad para mejorar las diversas capacidades del ser humano, incluidas las cognitivas.

La compensación hace referencia al proceso que se activa cuando las habilidades de una persona se deterioran como consecuencia de la edad o bien cuando las demandas del contexto aumentan sustancialmente y no es posible alcanzar el estándar de ejecución requerido. El empleo de las estrategias habituales, en estos casos, comportaría resultados negativos y, por ello, las personas modifican sus estrategias a fin de compensar los déficits. La compensación implica utilizar elementos de la conducta (por ejemplo, ayudas externas de memoria), de la cognición (por

ejemplo, estrategias mnemotécnicas) o derivados de la tecnología (por ejemplo, ayudas protésicas).

Como afirma Baltes (1994 en Montorio e Izal, 1997), cuando las conductas activas o instrumentales no son suficientemente efectivas para alcanzar los estándares de ejecución, los individuos pueden modificar su ambiente social a través de conductas pasivas o de delegación de control. Las personas mayores residentes en instituciones reciben mayor cantidad de refuerzo social por parte del personal cuando muestran conductas dependientes -es decir no instrumentales o activas-. Desde el punto de vista del autocuidado se entendería como un fracaso. Sin embargo, teniendo en cuenta que una conducta en un contexto determinado tiene múltiples consecuencias podría contemplarse también como una forma de adaptación de los residentes. Así, la conducta de dependencia en autocuidado conforma un medio para asegurar que se satisfagan otras necesidades básicas personales a la vez que permite la consecución de éxito en otras áreas de funcionamiento (esto es, mayor contacto social). En términos generales, utilización de procedimientos de compensación no sólo ayuda a las personas a paliar déficits en la edad avanzada, sino que se ha revelado como un importante predictor de eficacia cognitiva y capacidad de un individuo para vivir independientemente en la comunidad (Wolinsky, Cahallan, Fitzgerald y Johnson, 1992 en Montorio e Izal 1997).

1.8 El Trabajo Social en residencias de personas mayores

Según Martín, (2003) el Trabajo Social, como disciplina científica del campo de las ciencias sociales, tiene como objetivo la adaptación mutua entre el individuo, la familia y los grupos sociales con su entorno social, favoreciendo la inserción de éstos en su medio, con la finalidad de garantizar su bienestar. Antes del ingreso en la residencia, el trabajador/a social debe valorar al solicitante, teniendo en cuenta los recursos y alternativas de los que dispone este y valorando si es la mejor opción. Una vez realizado el ingreso, el Trabajo Social debe promover la integración social y personal del residente en el entorno convivencial de la residencia y conseguir el mantenimiento y reforzamiento de los lazos existentes con su familia y con la comunidad, debe lograr la integración y normalización de los residentes en las actividades de la residencia, prestando el apoyo social que requieran, debe conseguir la mejor adaptación posible entre el/la residente y la institución, debe

conseguir que el/la residente esté informado sobre sus derechos, los recursos sociales existentes y debe promover además la utilización de los mismos. El Trabajo Social debe de coordinarse con el equipo para tratar los problemas desde las distintas perspectivas profesionales y conseguir una intervención global en la atención a las necesidades del o la residente. Por otro lado el Trabajo Social es el encargado de prevenir la aparición de conflictos e intervenir en el caso de que surjan conflictos convivenciales en la residencia. Algunas de las funciones a desarrollar por el/la trabajador/a social en la residencia son:

- Información, orientación y asesoramiento sobre la residencia y sobre los trámites para la solicitud e ingreso, sobre los derechos y los recursos sociales existentes.
- Gestionar la lista de espera, efectuar los trámites necesarios para el ingreso, realizar la recepción, valoración, custodia de las solicitudes y dar citas para preingreso e ingreso.
- Valoración del residente para su correcta asignación dentro de la institución, en cuanto a habitación, planta y asignación de compañero/a.
- Llevar a cabo los trámites administrativos y gestiones que necesiten los/las residentes durante su estancia en la institución.
- Informar cuando el equipo de admisión lo requiera sobre la situación socioeconómica y familiar del o la residente
- Mediación e intervención con el equipo interdisciplinar, en los conflictos convivenciales que surgen entre los residentes.
- Promover el contacto del residente con sus familiares, así como atender las demandas de familiares, llevar el control de las visitas e intervenir en los conflictos que pudieran surgir entre residente, familia e institución.
- Atender las necesidades de los/las residentes.
- Colaboración en la planificación y programación de las actividades de ocio y tiempo libre, así como la coordinación con el animador socio cultural en el caso de que lo hubiera. Si no hay animador socio cultural, es el/ la trabajador/a social el que debe realizar sus funciones.
- Fomentar la participación del o la residente en actividades de ocio y tiempo libre

- Elaboración de informes sociales sobre la situación social del residente
- etc.

En cuanto a la metodología de la intervención del trabajador/a social, algunos autores como Ander Egg, Kisnerman, Robertis, Colomer en Martín, (2003) coinciden en la existencia de cinco fases. Estas fases son:

Estudio de la situación

En esta fase se recopila toda la información necesaria sobre la situación socio-familiar del o la residente, de su entorno familiar, grupal y comunitario. Esta información debe permitir un diagnóstico social acertado.

Diagnóstico social

En esta etapa se parte del estudio de la realidad, se establece una relación de problemas y circunstancias, así como de su naturaleza, magnitud y relaciones. Se analizan las variables que intervienen y se jerarquizan los problemas o necesidades. Posteriormente se realiza una descripción de los recursos y se desarrolla una serie de estrategias y tácticas a emplear y un pronóstico de la situación.

Planificación de las intervenciones

El equipo interdisciplinar elabora un proyecto de intervención individual para cada uno de los residentes, este proyecto debe incluir medidas en los diferentes campos: relacional, sanitario, familiar, psicológico, etc. El /la trabajador/a social es el encargado de planificar las medidas en los campos: social, relacional, familiar y lúdico-ocupacional. . El proyecto también incluirá los objetivos, las estrategias, y actividades para cada uno de los residentes.

Ejecución de las intervenciones

Se trata de llevar a cabo el proyecto de intervención, se realizarán reuniones semanales del equipo profesional, llevando un seguimiento interdisciplinar de la marcha del proyecto de intervención individual, realizando modificaciones en el caso de que así lo requieran las circunstancias o la evolución personal del residente.

Evaluación

La evaluación debe ser continua y participativa, teniendo en cuenta el cumplimiento de objetivos, la realización de las actividades, y los logros obtenidos, reformulando si fueran necesarios los objetivos y actividades.

2. FINALIDAD Y OBJETIVOS

2.1 Finalidad La investigación se realiza para conocer la percepción de control de las personas mayores institucionalizadas.

2.2 Objetivos

GENERAL:

Indagar sobre la percepción de control vital que tienen las personas mayores institucionalizadas.

ESPECÍFICO:

Conocer la percepción de control de las personas mayores institucionalizadas en las distintas dimensiones que abarca (espacio, tiempo, afecto y sexualidad, salud, actividad, movilidad, imagen, intimidad, recursos económicos, participación en la gestión)

3. METODOLOGÍA

Esta investigación tiene una finalidad básica, pues implica obtener conocimiento y descubrir el funcionamiento de un fenómeno social. Tiene un enfoque explicativo cualitativo puesto que intenta descubrir el sentido de una acción social. Los datos los he obtenido a través de entrevistas realizadas por mí, por lo que las fuentes utilizadas son primarias. Se ha realizado a un pequeño grupo de la población por lo que su amplitud es a nivel micro.

3.1 Población y muestra

Para la investigación seleccioné seis instituciones residenciales, concretamente de los municipios de Santa Cruz de Tenerife y San Cristóbal de La Laguna y se escogió aleatoriamente a varias personas de cada una de las instituciones. Los sujetos potenciales serían personas mayores que se encontraran institucionalizados, cognitivamente bien para responder a las preguntas y que pertenecieran a centros que dieran su consentimiento para realizar entrevistas.

La población objeto de estudio han sido personas mayores institucionalizadas con edades comprendidas entre 65 y 99 años. En total se ha entrevistado a 27 personas, 17 mujeres y 10 hombres de los siguientes centros:

- Hospital Nuestra Señora de los Dolores. (5)
- Residencia de Mayores de Ofra. (5)
- Hogar Residencia Virgen de Candelaria. (5)
- Centro de Mayores Isaba. (5)
- Amma Santa Cruz. (5)
- Hogar Nuestra Señora de Candelaria. (2)

Los criterios de inclusión para la realización de la entrevista obviamente fueron que los participantes estuvieran cognitivamente bien y que se encontraran institucionalizados en una residencia, y los criterios de exclusión fueron los siguientes: percepción cognitiva deteriorada, personas no institucionalizadas.

3.2 Procedimiento

La bibliografía que he utilizado la he obtenido a través de la biblioteca de la Universidad de La Laguna, a través de páginas web: documentos en PDF, revistas electrónicas, tesis doctorales y a través de documentos proporcionados por mi tutora del trabajo de fin de grado. Para la búsqueda en la biblioteca he utilizado palabras claves como: la percepción de control, personas mayores institucionalizadas, el envejecimiento, calidad de vida, etc. Y Los booleanos “and” y “or”.

Posteriormente y para llevar a cabo la investigación seleccioné varias instituciones de la isla de Tenerife y obtuve información sobre el funcionamiento de dichas instituciones, los servicios que ofrecen, los requisitos de entrada al centro, el reglamento interno, entre otras cosas.

Realicé un modelo de entrevista y me puse en contacto con las instituciones vía telefónica, concerté cita con las trabajadoras sociales para mostrar las entrevistas que pretendía hacerles a los usuarios, explicar en qué consistiría mi investigación y solicitar el permiso para realizar las entrevistas. Posteriormente regresé a los centros para realizar las entrevistas.

3.3 Técnicas e instrumentos

La técnica utilizada en esta investigación es la entrevista semi-estructurada ya que se caracteriza por un formato intermedio entre la entrevista libre y la entrevista cerrada y es dirigida por el profesional.

La entrevista (véase anexo II) contiene preguntas abiertas y cerradas con un total de 61 items que están divididos en 9 apartados que incluyen:

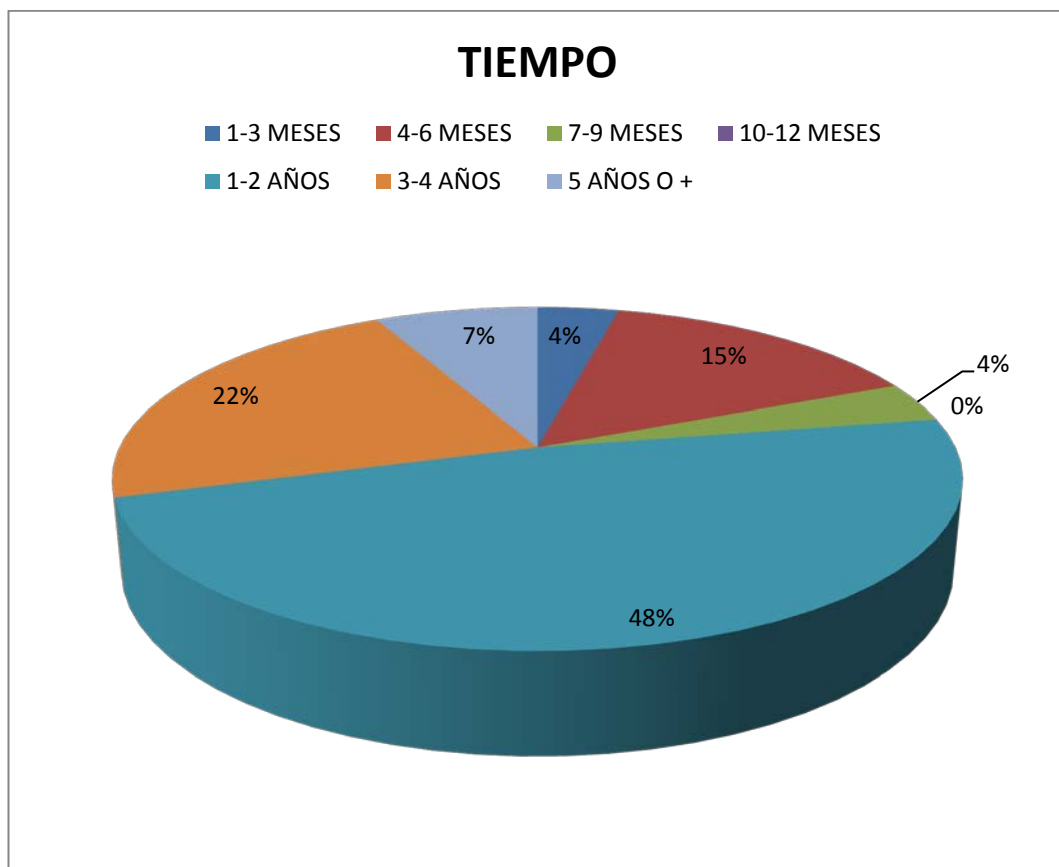
- Datos del centro
- Datos sociodemográficos
- Libertad percibida en relación al tiempo y horarios
- Libertad percibida en relación al espacio
- Libertad percibida en relación a la participación

- Libertad percibida en relación a la economía
- Libertad percibida en relación al manejo de las relaciones
- Libertad percibida en relación a las comidas
- la satisfacción percibida.

4 RESULTADOS

De las entrevistas realizadas se han obtenido los siguientes resultados: Se han entrevistado a 27 personas. De las cuales 17 pertenecen a los centros privados: Hogar residencia virgen de Candelaria, Centro de Mayores Isaba, Amma Santa Cruz, Hogar nuestra señora de Candelaria. Y los otros 10 pertenecen a los centros públicos: Hospital nuestra señora de los dolores y residencia de mayores de Ofra. Del total de entrevistas realizadas se ha entrevistado a 17 mujeres y 10 hombres. Las edades oscilan entre 65 y 99 años. En cuanto al tiempo que llevan dentro del centro varía mucho desde 3 meses hasta 5 años, concentrándose la mayor cantidad entre 1 y 2 años como se puede apreciar a partir de la siguiente gráfica.

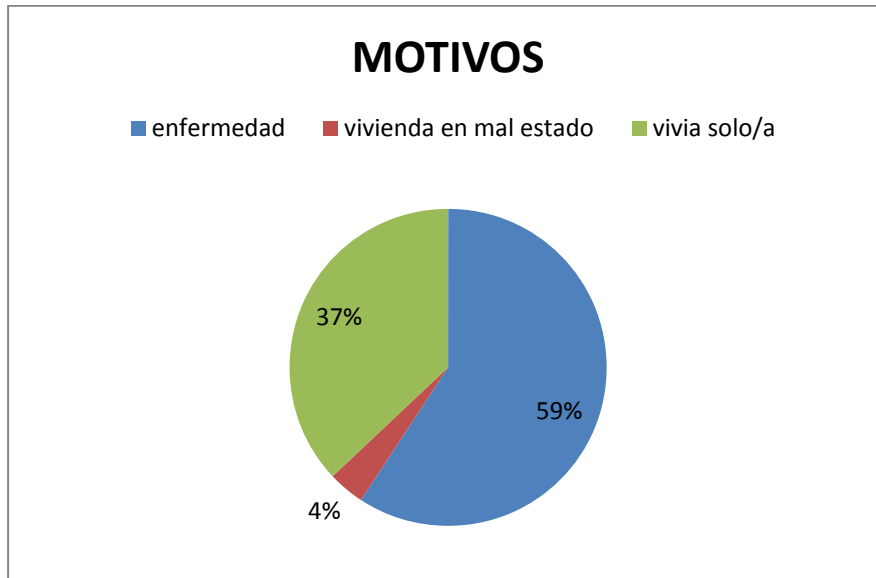
4.1 Gráfica 1: Tiempo de ingreso en el centro.



Fuente: elaboración propia (2015)

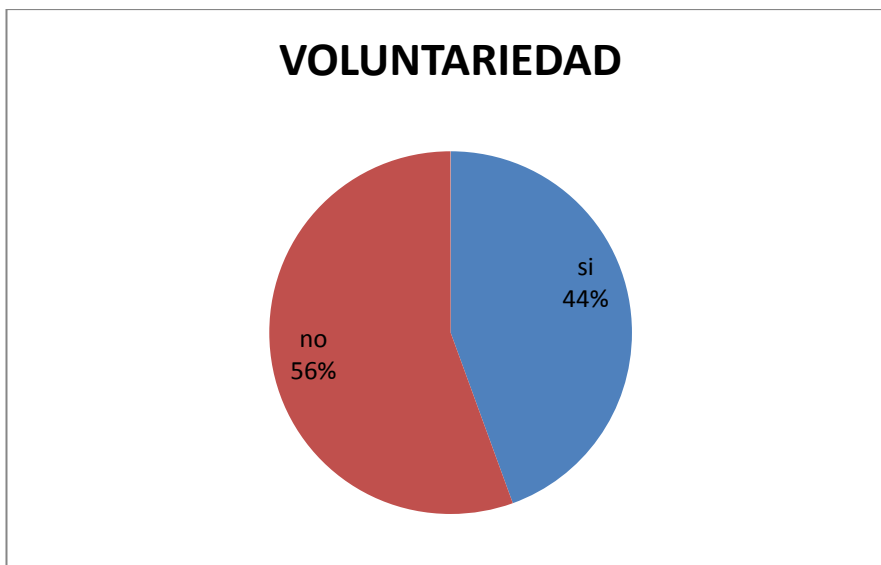
Los motivos de ingreso en el centro se basan en: enfermedad, vivienda en mal estado y vivir solo/a. Como se puede apreciar en el gráfico, más de la mitad de los entrevistados coinciden en que el motivo del ingreso ha sido por enfermedad. En el 44 % de los casos el ingreso es voluntario y el 56% restante no.

4.2 Gráfica 2: Motivos de ingreso en el centro.



Fuente: elaboración propia (2015)

4.3 Gráfica 3: Voluntariedad en el ingreso.



Fuente: elaboración propia (2015)

Los entrevistados/as se levantan de la cama por la mañana entre las 6:00 y las 9:00 pero todos coinciden en que se despiertan mucho antes de esa hora y permanecen en sus habitaciones hasta la hora del desayuno. Se regresan a sus habitaciones entre las 20:00 h y las 22:00 h, después de la cena pero no se duermen hasta pasadas unas horas.

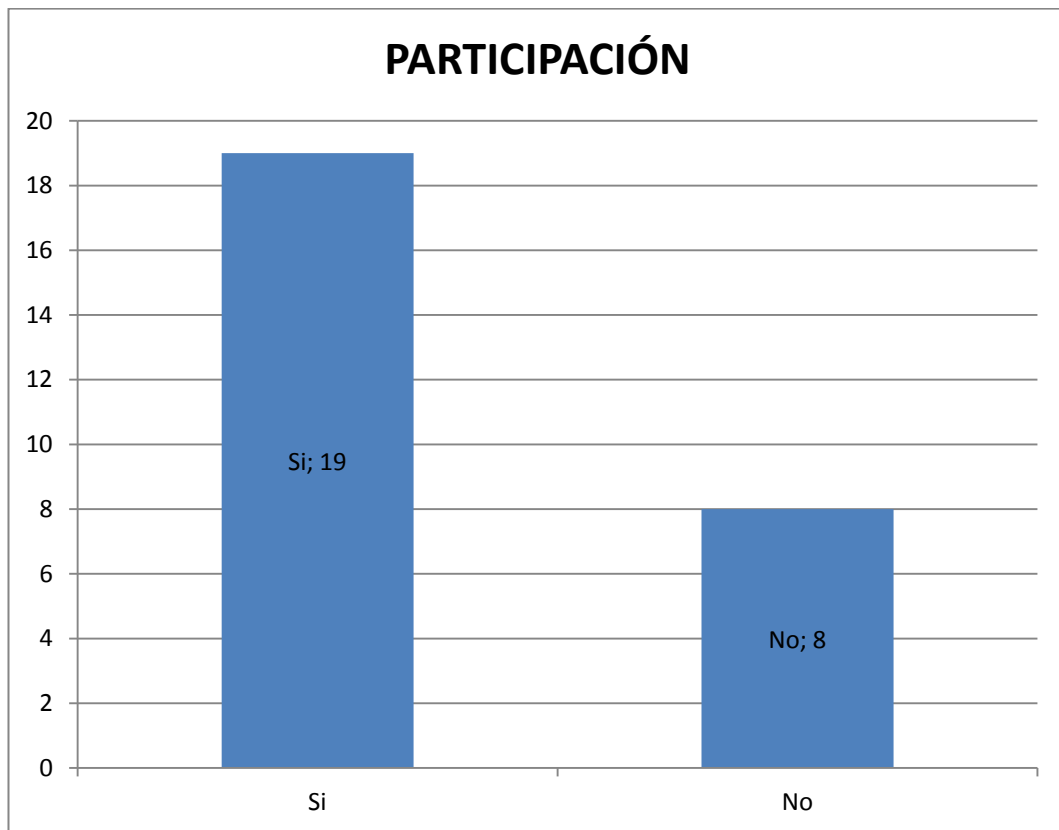
En todos los centros residenciales existen horarios estipulados para las comidas y todos los entrevistados coinciden en que siempre se come en el comedor a excepción de que estén enfermos/as y no puedan levantarte. En algunos centros privados tienen la libertad de comprarse algo y guardarlo en las habitaciones.

Las visitas externas tienen un horario pero no tienen límite de tiempo, es decir, que los familiares pueden permanecer en el centro durante todo el tiempo dentro del horario estipulado. Los entrevistados coinciden en que les parece adecuado el horario y duración de las visitas.

Los residentes de las instituciones pueden salir del centro libremente siempre pidiendo los permisos oportunos y en la mayoría de los casos con acompañamiento. Coinciden en que dentro de la institución pueden ir a cualquiera de las dependencias. No pueden tener mascotas dentro de la habitación y fuera de ella tampoco. Muy pocas afirman poder decorar la habitación a su gusto y tener alguna planta en ella.

En todas las instituciones los entrevistados afirman que se realizan actividades de ocio, que estas son organizadas por el centro, que no ven posibilidad de preparar ellos mismos una actividad ni de realizar actividades fuera del centro y no organizadas por este. Las actividades que se realizan son: gimnasia, cocina, manualidades, actividades con animales, baile, musicales, juegos de mesa, excursiones, fisioterapia, biblioteca, cafetería, sopa de letras, televisión, punto de cruz y pintar. El 70% de los entrevistados participa en las actividades y el 30% restante no participa.

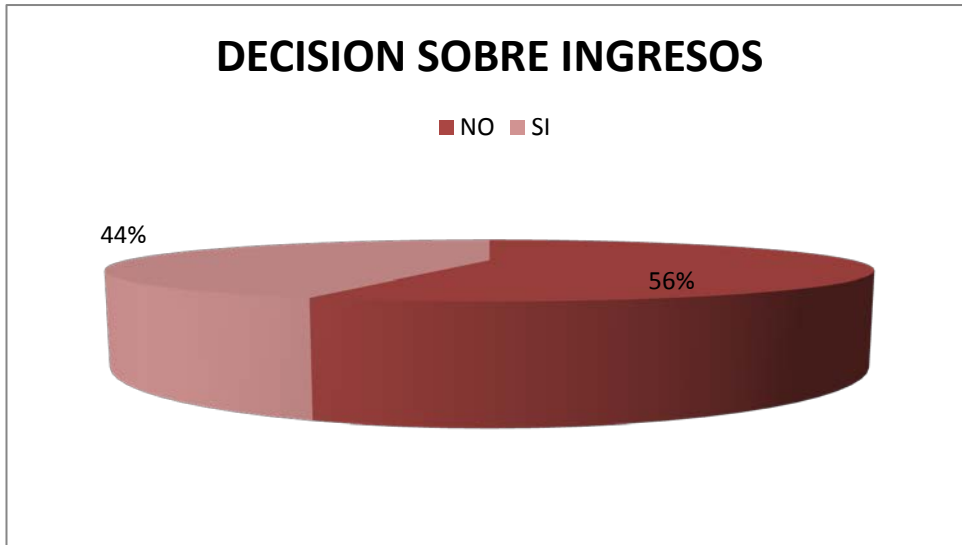
4.4 Gráfica 4: Percepción de control respecto a la participación.



Fuente: elaboración propia (2015)

El 100% de los entrevistados afirman recibir algún tipo de prestación y que la institución no lleva ningún control de esos ingresos. El 56 % dice que son sus familiares quienes manejan sus ingresos y que ellos no deciden en que gastarlos. El 44% restante afirma que pueden decidir en qué gastar sus ingresos aunque el control lo lleven sus familiares.

4.5 Gráfica 5: Percepción de control respecto a los ingresos económicos.

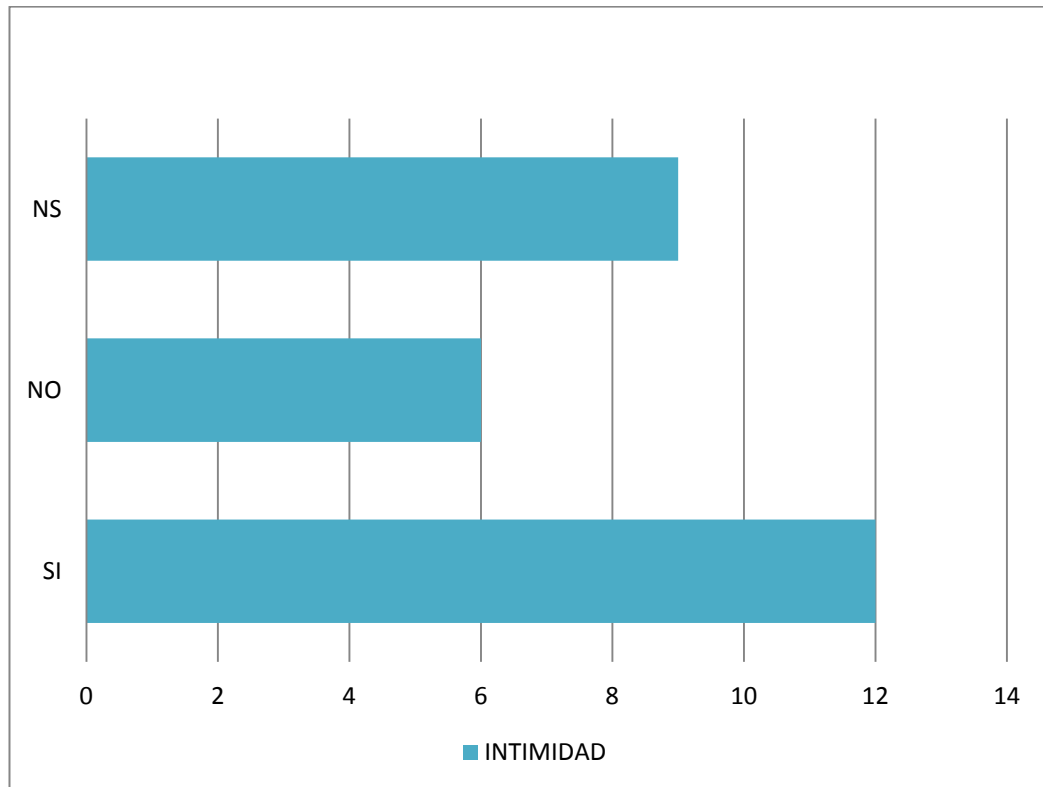


Fuente: elaboración propia (2015)

De todas las personas entrevistadas solo 4 dijeron no recibir visitas, uno de ellos dijo que sus familiares vivían fuera de la isla y los otros 3 dijeron que los familiares que tenían eran muy lejanos. Los otros 23 afirmaron recibir visitas de familiares y amigos y dijeron que las relaciones con estos eran muy buenas.

Del total de personas entrevistadas, solo 7 de ellas afirmaron tener pareja. 12 de ellas dijeron disponer o poder disponer de tiempo de intimidad con la pareja. 6 respondieron lo contrario y el resto no sabía.

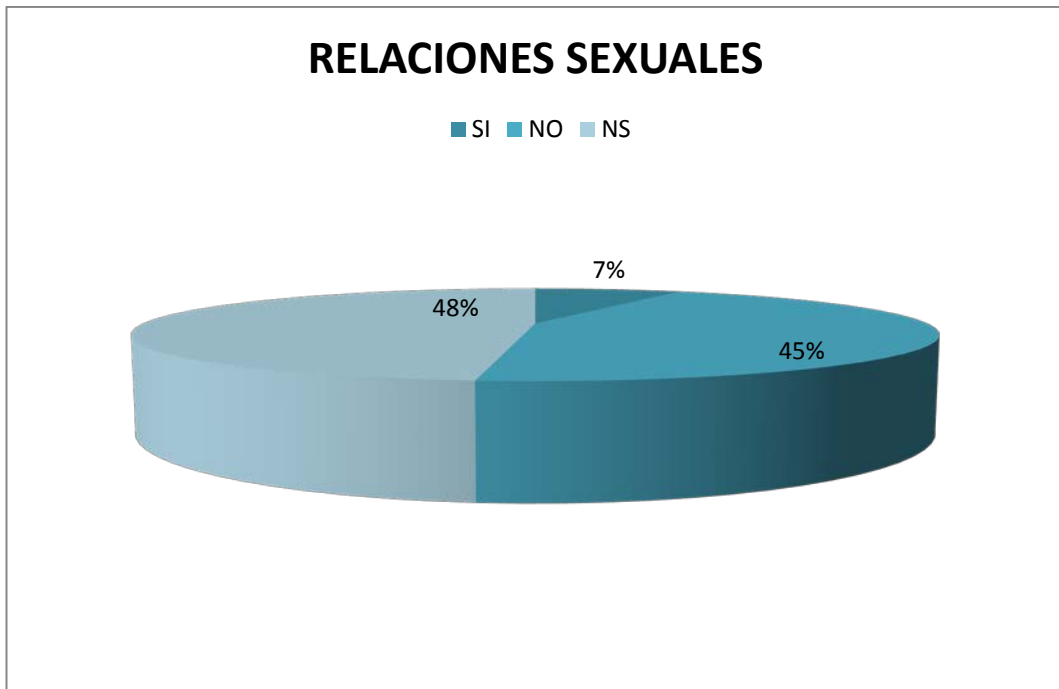
4.6 Gráfica 6: Percepción de control respecto a la intimidad de pareja.



Fuente: elaboración propia (2015)

Como se puede apreciar en el siguiente gráfico, del total de personas entrevistadas solo 2 respondieron afirmativamente a la pregunta de poder mantener relaciones sexuales con sus parejas. 12 respondieron negativamente y 13 respondieron que no sabían.

4.7 Grafica 7: Percepción de control respecto a las relaciones sexuales.

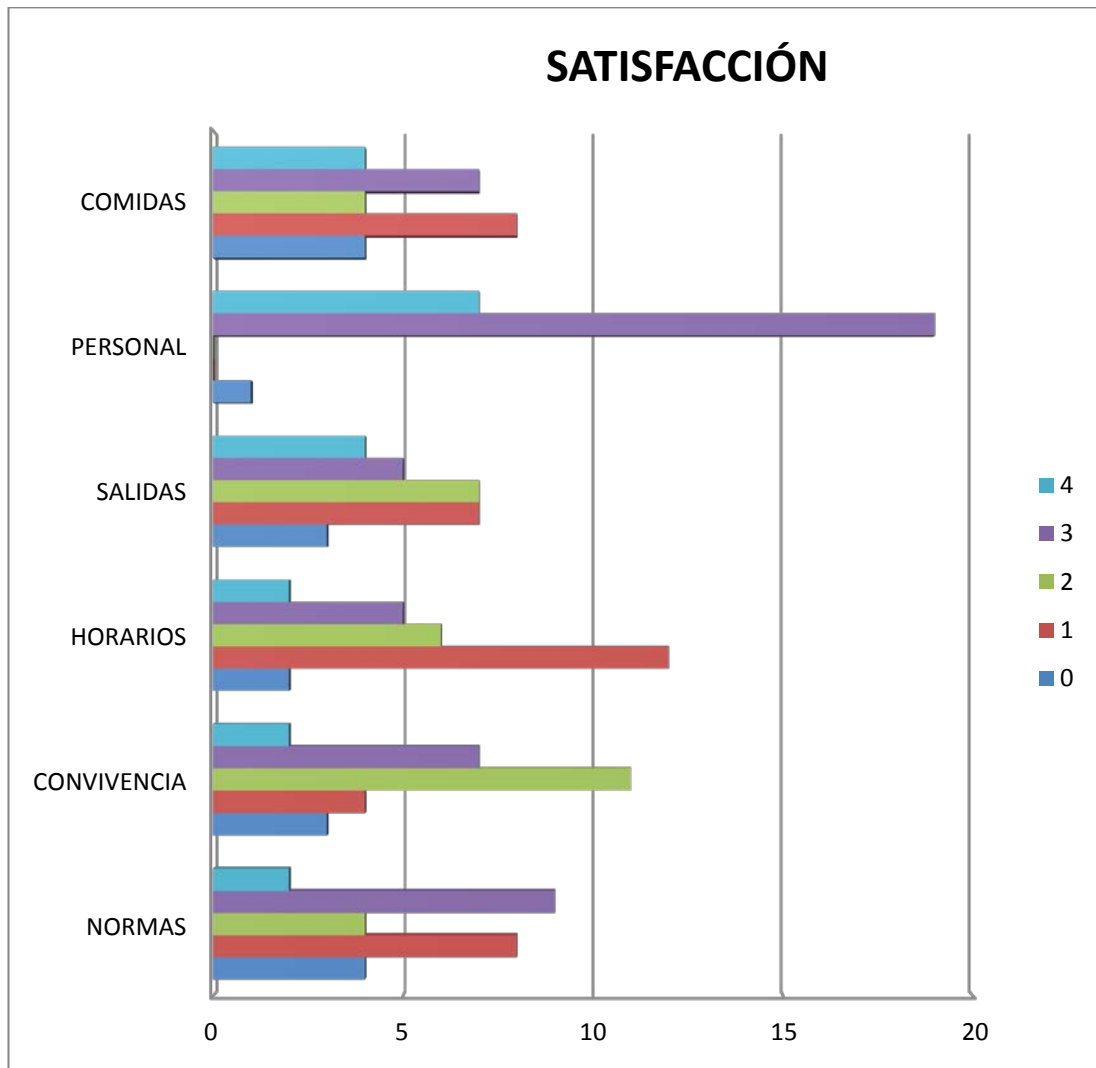


Fuente: elaboración propia (2015)

En cuanto a la libertad percibida en relación a las comidas el 100% de los entrevistados respondió no poder elegir las comidas sino que hay un menú establecido y que las comidas se realizan en el comedor, excepcionalmente se come en las habitaciones por enfermedad.

La satisfacción percibida se puede apreciar a través de la siguiente gráfica. El 0 es el valor más bajo y el 4 el valor más alto.

4.8 Gráfica 8: Satisfacción percibida.



Fuente: elaboración propia (2015)

Respecto a las opiniones sobre otras formas de convivencia solamente una persona respondió que le gustaría vivir en su casa. Del total 7 respondieron que no les importaría probar otras formas de convivencia y el resto respondió que se encontraban bien en el centro y que no querían irse de allí.

El 89% de los entrevistados expresó sentimientos positivos tales como felicidad y alegría dentro del centro frente al 11% que denotó sentimientos negativos como depresión y enfado.

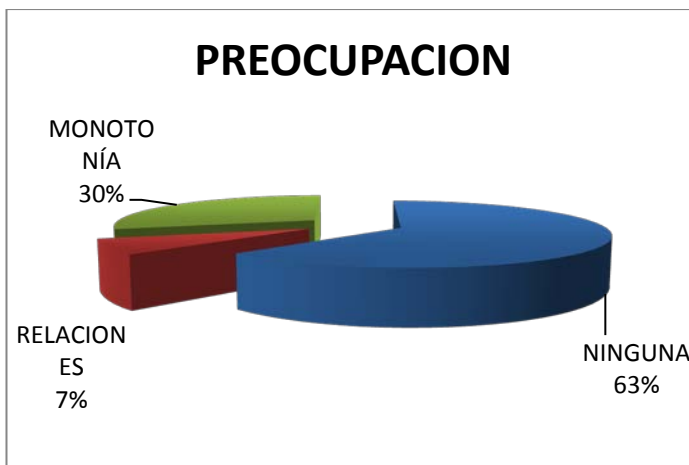
4.9 Gráfica 9: Sentimientos personales.



Fuente: elaboración propia (2015)

El 63% declaró que no había ningún aspecto dentro de la institución que le preocupara. Sin embargo el 7% dijo que le preocupaban las relaciones con otras personas y el 30% se quejó de la monotonía.

4.10 Gráfica 10: Preocupación sobre aspectos de la institución.



Fuente: elaboración propia (2015)

5 ANALISIS DE DATOS Y DISCUSIÓN

En este apartado trataré de analizar los datos obtenidos a través de los cuestionarios. Respondiendo al objetivo específico:

- Conocer la percepción de control vital de las personas mayores institucionalizadas en las distintas dimensiones que abarca en cuanto a horarios, visitas, relaciones interpersonales, actividades de ocio, etc.

El análisis lo realizaré teniendo en cuenta los apartados de la entrevista.

5.1 Datos sociodemográficos

Como ya he mencionado anteriormente, los participantes comprenden un total de 27, siendo 17 mujeres y 10 hombres y las edades de estos oscilan entre 65 y 99 años.

En cuanto al tiempo que llevan en el centro, ya mencioné en el apartado de resultados que es muy variado desde 3 meses hasta 5 años pero un 48% de los participantes se concentran entre 1 y 2 años.

En cuanto a los motivos del ingreso al centro se puede apreciar que son motivos de fuerza mayor (por enfermedad, porque vivían solos y no tenían quien se hiciera cargo de ellos y por tener su vivienda en mal estado) y aunque el 44% de los entrevistados afirma haber ingresado voluntariamente se observa que esta voluntariedad es para ellos/as la mejor opción a la que podían optar en el momento del ingreso.

5.2 Libertad percibida en relación al tiempo y los horarios

Se puede observar que todo lo que realizan los residentes en la institución está perfectamente controlado, todo tiene unos horarios. Se puede apreciar que los entrevistados no tienen libertad para salir de sus habitaciones cuando les apetece. Existen unos horarios estipulados y aunque se despierten más temprano deben esperar a la hora del desayuno para salir de sus habitaciones. Lo mismo ocurre por la noche, después de la cena todos deben ir a sus habitaciones y permanecer allí. Unos dicen que ocupan el tiempo en leer, otros que comparten habitación, hablan entre ellos, otros ven la televisión u organizan su habitación, pero todos coinciden

en que les parece muy temprano irse a la cama a la hora que estipula el centro que deben ir a sus habitaciones.

En los centros existen unos horarios estipulados para las comidas, cuando se les pregunta: ¿qué pasaría si no se cumplen esos horarios? Casi la totalidad de los entrevistados ven improbable que no se cumplan los horarios de las comidas. En algunos centros tienen la libertad de comprarse algo y guardarlo en las habitaciones o comer algo que le han traído sus familiares.

En cuanto a las visitas de familiares todos los centros tienen un horario de visitas, y aunque dentro de esos horarios no hay límite de tiempo, los entrevistados coinciden en que sus familiares no permanecen allí mucho tiempo, algunos trabajan, otros tienen otras obligaciones, etc.

A la pregunta: ¿Dispone usted de tiempo para arreglar papeles, realizar alguna gestión, etc. fuera del centro? . Las respuestas son: “yo no salgo de aquí”, “Yo no puedo”, “no”, “no lo sé”.

5.3 Libertad percibida en relación al espacio

En las instituciones, los entrevistados coinciden en que pueden salir libremente del centro, siempre pidiendo permiso con antelación y en la mayoría de los casos con acompañamiento. Aunque pueden salir, muchos de los entrevistados afirman que no salen nunca, porque no les dejan salir solos, sus familiares no pueden sacarles y no hay personal en el centro que los acompañe. Dentro del centro pueden desplazarse a cualquiera de las dependencias que se les está permitido.

En cuanto a la decoración de las habitaciones muy pocas dicen tener alguna planta en ella y poner algún portarretrato, pero no tienen libertas con respecto a pintar las habitaciones o tener una mascota.

5.4 Libertad percibida en relación a la participación

En relación a la participación, los residentes afirman que se realizan actividades de ocio en el centro. 19 de las personas entrevistadas afirmaron participar en dichas actividades. Se observa que en la mayoría de centros privados, los residentes consideran ocio a ver la televisión o hacer sopas de letras. Los

residentes de centros públicos fueron los que dijeron realizar actividades tales como manualidades, baile, gimnasia, excursiones, etc.

5.5 Libertad percibida en relación a la economía

En cuanto a los ingresos económicos que perciben los entrevistados, puedo afirmar que todos ellos perciben el control de esos ingresos por parte de sus familiares. Aunque muchos de ellos dijeron poder decidir en qué gastar esos ingresos, se contradijeron, unos al decir que realmente con su pensión no les da para mucho más que pagar la residencia y otros dijeron que no salían del centro ni utilizaban dinero dentro de él. Todos coincidieron en que la institución no lleva ningún control de esos ingresos.

5.6 Libertad percibida en el manejo de las relaciones

La mayoría de personas entrevistadas reciben visitas por parte de familiares y amigos, solo 4 dijeron no recibir visitas. El 100% de los residentes afirmaron tener relaciones de amistad dentro del centro.

Muy pocos residentes, solo 7 dijeron tener pareja, 3 de ellos dijeron que sus parejas se encontraban dentro del centro y el resto fuera. Respecto a la pregunta ¿dispone o dispondría de intimidad con su pareja si la tuviera?, 12 respondieron afirmativamente pero al preguntarles ¿dónde? dijeron que en las dependencias del centro o fuera nunca en las habitaciones. Con respecto a relaciones sexuales solo dos personas afirmaron mantener relaciones sexuales con sus parejas, estas relaciones las mantienen fuera del centro.

Para que la pareja pueda compartir una misma habitación, deben reunirse primero el equipo multidisciplinar y determinar si es posible que esto se lleve a cabo, explica la trabajadora social de uno de los centros que en ocasiones uno de los miembros de la pareja, generalmente la mujer tiende a ser sumisa y el hombre toma el control, tomando las decisiones por ella.

5.7 Libertad percibida en relación a las comidas

En este apartado se pregunta a los residentes si tienen elección para elegir lo que quieren comer, ellos y ellas responden que no que hay unos menús establecidos y

que se come lo que ponen en el comedor. Solo puede comer en las habitaciones en caso de enfermedad o indisposición pero esto siempre debe ser justificado.

Se propone a los residentes el hipotético caso de que alguien no quisiera ir al comedor y la respuesta de estos es la siguiente: “siempre se va”, “no conozco a nadie que no haya ido”, “aquí se sabe que a las 9 vas a desayunar, a la 1 a almorzar y a las 8 a cenar”, “nadie falta, todo el mundo espera ansioso el momento de la comida”

5.8 Satisfacción percibida

Se observa a través de las respuestas que generalmente les cuesta adaptarse a las normas del centro, a los horarios, a la convivencia con otras personas, a las comidas y a la limitación en cuanto a las salidas del centro.

Sin embargo afirman encontrarse bien dentro del centro, se han acostumbrado a las normas del centro y a los horarios que se les imponen.

Respecto al personal del centro se encuentran satisfechos, de lo que se quejan es de que el personal cambia continuamente y que se les coge cariño y cuando se están acostumbrando se van.

El 89% de los entrevistados afirmó sentirse feliz y cómodo en el centro.

El 30% se quejó de la monotonía dentro del centro, diciendo que siempre se hacían las mismas cosas y que las rutinas no cambiaban, que estaban cansados/as de siempre hacer las mismas cosas. Solo un 7% dijeron que les preocupaban las malas relaciones con otras personas. El 63% restante dijo que no había ningún aspecto que les preocupara.

6 CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Tomando referencia de los fundamentos teóricos y teniendo en cuenta el crecimiento de las demandas de cuidados para atender las necesidades de las personas mayores, en ocasiones dependientes, es previsible ciertamente que continúen aumentando dichas demandas. Pues el crecimiento de la población mayor de 80 años ha aumentado considerablemente y continuará dicho crecimiento.

Uno de los principales motivos del aumento de dichas demandas está relacionado directamente con la falta de apoyo informal, por los cambios en los modelos de familia y por la incorporación de la mujer al mundo laboral. Es apreciable que muchas de las personas que se encuentran en instituciones residenciales, están allí porque su familia no puede hacerse cargo de ellas. Algunas necesitan cuidados especiales o no pueden quedarse solas en casa.

Tras realizar las entrevistas, efectivamente se aprecia una percepción de control por parte de la institución hacia los residentes en cuanto a horarios, salidas, actividades, etc. Se observa también que los residentes lo ven como algo natural ya que han normalizado la situación, se han acostumbrado a las normas de los centros y lo ven como la mejor opción a la que pueden optar.

Es necesaria la implicación del trabajador/a social con el colectivo de mayores en instituciones residenciales pues como ya he mencionado en el marco teórico, este/a se encarga de la programación en el centro, informa, valora y orienta a las personas interesadas en ingresar en el centro, realiza informes sociales, organiza y distribuye las habitaciones, realiza gestiones que el residente no puede hacer por sí mismo, asesora y orienta a las familias, se coordina con recursos externos, fomenta la participación de los residentes en los servicios que ofrece el centro, programa actividades de ocio, realiza intervención familiar, entre otras cosas. Además el Trabajador/a social se coordina con un equipo multidisciplinar formado por médico/a, psicólogo/a, fisioterapeuta, animador/a, enfermera/o, etc.

El/la trabajador/a social debería de promover la integración de los residentes, atendiendo sus necesidades e incitándoles a participar, por ejemplo creando grupos y trabajando en las distintas áreas cultural, recreativa, etc. Así mismo se propone la creación de grupos de debate, teniendo en cuenta los intereses de los residentes, esto podría proporcionar un fomento de la participación en los residentes, una mayor integración y el sentirse productivos. Para la intervención familiar se podrían crear actividades con las familias y grupos individualizados en los que participaran cada uno de los miembros de la familia, expresando sentimientos, mostrando preocupaciones, aumentando las competencias y habilidades del/la residente y tratando de evitar que surjan conflictos.

Por otro lado se podría llevar a cabo un sistema de calidad, recogiendo las opiniones de los residentes y las familias respecto al centro, a las actividades, etc., se trataría de una especie de cuestionario anónimo que recogiera los puntos de vista e intereses de cada uno de los/las residentes y sus familiares.

Es importante que las personas mayores fomenten la actividad diaria, estén entretenidas, etc. Por eso se propone que se aumente la cantidad y el número de actividades de ocio y tiempo libre en los centros, que se tenga en cuenta sus opiniones y gustos a la hora de preparar actividades y que se preparen actividades acordes a la funcionalidad de cada uno de los residentes. Sería importante que se facilitara la participación en cuanto a la toma de decisiones, que se les hiciera sentir importantes, por ejemplo, nombrándolos responsables de alguna actividad. En la medida de lo posible se les podría permitir a los residentes, realizar actividades básicas de la vida diaria tales como hacer la cama, o limpiar su habitación, así como permitirles decorar su habitación, tener una planta, etc., ya que esto no repercute negativamente a la institución e influye positivamente en el residente. En cuanto a los horarios, se podrían hacer más flexibles, por ejemplo, en los horarios de las comidas, abrir el comedor en una franja horaria tal y como se realiza en las cadenas hoteleras.

Se propone aumentar el personal en algunos centros, pues, durante las visitas apreció que hay muy poco personal que atienda a los residentes en sus necesidades más básicas y estos por sus circunstancias, lo requieren. El/la trabajador/a social tiene la función de velar por los derechos de los residentes y hacer que se cubran

sus necesidades. En uno de los centros y mientras realizaba las entrevistas, empecé a escuchar golpes, al cabo de diez minutos escuchando los golpes, me acerqué para ver de dónde provenían y cuál fue mi sorpresa al darme cuenta de que había una señora en el baño, con una andadora que requería la atención del personal. Tras observar esto me apresuré en busca del personal del centro, tardando más de 10 minutos en encontrar a una auxiliar de enfermería que se encontraba en otro piso, limpiando las habitaciones. Era la única persona responsable del centro y de los usuarios en ese momento.

Se propone también revisar el reglamento de normas interno ya que se ha observado que en la mayoría de los centros está obsoleto y hace muchos años que no se revisa. En cualquier caso se deberían hacer las modificaciones oportunas para que en las instituciones residenciales no falte personal, estableciendo un mínimo obligatorio de miembros del equipo para que así se garanticen los cuidados necesarios y la calidad de vida del residente.

7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-Alvarado, R. (2003). *El rol del locus de control como factor moderador en trastornos ansiosos y depresivos en los adultos mayores*. Chile: Psykhe. Recuperado el 28/05/2015 de: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:wEp4MY8nArIJ:www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/download/330/310+&cd=10&hl=es&ct=clnk&gl=es>.

-Barenys, M. (1990). *Un marco teórico para el estudio de las instituciones de ancianos*. [Tesis doctoral]. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad Autónoma de Barcelona..

-Cívicos, M.A. (2012). *La política social gerontológica y su reflejo en la prensa de Tenerife*. El caso particular de la protección a la dependencia. [Tesis doctoral]. Facultad de Ciencias de la Información de la Universidad de La Laguna.

-Goffman, E. (1992). El mundo del interno. *Internados*.(pp.25-82). Buenos Aires: editorial Amorrortu.

-Instituto nacional de estadística. Recuperado el 5 de julio de 2015 de: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>

-Leturia, F. J. (1997). *El proceso de adaptación en centros residenciales para personas mayores*. Revista española de geriatría y gerontología, 34 (2).

-López, J. (2004). *Personas mayores viviendo solas*. [PDF] Recuperado el 25 de Mayo de 2015 de: envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/lopez-personassolas-01.pdf

- Martín, M. (Ed.). (2003). Trabajo Social en residencias de personas mayores. *Trabajo Social en Gerontología*. (pp. 275-290) Madrid, España: editorial Síntesis.

-Miralles, I. (2010). *Vejez productiva*. [PDF] Recuperado el 6 de Junio de 2015 de:

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:C2Zs4vVFBGsJ:dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3702472.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=es>

-Montorio, I. e Izar, M. (1997). *La vejez con éxito*. Recuperado el 29 de Mayo de 2015 de:
<http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1997/vol1/arti4.htm>

-Rodríguez, C. (2004). *Atención a las personas en situación de dependencia*. Libro blanco. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

8 ANEXOS

8.1 Anexo 1: tablas estadísticas

- Población por edad (grupos quinquenales) y sexo a nivel nacional año 1996

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Total	39.669.392	19.399.548	20.269.844
De 60 a 64 años	2.187.880	1.046.001	1.141.879
De 65 a 69 años	2.011.451	932.133	1.079.318
De 70 a 74 años	1.672.619	738.757	933.862
De 75 a 79 años	1.136.220	448.517	687.703
De 80 a 84 años	783.544	278.557	504.986
De 85 y más	592.665	183.705	408.960

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

- Población por edad (grupos quinquenales) y sexo a nivel nacional año 2005

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Total	44.108.530	21.780.869	22.327.661
60-64	2.149.725	1.041.541	1.108.184
65-69	1.874.237	876.918	997.319
70-74	1.979.735	894.842	1.084.893
75-79	1.575.076	663.303	911.773
80-84	1.087.466	411.735	675.731
85 y más	815.753	244.189	571.564

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

- Población por edad (grupos quinquenales) y sexo a nivel nacional año 2014

TOTAL			
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Total	46.771.341	22.985.676	23.785.665
60-64	2.495.243	1.209.908	1.285.335
65-69	2.329.338	1.104.299	1.225.039
70-74	1.809.996	834.098	975.898
75-79	1.652.101	713.991	938.110

80-84	1.403.973	558.735	845.238
85-89	825.357	285.791	539.566
90-94	333.139	96.791	236.348
95-99	75.358	17.013	58.345
100 y más	13.165	2.737	10.428

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

8.2 Anexo 2: Entrevista

LA PERCEPCION DE CONTROL EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS

Esta entrevista se realiza con la finalidad de conocer la percepción de control de las personas mayores institucionalizadas. Quienes realicen esta entrevista estarán participando en un estudio que se realiza desde la Universidad de La Laguna. Muchas gracias por su colaboración.

DATOS RELACIONADOS CON EL CENTRO		
NOMBRE		
DIRECCIÓN		
TELÉFONO		
TITULARIDAD		
DEPENDENCIA		
NUMERO DE PLAZAS	PUBLICAS	PRIVADAS
SERVICIOS QUE OFRECE		

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

Sexo:

Edad:

¿Cuánto tiempo lleva en el centro?

¿Cuáles fueron los motivos de su ingreso?

¿Ingresó usted voluntariamente? (SI) (NO)

¿Por qué?

2. LIBERTAD PERCIBIDA EN RELACIÓN AL TIEMPO Y LOS HORARIOS

¿A qué hora se levanta por la mañana?

¿Y se despierta a esa hora?

¿Y a qué hora se acuesta?

¿Existen horarios estipulados para las comidas?

¿Y si no se cumplen?

¿Las visitas de familiares o amigos tienen un horario y límite de tiempo?

(SI) (NO)

¿Y a usted que le parece el horario y la duración de las visitas?

¿Dispone usted de tiempo para realizar sus gestiones, arreglar papeles, etc.?

3. LIBERTAD PERCIBIDA EN RELACIÓN AL ESPACIO.

¿Puede usted entrar y salir del centro libremente? (SI) (NO)

En caso afirmativo ¿Debe pedir permiso o avisar a alguien? (SI) (NO)

¿Esas salidas son con acompañamiento? (SI) (NO)

¿Puede usted ir a cualquiera de las dependencias dentro del centro? (SI) (NO)

¿Puede decorar la habitación a su gusto? (poner cuadros, pintar las paredes, etc.)

¿Puede tener plantas o mascotas en su habitación? (SI) (NO)

¿Y fuera de ella? (SI) (NO)

4. LIBERTAD PERCIBIDA EN RELACION A LA PARTICIPACIÓN.

¿Se realizan actividades de ocio en el centro? (SI) (NO)

En caso afirmativo

¿Participa usted en estas actividades? (SI) (NO)

¿Quién organiza las actividades?

¿Qué tipo de actividades?

¿Tendría posibilidad de preparar alguna actividad usted?

¿Podría realizar actividades que no estuvieran organizadas por el centro?

5. LIBERTAD PERCIBIDA EN RELACIÓN A LA ECONOMÍA.

¿Dispone usted de ingresos económicos? (SI) (NO)

En caso afirmativo:

¿Puede usted decidir en qué gastar esos ingresos?

¿La institución lleva algún control de esos ingresos?

¿Y sus familiares?

6. LIBERTAD PERCIBIDA EN EL MANEJO DE LAS RELACIONES.

- ¿Tiene usted familiares cercanos? (SI) (NO)
- ¿Recibe visitas por parte de estos? (SI) (NO)
- ¿Cómo son las relaciones con sus familiares?
- ¿Tiene relaciones de amistad dentro del centro? (SI) (NO)
- ¿Y fuera del centro? (SI) (NO)
- ¿Tiene pareja? (SI) (NO)
- ¿Dispone/dispondría de intimidad para pasar tiempo con su pareja? (SI) (NO) (NS)
- ¿Mantiene/ podría mantener relaciones sexuales con esta? (SI) (NO) (NS)

7. LIBERTAD PERCIBIDA EN RELACION A LAS COMIDAS.

- ¿Tiene libertad para elegir lo que quiere comer? (SI) (NO)
- ¿Puede comer usted en su habitación? (SI) (NO)

8. SATISFACCIÓN PERCIBIDA.

Puntúa de 0 a 5 tu satisfacción con el centro siendo el 0 el menor valor y 5 el máximo.

la adaptación a las normas del centro	1	2	3	4	5
La convivencia con otras personas	1	2	3	4	5
Los horarios del centro	1	2	3	4	5
Las salidas del centro	1	2	3	4	5
El personal del centro	1	2	3	4	5
Las comidas	1	2	3	4	5

- ¿Cuál es su opinión respecto a otras formas de convivencia? (hogares unifamiliares pisos residenciales convivencia familiar...)
- ¿Cómo se siente dentro de la institución? (frustración, soledad, felicidad)
- ¿Hay algún aspecto dentro de la institución que le preocupe o que le afecte?
- ¿Cuál/ Cuales?

8.3 Anexo 3: Información sobre las instituciones residenciales

Centro de mayores Isaba		
DIRECCIÓN	C/ Andrés Orozco Batista, 20	
TELÉFONO	922-65-79-45	
TITULARIDAD	Privada	
DEPENDENCIA	Personas mayores	
NUMERO DE PLAZAS	PUBLICAS	PRIVADAS 26
SERVICIOS QUE OFRECE	Enfermería, medicina, animación, fisioterapia, etc.	

Hogar residencia Virgen de Candelaria		
DIRECCIÓN	C/ Andrés Orozco Batista, 20	
TELÉFONO	922-64-39-39	
TITULARIDAD	Privada	
DEPENDENCIA	Personas mayores	
NUMERO DE PLAZAS	PUBLICAS	PRIVADAS 26
SERVICIOS QUE OFRECE	Enfermería, auxiliares de enfermería, medicina, animación, fisioterapia, etc.	

Hogar nuestra señora de Candelaria		
DIRECCIÓN	C/ Gil Roldan, 3	
TELÉFONO	922-27-04-10	
TITULARIDAD	Privada	
DEPENDENCIA	Personas mayores	
NUMERO DE PLAZAS	PUBLICAS	PRIVADAS 87
SERVICIOS QUE OFRECE	Enfermería, auxiliares de enfermería, medicina, animación, fisioterapia, etc.	

Residencia de mayores de Ofra	
DIRECCIÓN	C/ Santa María Soledad, 12
TELÉFONO	922-64-33-99
TITULARIDAD	IASS
DEPENDENCIA	Bajo requerimiento
NUMERO DE PLAZAS	PUBLICAS 170
SERVICIOS QUE OFRECE	Enfermería, auxiliares de enfermería, medicina, animación, fisioterapia, etc.

Residencia Amma	
DIRECCIÓN	C/ América González s/n
TELÉFONO	922-28-48-43
TITULARIDAD	Privada
DEPENDENCIA	Personas mayores
NUMERO DE PLAZAS	PRIVADAS 170
SERVICIOS QUE OFRECE	Enfermería, auxiliares de enfermería, medicina, animación, fisioterapia, etc.

Hospital nuestra señora de los Dolores	
DIRECCIÓN	Urbanización el Gramal s/n
TELÉFONO	922-23-91-00
TITULARIDAD	IASS
DEPENDENCIA	Personas mayores
NUMERO DE PLAZAS	PUBLICAS 170
SERVICIOS QUE OFRECE	Enfermería, auxiliares de enfermería, medicina, animación, fisioterapia, etc.