DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA

PROGRAMA DE DOCTORADO EN

CIENCIAS DE LA SALUD

TESIS DOCTORAL

EXPERIENCIA DE VIDA Y SATISFACCIÓN EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS: CARACTERIZACIÓN DE UNA RESPUESTA HUMANA

FERNANDO GUERRA ARÉVALO

CÁDIZ

2017

Universidad de Cádiz

Departamento de Enfermería y Fisioterapia

Facultad de Enfermería y Fisioterapia
Avda. Ana de Viya nº 52 11009 Cádiz
Tel. 956019096
enfermeria.fisioterapia@uca.es

AUTORIZACIÓN DEL/LOS DIRECTORES DE TESIS PARA SU PRESENTACIÓN

DRA. Dña. CONSOLACIÓN LÓPEZ FERNÁNDEZ, Profesora Colaboradora Doctora de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia, perteneciente al Área de Enfermería del Departamento de Enfermería y Fisioterapia, y **DR. D. JULIO DE LA TORRE FERNÁNDEZ – TRUJILLO,** Profesor Colaborador Doctor de la de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia, perteneciente al Área de Enfermería del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Cádiz,

INFORMAN: Que **D. FERNANDO GUERRA ARÉVALO,** Máster en Innovación e Investigación en Cuidados de Salud, ha trabajado bajo nuestra dirección en el estudio correspondiente a su Tesis Doctoral, titulado **"Experiencia de vida y satisfacción en ancianos institucionalizados: caracterización de una respuesta humana"** para obtener el grado de doctor.

Los que suscriben han revisado la presente Tesis Doctoral, estando conformes con su presentación para ser juzgada.

Cádiz, 25 de mayo de 2017

Fdo. Consuelo López Fernández **Fdo. Julio de la Torre Fdez-Trujillo**

A mis queridos padres:
Cuantos más años se suman a mi vida,
más sentimiento de gratitud hacia ellos.

A mi madre,
espíritu de lucha incansable,
ejemplo de superación y desarrollo personal.

A mi padre,
se fue a su estilo.
Gran Estilo,
mirando por los demás,
sin llamar la atención,
dándonos ejemplo de humildad y generosidad.

AGRADECIMIENTOS

Escribiendo estas líneas pretendo agradecer a todas y cada una de las personas que de una manera u otra han colaborado para que yo pueda finalizar este trabajo. Haré uso de agradecimientos generales con objeto de no olvidarme de nadie. Sois muchos los que me habéis ayudado.

Agradezco en primer lugar a mis directores de tesis Dra. Consuelo López Fernández y Dr. Julio de la Torre Fernández-Trujillo. Sus conocimientos, orientación y apoyo han sido fundamentales para llevar a cabo esta tarea.

Quiero hacer mención especial a Consuelo López por su energía, su capacidad de trabajo, su capacidad motivadora, su generosidad y solidaridad. Me ha hecho sentir en todo momento protegido y capaz de lo imposible.

Agradezco a María del Mar Gómez y Julia Peral su participación activa y sin límites. Sin ellas no hubiera sido posible.

Agradezco el testimonio generoso de todos los residentes participantes.

Agradezco la participación de todos los profesionales de las residencias colaboradoras, por su dedicación en la recogida de datos de una u otra manera. Especialmente a mis compañeros que hicieron de referentes: Joaquín Meléndez, Francisco Javier Capilla, María del Carmen Macías, Beatriz López, Mirian Cirera y Paula Aparicio.

A la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, por facilitarme todo lo necesario. Mi agradecimiento especialmente a los Hnos. Francisco Ventosa y Guillermo García. Cada vez que los necesité, ahí estuvieron.

Ha sido de gran valor para mí el respeto, apoyo y comprensión de mi familia. En especial el de mi mujer, participante, sufridora y acompañante incondicional.

A mis amigos por tenerme siempre presente en mis ausencias.

Envejecer es
como escalar una gran montaña:
mientras se sube las fuerzas disminuyen,
pero la mirada es más libre,
la vista más amplia y serena.

(Ingmar Bergman)

Sobre el uso del lenguaje:

En esta T*esis* se emplea el género masculino como género neutro para referirse a ambos géneros. Se ha tomado esta decisión frente a otras alternativas de redacción integradoras con el fin de evitar la reiteración que implicaría hablar de cuidadores y cuidadoras, enfermeras y enfermeros etc. y facilitar la comunicación. De este modo, entendemos que se cumple con la Ley 3/2007, de 22 de marzo, de igualdad efectiva de mujeres y hombres, así como de la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la promoción de igualdad de género en Andalucía. Así, entendemos que se favorece la lectura a la vez que se garantiza la no discriminación.

ÍNDICE

Capítulo I. Introducción 19

Capítulo II. Fundamentación teórica 27

II.1. Envejecimiento de la población 29

II.1.1. Conceptos de envejecimiento demográfico 29

II.1.2. Envejecimiento de la población mundial 30

II.1.3. Envejecimiento de la población en España 31

II.2. Envejecimiento humano 35

II.2.1. Envejecimiento y fragilidad 35

II.2.2. Envejecimiento y dependencia 36

II.2.3. Envejecimiento. Cambios en la persona 37

II.3. Cambios en las Estructuras familiares 38

II.4. Calidad de vida 40

II.4.1. La calidad de vida de los mayores 41

II.5. Experiencia del bienestar subjetivo 43

II.5.1. Bienestar subjetivo en residencia de ancianos 48

II.6. Institucionalización 51

II.6.1. ¿Qué condiciones hacen que una persona viva o no, en una residencia?..... 53

II.6.2. La vida en la Residencia 55

II.6.3. La resiliencia en la vejez 61

II.7. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Residencia Geriátrica San Juan Grande 62

II.7.1. La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios 62

II.7.2. Residencia Geriátrica San Juan Grande 65

II.7.3. Modelo Asistencial de la UHSJD, adaptado a la Residencia .. 67

II.7.4. Proceso Asistencial. Residencia Geriátrica San Juan Grande . 68

Capítulo III. Objetivos e hipótesis 71

III.1. Objetivos de investigación 73

III.1.1. Objetivo principal …….. 73

III.1.2. Objetivos secundarios ……..……... 73

III.2. Hipótesis ……..……... 73

Capítulo IV. Metodología ……...……..…… 75

IV.1. Diseño ……..….. 77

IV.2 Participantes y emplazamiento ……..…..… 77

IV.12. Selección de la muestra …….....……..… 78

IV.3 Procedimiento ……...……..……..… 81

IV.3.1. Acceso al campo y entrevista….……..……..... 81

IV.3.1.1. Desarrollo, procedimientos y técnicas/estrategias de recogida y registro de datos……..... 82

IV.3.1.2. Abandono del campo…...……...…... 83

IV.4 Fase cuantitativa ……...……..….. 84

IV.4.1. Población y muestra ……..……..…..... 84

IV.4.2. Variables e instrumentos ...……..……..…... 85

IV.4.2.1. Test de Inteligencia Emocional de Mayer-Salovey-Caruso (MSCEIT) ……..……....…….. 87

IV.4.2.2. Cuestionario de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) ……...……...……... 88

IV.4.2.3. Cuestionario Breve de Síntomas (Derogatis y Spencer, 1982) ……...……...……... 88

IV.4.2.4. Escala de Satisfacción con la vida para la Tercera Edad (SWLS) ……..……..…... 89

IV.5 Estrategia de análisis de datos ……..……..….. 89

IV.5.1. Análisis cualitativo ……...….……..……..… 89

IV.5.1.1. Categorización y Análisis de Datos ……..…… 89

IV.5.2. Estrategias de Rigor Metodológico …...……..…..…… 91

IV.5.3. Análisis cuantitativo …….....…..……...……...…. 92

IV.6. Cumplimiento de normas éticas ……...…… 92

Capítulo V. Resultados ……...……..…… 95

V.1. Características de la muestra ……..…… 97

V.1.1. Análisis descriptivo de las variables …….....…… 99

V.2. Resultados relacionados con el objetivo 1: Determinar la IE y la afectividad de la población de ancianos con capacidades cognitivas conservadas, que residen en un centro geriátrico 101

V.2.1. Cambiar para mejor 101

V.2.2. Garantía de bienestar a bajo coste personal 103

V.2.2.1. Satisfacción de las necesidades básicas 103

V.2.2.2. Posibilidad de vida activa y relaciones 104

V.2.2.3. Respeto y seguridad 107

V.2.3. Fuentes de insatisfacción 108

V.2.3.1. Oportunidad de mejora en la elaboración de los alimentos 108

V.2.3.2. Poder tener metas y disponer de mayor margen para tomar decisiones sobre cosas que importan 109

V.2.4. Acercamiento cuantitativo a la comprensión de la experiencia de bienestar con la vida en residencia 110

V.3. Resultados relacionados con el objetivo 2: Determinar las diferencias entre la experiencia de vida de estos ancianos, su experiencia previa y actual con relación a la vida en la vejez, con la reflejada en los resultados recogidos en los informes publicados desde 2008 por el Observatorio de Personas Mayores del IMSERSO sobre "las personas mayores en España" 114

V.3.1. Con relación a las expectativas y la experiencia de envejecer 115

V.3.2. Emociones en la vejez 117

V.3.2.1. Emociones positivas 117

V.3.2.2. Emociones negativas 118

V.3.2.3. Satisfacción con la vida y relaciones 119

V.3.2.4. Vida cotidiana 121

V.4. Resultados relacionados con el objetivo 3: Establecer la presencia de patrones de respuesta humana característicos a la adaptación a la vida en residencias de ancianos 124

V.4.1. Proceso de decisión de ingreso en una residencia de ancianos 126

V.4.1.1. Motivaciones para el ingreso 126

V.4.1.2. Participación en la decisión 128

V.4.1.3. El proceso de adaptación al nuevo entorno 129

V.4.1.4. Integrarse en la residencia 129

V.4.2. Acercamiento cuantitativo a la comprensión de recursos para la adaptación psicológica a la institucionalización …….. 130
V.4.2.1. Relaciones con la IE …… 130
V.4.2.2. Relaciones con la afectividad ……... 131
V.4.2.3. Relaciones con el bienestar ...…… 132

Capítulo VI. Discusión ……...…… 135

Capítulo VII. Conclusiones ……...…… 149

Capítulo VIII. Bibliografía ……...…… 155

Capítulo IX. Anexos ……...…… 179

IX.1. Anexo M_1. Mini examen cognoscitivo (MEC) ……. 181
IX.2. Anexo M_2. Consentimiento informado de entrevista individual ……. 183
IX.3. Anexo M_3. Guía de entrevista a ancianos institucionalizados 186
IX.4. Anexo M_4. Categorías y códigos más representativos con la definición de cada uno de ellos ……. 187
IX.5. Anexo M_5. Cuestionario de recogida de datos ……. 188
IX.6. Anexo M_6. Hoja informativa de entrevista individual y cuestionario …….. 208
IX.7. Anexo M_7. Resolución de aprobación Proyecto Tesis Doctoral Comisión de Doctorado Universidad de Cádiz …….. 210
IX.8. Anexo M_8. Solicitud de colaboración al director del centro .. 211

INDICE DE TABLAS

Tabla FT_1 Definición de Envejecimiento Demográfico ..……...……. 30

Tabla FT_2 Definiciones de Calidad de Vida …… 40

Tabla FT_3 Definición de Factores Determinantes de la Calidad de Vida. 43

Tabla FT_4 Definiciones de Bienestar Subjetivo ……... 45

Tabla FT_5 Motivo principal por el que vive en la residencia, según edad, 2004 ……... 54

Tabla FT_6 Aspectos positivos del ingreso en la residencia en opinión de los propios residentes, 2004…… 59

Tabla FT_7 Aspectos negativos del ingreso según la opinión de los residentes, 2004……... 60

Tabla FT_8 Principios de adaptación al modelo asistencial OHSJD a la Residencia Geriátrica San Juan Grande……... 67

Tabla FT_9 Modelo asistencial en la Residencia San Juan Grande…… 68

Tabla M_1 Clasificación de las ocupaciones por ingreso, poder y riesgos.. 79

Tabla M_2 Características demográficas de la muestra de residentes participantes en el estudio cualitativo…….. 80

Tabla R_1 Características de los participantes…… 98

Tabla R_2 Estadísticos descriptivos para las variables utilizadas…… 100

Tabla R_3 Descriptivos por sexo en calidad de vida relacionada con la salud medida a través de las escalas del SF-36 …… 111

Tabla R_4 Diferencia de medias con la población de referencia en mayores de 65 años, según sexo, en puntuaciones de calidad de vida relacionadas con la salud SF-36. Prueba t para muestras independientes. 112

Tabla R_5 Descriptivos por sexo en lista de síntomas……... 112

Tabla R_6 Diferencia de medias en puntuaciones de síntomas. Prueba t para muestras independientes…….. 113

Tabla R_7 Correlaciones entre las variables en estudio……... 133

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura FT_1 Cantidad de personas de 60 años o más edad. 1950-2015. Proyección 2100 …… 31

Figura FT_2 Ratio de Fertilidad media al mundial. 1950-2015. Proyección 2100 ……... 32

Figura FT_3 Población de España (1950-2015). Proyección 2100. Porcentaje mayor de 60 años……... 32

Figura FT_4 Ratio de fertilidad: Promedio de hijo por mujer, en España.. 33

Figura FT5 Proyección de la pirámide de la población en España……... 34

Figura FT_6 Comparativa del crecimiento de la población mayor entre España y los países de la Unión Europea (UE-25)……... 35

Figura FT_7 Estructura para medir calidad de vida……... 43

Figura FT_8 Motivo principal para vivir en una residencia, 2004…… 54

Figura FT_9 Aspectos positivos y negativos del ingreso según la opinión de los residentes, 2004…… 61

Figura FT_{10} Presencia de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios a nivel mundial…….. 63

Figura FT_{11} División por provincias Orden Hospitalaria San Juan de Dios en España……... 63

Figura M_1 Distribución de participantes potenciales por centros……. 79

Figura M_2 Procedimiento de análisis…….... 90

Figura R_1 Participantes en las diferentes aproximaciones del estudio…... 97

Figura R_2 Relaciones entre nivel de instrucción, función cognitiva y edad de los participantes entrevistados…… 98

Figura R_3 Relaciones entre grado de dependencia, función cognitiva y edad de los participantes entrevistados…… 99

Capítulo I.

Introducción

El anciano también quiere ser feliz. La búsqueda de la felicidad es una característica que acompaña a la persona a lo largo de su vida. La felicidad es una vivencia personal. Para Aristóteles la felicidad estaba relacionada con la autorrealización.

Esta búsqueda puede resultar más compleja y difícil con la edad, especialmente en la vejez. El filósofo español, Javier Sábada, refiere que ser feliz se concreta en "el buen vivir". A la vez, exige evitar cualquier sufrimiento inútil (Sádaba, 2009). Al ser cada vez más numerosa la población de mayores, son cada vez más las personas que, para afrontar los efectos del envejecimiento recurren a cambiar su domicilio por la institucionalización en residencias geriátricas (Bazo, 1991). Este cambio de domicilio inevitablemente va acompañado de nuevos estilos de vida: cambia la rutina de actividades diarias, cambian las relaciones sociales y familiares, cambian los horarios relacionados con el descanso y el ocio, cambia el entorno, cambian las costumbres y los horarios de comida, etc. Esta nueva situación hace necesario que la persona institucionalizada ponga en marcha mecanismos de adaptación (Daana, 2007). Analizar y comprender el proceso de adaptación de las personas mayores a la institucionalización en una residencia geriátrica, podría ayudar a los ancianos a afrontar con mayor satisfacción los nuevos estilos de vidas, los cuales afectan de una manera u otra a su bienestar (Moyano, 2008).

Una forma de abordar el problema planteado, es el presente trabajo. Hemos pretendido estudiar la población formada por los ancianos que residen en las Residencias Geriátricas de la Provincia Bética de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (en adelante, OHSJD).

La razón que nos ha motivado a llevar este trabajo a cabo, es conocer cuánto de satisfechos están los ancianos institucionalizados en estas residencias. Llegar a esta información a través de las propias valoraciones de los residentes sobre el sentimiento de bienestar. Una vez conocido, identificar si el modelo de

atención que ofrecen estos centros geriátricos a través de sus profesionales y sus formas de organización y funcionamiento, tiene algún tipo de relación con la satisfacción referida por los mayores. Ésta sería una manera de llegar a garantizar que las personas, que por diferentes necesidades hayan ingresado en estas residencias, hagan de estos centros sus hogares, su lugar de vida y de relación social, manteniendo calidad de vida, relación con sus familias y resto del entorno.

Los objetivos de este trabajo parten de uno general que es el caracterizar la respuesta humana a la institucionalización de los ancianos. Este objetivo está focalizado en ancianos que conserven las capacidades cognitivas, al estar este trabajo orientado a llegar a conclusiones a través de las propias opiniones de los mayores.

El capítulo de la fundamentación teórica se inicia contextualizando el objeto de este trabajo en una de las realidades mundiales que vivimos. Posiblemente uno de los cambios o acontecimientos de mayor importancia en el mundo en el siglo XXI. Los factores como la mejora de la nutrición, el saneamiento, la atención médica, la educación y el bienestar económico favorecen la longevidad de la población. Si a esto sumamos otro hecho como la disminución de la fertilidad, se produce inevitablemente un envejecimiento de la población. Este escenario es en el que viene evolucionando la población mundial desde aproximadamente el año 1950 (Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, 2013).

La evolución y la proyección de la población española tienen su correspondencia con la mundial. El cambio significativo demográfico en España hacia el envejecimiento comienza a partir del año 1970, ya que en las tres décadas que le siguen a esta fecha, la población mayor de 65 años se duplica. Fundamentalmente aumenta la esperanza de vida. Por otro lado, este proceso viene acompañando de manera contemporánea con una disminución

paulatina de la natalidad. En 1964 la media de hijos por mujer en edad fértil en España era de 3 hijos. En la actualidad apenas supera la media de un hijo por mujer (Fernández, 2010).

Entre las etapas vitales, el envejecimiento se caracteriza por aglutinar una multitud de variables interrelacionadas entre sí que modifican las capacidades de la persona, afectando a la posibilidad de detectar y cubrir las necesidades habituales para llevar una vida autónoma y, como consecuencia, generando otras nuevas. Dentro de estas nuevas necesidades están las relacionadas con las falta de potencial físico y de salud: disminución de capacidades visuales, auditivas, movilidad en el exterior de su hogar, etc. Estas circunstancias generan en las personas afectadas la necesidad de ayuda para el autocuidado y están íntimamente relacionadas con otras ayudas de tipo social, comunicación y de relaciones personales, básicas para tener una mínima calidad de vida (Parapar, 2010).

Si a este escenario de envejecimiento al que está expuesto la población de mayores, se le unen los cambios producidos en la estructura de las familias, que han sido su principal apoyo llegado estos momentos, esta población se encuentra en gran medida en situación de vulnerabilidad. Las familias de ahora son más heterogéneas en estructuras y diferentes en normas y costumbres a las de décadas anteriores. Como consecuencia, las relaciones entre los ancianos y sus familias también son muy diversas. Aparecen nuevos tipos de interrelación entre los mayores y sus allegados.

Históricamente el apoyo que han ido necesitando los mayores conforme han ido envejeciendo ha sido desempeñado por miembros de su familia directa. Pero cuando el anciano entra en una situación de incapacidad, asociada con enfermedades propias de la vejez y requiere cuidados complejos, continuados y prolongados en el tiempo, surge la fatiga familiar y la necesidad de buscar otros recursos, como el ingreso en una residencia (González, 1998). Por otro lado, lo

habitual en estos momentos es que las familias sean menos numerosas en miembros y conceptualmente diferentes a las de generaciones anteriores.

Todo lo anterior, tiene un efecto de cambio en los roles y relaciones entre familiares (Bazo, 2004). Las relaciones entre los miembros de las familias del futuro pertenecientes a este siglo, serán más verticales que horizontales. Es decir, en una misma familia coincidirán muchas más generaciones que hasta ahora, pero el número de personas de la misma generación será menor. Dicho de otra manera, no será poco habitual que coincidan en una misma familia padres, abuelos y bisabuelos. Por el contrario los hermanos y primos disminuirán en número. Estas estructuras familiares siendo más largas en vertical, hacen que las diferentes generaciones no convivan en el mismo hogar, a diferencia de las familias pertenecientes al pasado siglo. Esto último repercute en que los lazos afectivos y emocionales entre los ancianos y el resto de familiares pierdan intensidad (Walker, 1993).

Estas circunstancias de las que hablamos, problemas de salud física o psíquica, problemas relacionados con la convivencia (imposibilidad de vivir solo) y los problemas de carácter socioeconómico, es decir, la falta de recursos, se convierten en los motivos, en términos generales, que hacen que las personas mayores lleguen a la institucionalización, como solución a estas nuevas necesidades (Fernández, 2009).

Llegados a este punto podemos prever que, como consecuencia del aumento de la población mayor, cada vez la solución de ingresar en una residencia se dará en mayor medida. En este contexto concreto, adquiere sentido este trabajo, ya que es un reto para todos los que nos dedicamos profesionalmente a la atención de estos mayores, conocer cómo están de satisfechos los ancianos que viven en estos hogares. Qué y cómo debemos mejorar para conseguir dar una asistencia ajustada a las necesidades y que estas personas vivan con calidad de vida.

El trabajo que a continuación se presenta está estructurado en un conjunto de capítulos. En la fundamentación teórica de este trabajo se hace referencia a la calidad vida en los mayores y a otros conceptos de interés. Presentamos el escenario del estudio dando a conocer la institución a la que pertenecen las residencias en las que hemos realizado este trabajo. Una vez definidos los objetivos del estudio, se presenta la sección de metodología donde se detalla el procedimiento seguido en esta investigación. La sección de resultados nos adentra en las perspectivas de los mayores acerca de su experiencia en la residencia y como se adaptan a ella. Tras la discusión de los principales resultados se presenta las conclusiones.

Capítulo II.

Fundamentación Teórica

II.1. Envejecimiento de la Población.

II.1.1. Conceptos de envejecimiento demográfico.

El Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana en 2007, define el envejecimiento demográfico utilizando la relación entre cantidad de población y el conjunto de la población a la que pertenece (Alonso, Sansó, Díaz-Canel, Carrasco, & Oliva, 2007). Coincide en los mismos términos definitorios que autores que mencionaremos a continuación como: Chackiel y Chesnais (Chackiel, 2004; Chesnais, 1990); y otros como Pérez Díaz en el informe que publica en Portal de Mayores del IMSERSO en el año 2006 (Pérez, 2006).

Atendiendo a las cifras expuestas sobre la evolución de la población de España y a los conceptos de envejecimiento demográfico de autores como Chackiel en 2004 y Chesnais en 1990, podríamos afirmar que la población española viene desde hace décadas inmersa en un proceso de envejecimiento demográfico (**Tabla FT1**) (Chackiel, 2004; Chesnais, 1990).

Por otra parte, la argumentación que expresa el "Manual sobre Indicadores de Calidad de Vida en la Vejez del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía de Santiago de Chile", es totalmente válida para explicar lo que ha ocurrido y está ocurriendo en la población española en relación al envejecimiento. Argumenta que el ritmo de envejecimiento de la población muestra un incremento más acelerado a partir de los 60 años, como consecuencia de la disminución de la mortalidad adulta y la entrada en las edades adultas de generaciones nacidas en etapas de alta fecundidad. Además se manifiesta también como causa la baja fecundidad, pues la población menor de 15 años empieza a desacelerar su ritmo de crecimiento. Se pone de manifiesto el "envejecimiento del envejecimiento" (CELADE- División de Población de la CEPAL, 2006).

Tabla FT$_1$ *Definición de Envejecimiento Demográfico.*

Autor, año.	Definición.
Chesnais, 1990.	Se define como el aumento progresivo de la proporción de las personas de 60 años y más con respecto a la población total, lo que resulta de una gradual alteración del perfil de la estructura por edades, cuyos rasgos clásicos (una pirámide con base amplia y cúspide angosta) se van desdibujando para darle una fisonomía rectangular y tender, posteriormente, a la inversión de su forma inicial, una cúspide más ancha que su base (Chesnais, 1990).
Chackiel, 2004	Es uno de los resultados de la evolución de los componentes del cambio demográfico (fecundidad y mortalidad). Este cambio incide tanto en el crecimiento de la población como en su composición por edades. En la medida en que avanza la transición demográfica y se producen descensos de la mortalidad, y principalmente de la fecundidad, se asiste a un proceso paulatino de envejecimiento de la población (Chackiel, 2004).

Fuente: Elaboración propia

II.1.2. Envejecimiento de la población mundial.

La población mundial está en un proceso de envejecimiento desde mediados del siglo XX. Según datos publicados por el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (en adelante, DESA) de la Organización de las Naciones Unidas (en adelante UN), las personas de 60 años o más en el año 2015 representan el 12,3% de la población mundial. El pronóstico para el año 2050 aumenta esta cifra hasta el 21,5%. Estos datos adquieren mayor relevancia cuando conocemos que en el año 2000, este porcentaje era de 9,9%.

Los factores como la mejora de la nutrición, el saneamiento, la atención médica, la educación y el bienestar económico favorecen la longevidad de la población. Si a esto sumamos otro hecho como la disminución de la fertilidad, se produce inevitablemente un envejecimiento de la población. Este escenario es en el que viene evolucionando la población mundial desde aproximadamente el año 1950, como se puede observar gráficamente en los datos que ofrece el DESA. Siendo el envejecimiento de la población posiblemente uno de los cambios más significativos en todo el mundo en el siglo XXI. En el año 2050,

aproximadamente 65 países en el mundo, tendrán un porcentaje de población mayor de 65 años, superior al 30%, según apuntan la mayoría de los pronósticos (UN/DESA, 2013)

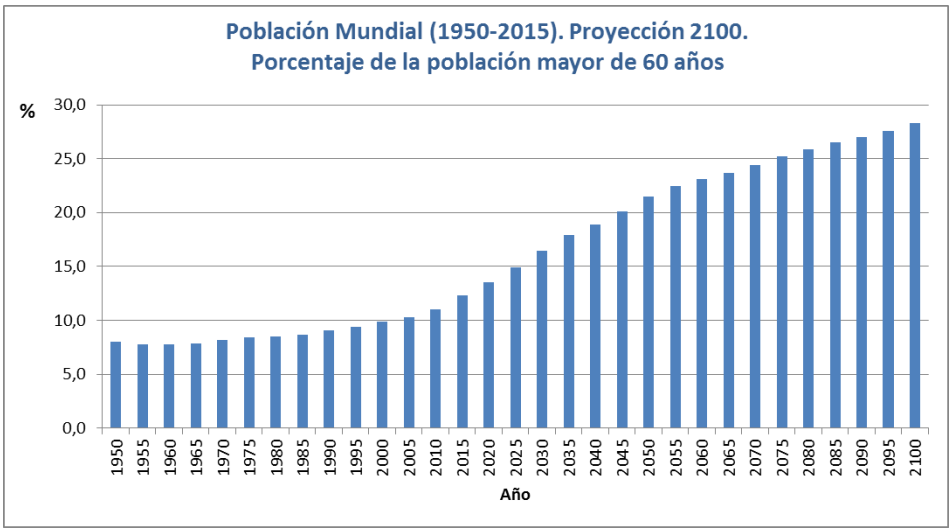


Figura FT$_1$ *Cantidad de personas de 60 años o más de edad. 1950-2015. Proyección 2100*

Nota: Elaboración propia.

Adaptado de UN/DESA, (2015)

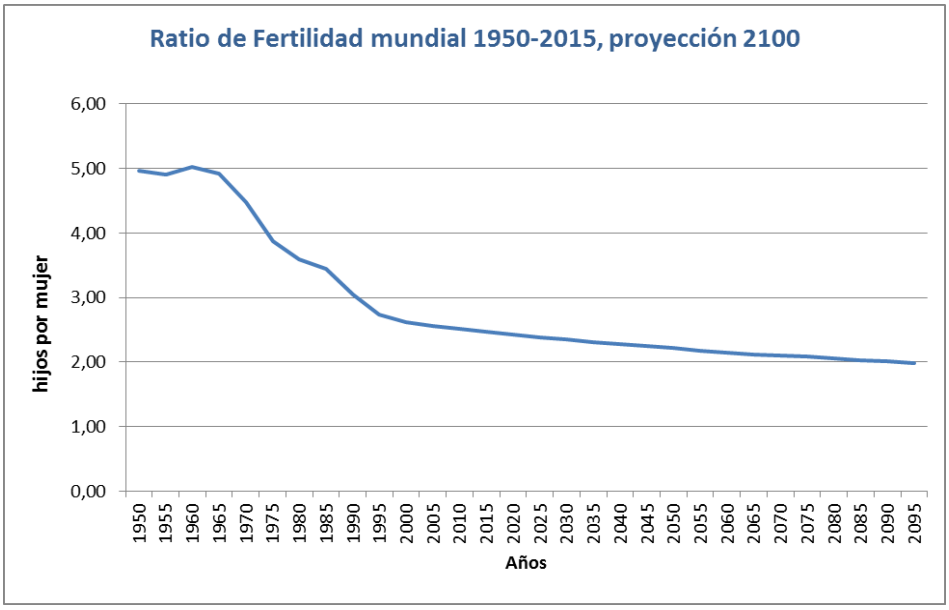


Figura FT2 *Ratio de Fertilidad media mundial 1950-2015, con proyección 2100*

Nota: Elaboración propia.

Adaptado de UN/DESA, (2015)

II.1.3. Envejecimiento de la población en España.

En España el cambio significativo de la población hacia el envejecimiento se sitúa a partir del 1970, ya que en aproximadamente 3 décadas la población mayor de 65 años se duplica. Aumenta la esperanza de vida fundamentalmente. Este proceso viene acompañado desde 1964 con una disminución paulatina de la natalidad. En 1964 la media de hijos por mujer en edad fértil en España era de 3 hijos. En la actualidad apenas supera la media de un hijo por mujer (Parapar, Fernandez, Rey, & Ruiz, 2010).

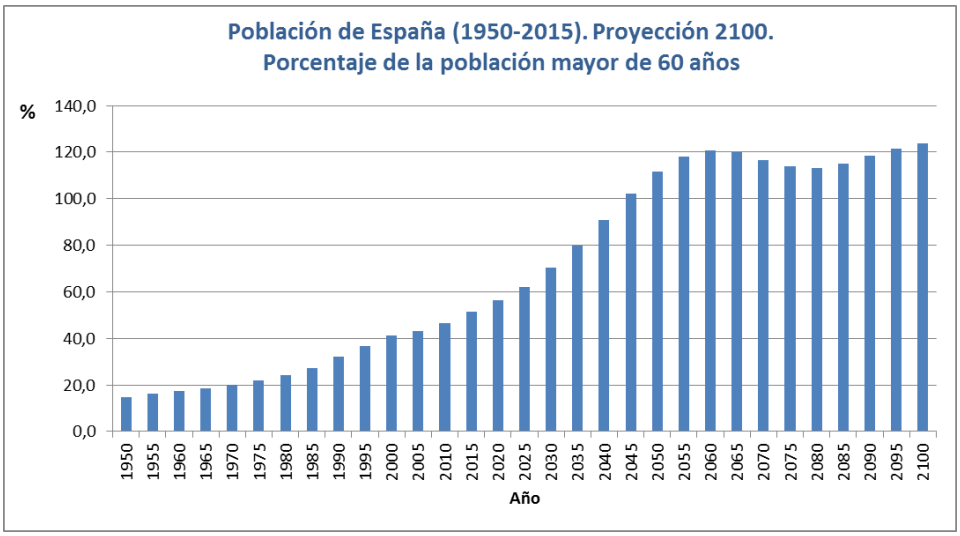


Figura FT3 *Población de España (1950-2015). Proyección 2100. Porcentaje de la población mayor de 60 años*

Nota: Elaboración propia. Adaptado de UN/DESA, (2015)

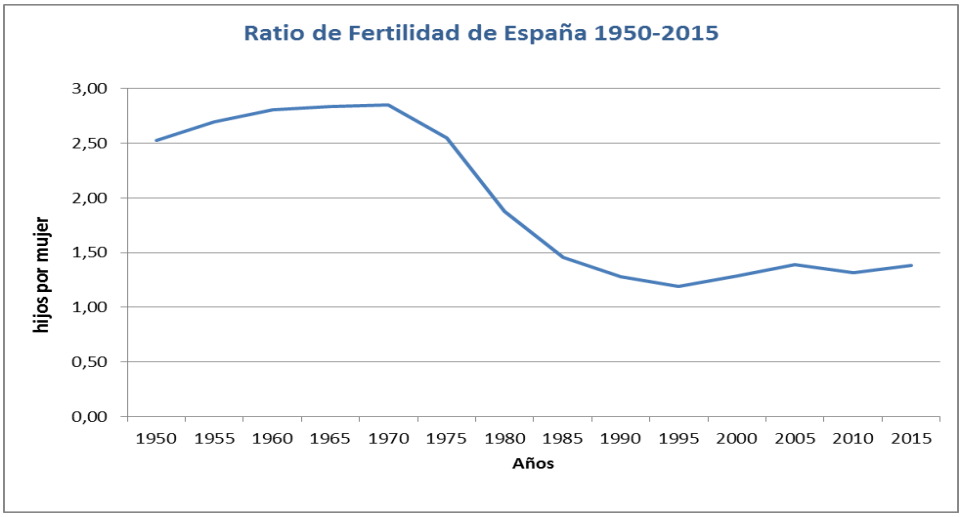


Figura FT$_4$ *Ratio de fertilidad: Promedio de hijo por mujer, en España*
Nota: Elaboración propia.Adaptado de UN/DESA, (2015)

Tomando como referencia los datos oficiales del Padrón Municipal de Habitantes de 2013 (1 de enero de 2014), en España el conjunto de población mayor de 64 años, representa el 18,2%: 8.442.887 personas. Así mismo, el 5,7% de estos mayores superan los 79 años: 2.651.216 habitantes (Área de envejecimiento activo del Imserso, 2015).

Las proyecciones realizadas por el Instituto Nacional de Estadística (en adelante, INE), sitúa a España en el año 2050, como uno de esos países que su población mayor de 65 años superaría al 30% del total de la población (INEbase, 2014). Estos datos de envejecimiento de la población española, coinciden en mayor o menor medida con los de la UN, que estima que en el año 2050 la población española que superará los 60 años superará el 40%, convirtiéndose entonces España en el país con mayor envejecimiento, teniendo en cuenta las proyecciones de los demás países del mundo (UN/DESA, 2013).

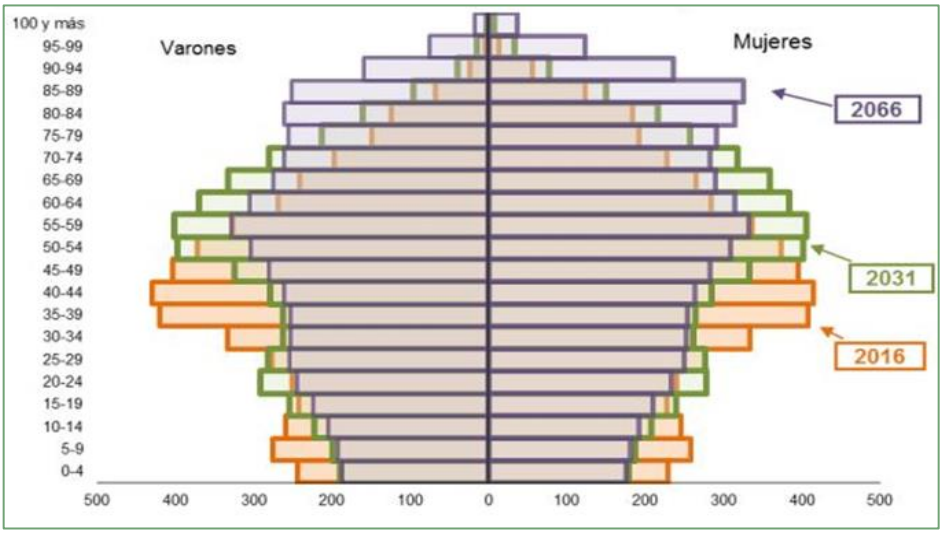


Figura FT$_5$ *Proyección de la pirámide de población en España*
Nota: Tomado de Instituto Nacional de Estadística. España. (INEbase, 2014)

En los siguientes gráficos, elaborados con datos de la Oficina Europea de Estadística (Eurostat), se puede observar que en Europa de forma generalizada se viene produciendo un aumento del porcentaje de población mayor de 65 años desde mediados del siglo XX. Así mismo este crecimiento se prevé que siga en aumento hasta el año 2050. En el caso de España todo este crecimiento se ha venido produciendo, y se prevé que se produzca, de manera más acentuada. Esto hace pensar que España tiene actualmente un importante reto, en cuanto al manejo del envejecimiento poblacional (Fernández, Parapar, & Ruiz, 2010; Parapar et al., 2010).

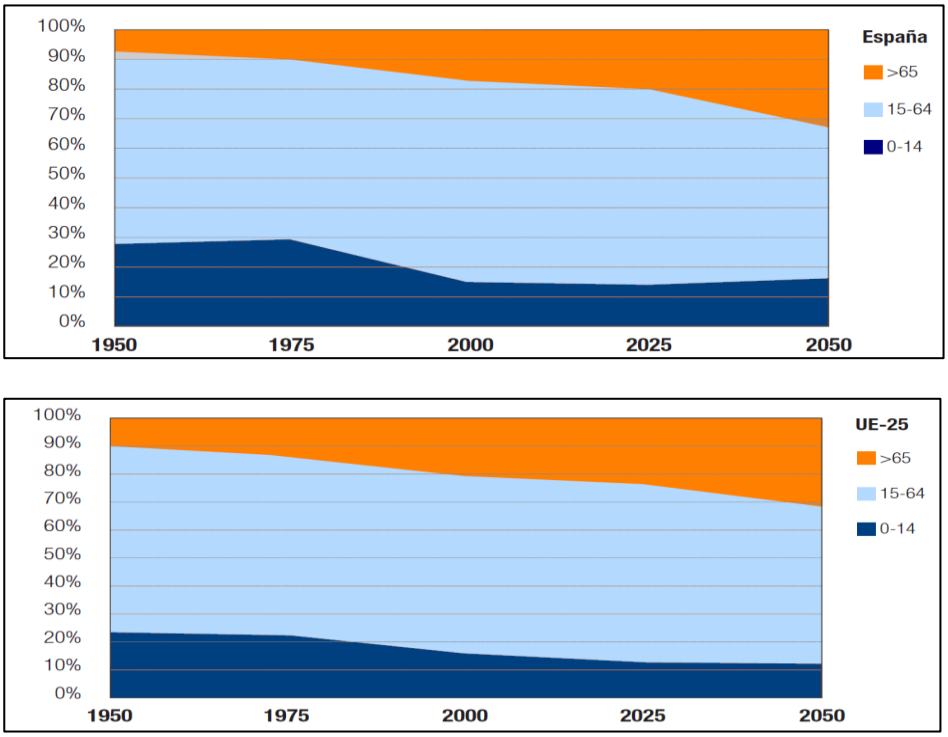


Figura FT6 *Comparativa del crecimiento de la población mayor entre España y los países de la Unión Europea (UE-25)* Nota: Recuperado de Fernández et al., (2010)

II.2. Envejecimiento humano.

II.2.1. Envejecimiento y fragilidad.

Una de las consecuencias del envejecimiento es la fragilidad, pudiéndose convertir en un "problema mayor" por la complejidad que tiene su manejo adecuado, desde los inicios de sus manifestaciones (Benchimol, 2014).

Clegg, define la fragilidad como un estado de vulnerabilidad que puede derivar a discapacidad. A través de un conjunto de fenómenos biológicos se llega a la disminución de la reserva y de la resistencia a las situaciones de estrés. Esta situación hace al individuo más vulnerable y expuesto a acontecimientos no deseados en cuanto a resultados de salud (Clegg, Young, Iliffe, Rikkert, & Rockwood, 2013).

El envejecimiento individual humano provoca cambios relacionados tanto con la edad como con la salud. Independientemente de los niveles de afectación de los diferentes factores (edad, enfermedades crónicas, etc.), de manera inevitable con el tiempo, aparecerán pérdidas funcionales en el individuo, así como disminución de la capacidad del organismo para defenderse o adaptarse de agresiones externas. Por lo tanto, uno de los desencadenantes del envejecimiento en los individuos es la fragilidad en los ancianos (Alonso et al., 2007).

Hay ideologías de enfoque biologicista, que consideran que el ser humano, como cualquier ser vivo, está sometido a un ciclo vital caracterizado principalmente por el desarrollo de acontecimientos como el nacimiento, el crecimiento, el envejecimiento y la muerte. En este contexto del envejecimiento, es la fragilidad posiblemente la manifestación más problemática y compleja del envejecimiento poblacional (Cerri, 2015).

II.2.2. Envejecimiento y dependencia.

Desde el contexto de la Dependencia podemos decir que la experiencia del envejecimiento no es igual para todos los individuos ya que depende por ejemplo del entorno. Es decir, de las circunstancias que rodean al individuo como las históricas y las actuales en diferentes ámbitos como el social, cultural, político, economico, etc. Por otra parte también están las circunstancias propias del individuo, como la salud, su familia, situación laboral, etc. (Algado, 1997).

Parece obvio afirmar que envejecer lleva a la discapacidad, y a la dependencia. En este contexto Pérez Orozco reflexiona sobre un problema llamado por esta autora "crisis de los cuidados". Escribe sobre la necesidad de reorganizar la cobertura de cuidados de la población mayor (Pérez, 2006).

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, en su redacción sostiene que:

"En España, los cambios demográficos y sociales están produciendo un incremento progresivo de la población en situación de dependencia. Por una parte, es necesario considerar el importante crecimiento de la población de más de 65 años (...). A ello hay que añadir el fenómeno demográfico denominado «envejecimiento del envejecimiento», es decir, el aumento del colectivo de población con edad superior a 80 años, que se ha duplicado en solo veinte años. Ambas cuestiones conforman una nueva realidad de la población mayor que conlleva problemas de dependencia en las últimas etapas de la vida para un colectivo de personas cada vez más amplio" (Jefatura de Estado, 2006).

II.2.3. Envejecimiento. Cambios en la persona.

Moreno cita a Ruipérez en relación al envejecimiento: "Toda persona debe sentirse orgullosa por haber llegado hasta allí. Además la vejez puede ser una etapa de la vida tan positiva como cualquier otra. No es justo que se fomenten temores y sobresaltos, todo lo contrario, debemos conseguir entre todos que los mayores puedan tener una participación activa en la sociedad, con una calidad de vida bien valorada por cada uno de los mayores" (Moreno, 2004).

Existen varias teorías que explican el proceso de envejecimiento que, sin llegar a tener planteamientos idénticos, pueden ser complementarias. Se trata de las teorías que hablan de los cambios graduales e irreversibles asociados al avance de la edad. Las teorías de la pre-programación genética y las teorías del desgaste. El primer grupo de teorías afirman que las células humanas tienen un límite en su reproducción y el segundo grupo refiere que el desgaste por funcionamiento continuo afecta al óptimo funcionamiento del cuerpo humano, como ocurre en cualquier máquina (Berger, 2009).

En esta misma línea, Moreno sostiene que el envejecimiento comienza cuando aparecen cambios irreversibles como consecuencia de la edad: "En la vejez, hay desgaste, declinación en la energía física, aumenta la susceptibilidad a

las enfermedades e incapacidades, pero no es una enfermedad. Es un proceso multifacético de maduración y declinación, un proceso gradual, natural, universal e inexorable" (envejecimiento primario). Por otra parte aparecen cambios producidos por enfermedades pudiendo incluso haber sido evitados (envejecimiento secundario). Los cambios físicos producidos en el envejecimiento son los más evidentes y los que menos dudas pueden llegar a generar en su relación con la vejez. Los cambios cognitivos, producen algunas dudas en la mayoría de las personas. Parece haber cambios degenerativos con la edad que no tienen que estar directamente relacionados con el proceso de envejecimiento y sí con la aparición de enfermedades que pueden aparecer antes o después a lo largo de la vida (Moreno, 2004).

El envejecimiento aglutina multitud de variables interrelacionadas entre sí que modifican las capacidades de la persona, afectando a la posibilidad de detectar y cubrir las necesidades habituales y, por ende, generando otras nuevas. Todo esto afecta a la percepción de la calidad de vida de las personas mayores (Moreno, 2004).

Las discapacidades más frecuentes, y que comienzan a una edad más temprana, son las relacionadas con la disminución de las capacidades visuales y auditivas, seguidas de la movilidad en el exterior de la vivienda. En la mayoría de las ocasiones, las deficiencias auditivas se asocian a problemas para entender el habla y comunicarse, lo que se traduce en un sentimiento progresivo de aislamiento. Las discapacidades que más evolucionan con la edad son las relativas a las funciones cognitivas, así como las de comunicación y relación (Parapar et al., 2010).

II.3. Cambios de las Estructuras familiares.

Los cambios demográficos que hemos citado hasta el momento, también están teniendo sus consecuencias en las estructuras familiares. Algunos de los

factores mencionados, como el aumento de la esperanza de vida, la disminución de la fecundidad, unidos a cambios culturales y sociales han cambiado las estructuras de las familias en general. Las familias de ahora son más heterogéneas en estructuras y diferentes en normas y costumbres a las de décadas anteriores. Como consecuencia las relaciones entre los ancianos y sus familias también son muy diversas. Aparecen nuevos tipos de interrelación entre los mayores y sus allegados. Lo habitual en estos momentos es que las familias sean menos numerosas en miembros y conceptualmente diferentes a las de generaciones anteriores. Se da el caso que en las familias actuales a pesar de que el número de miembros sea menor, por otra parte la convivencia de tatarabuelos y biznietos cada vez es más habitual. Todo lo anteriormente descrito, tiene un efecto de cambio en los roles y relaciones entre familiares (Bazo, 2004).

Las relaciones entre los miembros de las familias del futuro perteneciente a este siglo, serán más verticales que horizontales. Es decir en una misma familia coincidirán muchas más generaciones que hasta ahora, pero el número de personas de la misma generación será menor. Dicho de otra manera, no será poco habitual que coincidan en una misma familia padres, abuelos y bisabuelos. Por el contrario los hermanos y primos disminuirán en número. Estas estructuras familiares contemporáneas siendo más largas en vertical, hacen que las diferentes generaciones no convivan en el mismo hogar a diferencia de las familias pertenecientes al pasado siglo. Esto último repercute en que los lazos afectivos y emocionales entre los ancianos y el resto de familiares pierdan intensidad (Walker & Alber, 1993).

Bazo, en 1990 publicaba una investigación donde, refiriéndose a las familias españolas, decía que las personas de edad tienden a vivir con una hija casada, cuando la salud, la viudez o la falta de recursos económicos hacen difícil vivir a solas. Ya en el 2004 aparecen publicaciones que constatan que en España

la mayor parte de las personas mayores viven en su propia casa antes que en la de otras personas. Cuanto mayor se hacen los ancianos, aparecen discapacidades, pérdidas de la pareja, etc. Estas circunstancias hacen que los ancianos pasen a vivir en casa de... (Bazo & Ancizu, 2004).

II.4. Calidad de vida.

Aunque el interés por la calidad de vida ha ido históricamente unido a la evolución del humano, la necesidad de llegar a un concepto único, y a la medición estandarizada y científica, hay autores que lo sitúan en la década de los años 60 (Gómez & Sabeh, 2001). Otros autores refieren que el interés por el estudio de la calidad de vida aumentó considerablemente en los años finales del siglo XX, al menos en los Países Desarrollados una vez que éstos dieron por consolidada la satisfacción sobre las necesidades básicas de la población (Ardila, 2003).

Son numerosos los autores y estudios que definen y miden la Calidad de Vida. Dependiendo del objeto de los estudios y de la disciplina que la aborde, el concepto puede llegar a tener diferencias más o menos significativas, resultando algo complejo llegar a una definición única y compartida. No por ello deja de ser una expresión bastante utilizada y entendida de manera instintiva. Entre las definiciones recogidas en la literatura científica de calidad de vida se encuentran las siguientes:

Tabla FT2 *Definiciones de calidad de vida*

Levy y Anderson (1980)	Calidad de vida es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa (Levi, Andersson, & Jasso, 1980).
Szalai y Andrews (1980)	Calidad de vida es la evaluación subjetiva del carácter bueno o satisfactorio de la vida como un todo (Szalai & Andrews, 1980).
Calman (1987)	Satisfacción, alegría, realización y la habilidad de afrontar... medición de la diferencia, en un tiempo, entre la esperanza y expectativas de una persona con su experiencia individual presente (Calman, 1987).

Cella y Tulsky (1990)	Calidad de vida es la apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible o ideal (Cella & Tulsky, 1990).
Chaturvedi (1991)	Por definición, la calidad de vida es la sensación subjetiva de bienestar del individuo (Chaturvedi, 1991).
Ferrans (1990)	Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella (Ferrans, 1990).
Quintero, citado por (Ardila, 2003, p. 163)	Es el indicador multidimensional del bienestar material y espiritual del hombre en un marco social y cultural determinado.
The Whoqol Group OMS (1995)	La percepción que el individuo tiene de su posición en la vida en el contexto cultural y de valores en el que vive y en relación a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones (The WHOQOL Group, 1995).
Gómez y Sabeh (2001)	El concepto de calidad de vida representa un término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida objetivas y un alto grado de bienestar subjetivo, y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades (Gómez & Sabeh, 2001).
Lawton (1999)	Evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo (Lawton, 1999).

Fuente: elaboración propia.

II.4.1. La calidad de vida en los mayores.

La calidad de vida como característica de las condiciones de vida de la población mayor, ha sido definida de diversas maneras desde sus primeras referencias en la literatura científica, hasta ahora. Autores como (Lassey & Lassey, 2001) fechan los principios de esta expresión sobre el 1975.

Torres Ortuño y otros la definen como "un constructo complejo, multifactorial, sobre el que se pueden realizar algunas mediciones objetivas, a través de una serie de indicadores pero en el que tiene un importante peso la vivencia que el sujeto pueda tener de ella" (Ortuño, 1996).

Hay autores que piensan que para hablar acerca de la calidad de vida es recomendable definir dominios específicos de la calidad de vida (Gómez & Sabeh, 2001). Mayoritariamente los estudios realizados se basan en valoraciones que los individuos realizan de su vida a través de sus propias experiencias y

expectativas. Esto, sumado a las diferencias anteriormente mencionadas, podría ser el motivo por el que no existan dominios unificados para la investigación de la calidad de vida en los mayores.

La población anciana es un grupo poco homogéneo y muy diverso en experiencias vitales y eso hace de ellos que sus valoraciones sobre el concepto de calidad de vida propia o ajena sean a su vez diversas y poco homogéneas (Sarabia, 2009).

La búsqueda de conceptos comunes sobre el abordaje de la calidad de vida en los mayores pone de manifiesto el gran protagonismo que adquieren factores que intervienen en el envejecimiento de las personas (Moreno, 2004):

- El deterioro de las funciones físicas.
- La disminución progresiva de las facultades mentales.
- La transformación social de la estructura familiar.
- La evolución de las profesiones y por ende la vida profesional de las personas.
- Y por último la capacidad de adaptación del individuo a las circunstancias propias que estos aspectos le han hecho y hacen vivir.

Rossella Palomba, bajo un enfoque multidimensional propone a la hora de medir la calidad de vida la siguiente estructura (Palomba, 2002):

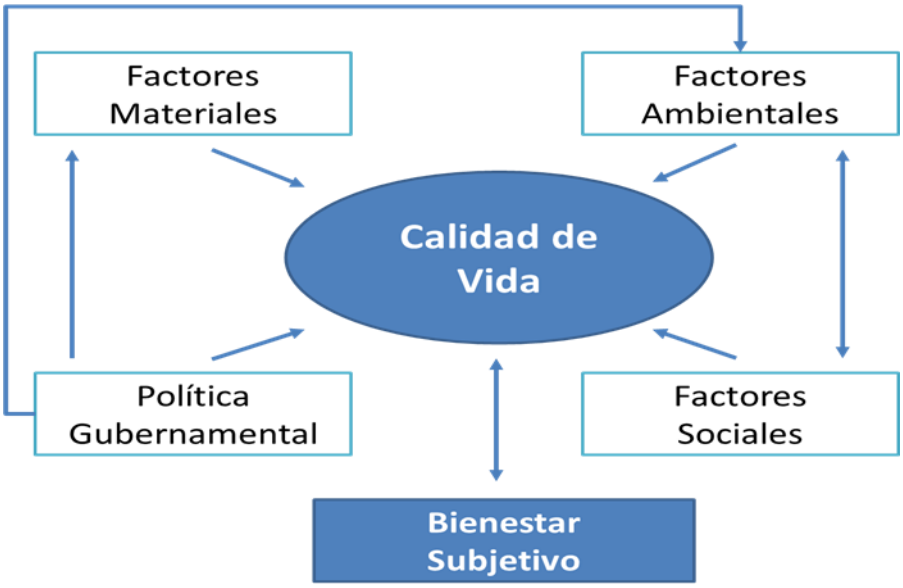


Figura FT7 *Estructura para medir calidad de vida*
Nota: Tomado de (Palomba, 2002)

Otras variables que se vienen utilizando en los estudios publicados para la definición de la calidad de vida, de medición más fácil, por ser objetivas son: economía, nivel socio-cultural, déficits funcionales, problemas de salud. Otras son subjetivas, difíciles de medir, asociadas a la percepción personal sobre las condiciones de vida propias, y en virtud de ello el nivel de satisfacción, felicidad, autoestima que siente el propio individuo (Blanco, López, & Rivera, 1988).

Tabla FT3 *Definición de factores determinantes de calidad de vida*

Factores Materiales	Son los recursos que uno tiene: ingresos disponibles, posición en el mercado de trabajo, salud, nivel de educación, etc. Muchos autores asumen una relación causa-efecto entre los recursos y las condiciones de vida: mientras más y mejores recursos uno tenga, mayor es la probabilidad de una buena calidad de vida.
Factores Ambientales	Son las características del vecindario/comunidad que pueden influir en la calidad de vida, tales como: presencia y acceso a servicios, grado de seguridad y criminalidad, transporte y movilización, habilidad para servirse de las nuevas tecnologías que hacen la vida más simple. También las características del hogar son relevantes en determinar la calidad de las condiciones de vida.
Factores Sociales	Incluyen las relaciones con la familia, los amigos y las redes

	sociales. La integración a organizaciones sociales y religiosas, el tiempo libre y el rol social después del retiro de la actividad económica, son factores que pueden afectar la calidad de vida en las edades avanzadas. Cuando la familia juega un rol central en la vida de las personas adultas mayores, los amigos, vecinos y otras redes de apoyo pueden tener un rol modesto.
Políticas gubernamentales	La calidad de vida no debe ser considerada solamente tomando en consideración la perspectiva de los individuos, sino también hay que considerar la perspectiva social. La calidad de vida y el bienestar de las personas adultas mayores dependen parcial o totalmente de las políticas existentes.

Fuente: Elaboración propia.

Un elemento clave que interfiere en la calidad de vida de los mayores es el ambiente. Un ambiente favorecedor sin prejuicios sociales sobre la vejez, con un enfoque dinámico, donde se ofrezca la posibilidad de actividades integradoras e intergeneracionales (Kruse & Ding-Greiner, 2003).

Uno de los modos que se hace necesario para generar calidad de vida es la actividad. Entendiendo por actividad principalmente el estar ocupado en tareas, que producen desarrollo tanto intelectual como social y satisfacción. Sin necesidad de rentabilidad económica. La actividad evita sentimientos y emociones negativas como el aburrimiento, la rutina, el aislamiento, la terrible soledad que, si se dan, disminuyen la calidad de vida (Lehr, Thomae, & Ruiz-Garrido, 2003).

Organizaciones como la OMS y la Unión Europea plantean programas cuyas metas van orientadas a mejorar la calidad de vida a través del uso de tecnologías. En el caso de la OMS (Salud para todos en el siglo XXI), propone la utilización de las nuevas tecnologías (WHO, 1998). La unión Europea (Mayores en Acción), en esta misma línea, desarrolla acciones estableciendo como objetivo el empleo de ordenadores como instrumento para ayudar a enfrentar aspectos importantes que influyen tanto en la calidad de vida como en el ocio, la información y la participación de los mayores, fomentando su

integración y aprovechando las aportaciones que pueden realizar a la sociedad (Palomo, 2001).

II.5.Experiencia del bienestar subjetivo.

Dado que uno de los objetivos enumerados en la presente tesis trata de conocer en profundidad la percepción de los ancianos sobre su experiencia de vida y su satisfacción con la vida actual, se considera partir de un marco conceptual sobre la experiencia del bienestar, ya que en su desarrollo científico aborda claramente "la experiencia de vida" y la "satisfacción con la vida".

La experiencia del bienestar ha sido y es definida desde multitud de enfoques y perspectivas. Puede abordarse desde lo personal y cotidiano, desde la investigación y lo académico, desde la psicología o la salud, desde aspectos económicos, de autorrealización, reconocimiento social, posición laboral, autopercepción física y/o psicológica, etc. Esto lleva a diferentes autores a desarrollar la experiencia del bienestar desde el término "bienestar subjetivo" (Carr, 2007; Diener, 1994; García-Viniegras, 2004; Martina & Castro, 2000).

Los diferentes autores que han definido el bienestar subjetivo han puesto de manifiesto la dificultad de la definición. Existe una significativa variabilidad en la utilización de conceptos muy parecidos entre sí, así como en las dimensiones utilizadas para la definición. He aquí una muestra en la siguiente tabla:

Tabla FT4 *Definiciones de bienestar subjetivo*

MODELO	ESTRUCTURAS	DIMENSIONES	DESCRIPCION
(Ryff, 1989)	El bienestar subjetivo como constructo multidimensional	Control ambiental	Capacidad para controlar en forma efectiva el medio y la propia vida
		Desarrollo personal	La creencia de que la vida tiene propósito y significado
		Autodeterminación	Sentido de autodeterminación y

			propósito en la vida
		Autonomía	Sentimientos positivos hacia el crecimiento y la madurez
		Auto-aceptación	Una apreciación positiva de sí mismo
		Relaciones positivas con otros	Capacidad para manejar con eficiencia los vínculos interpersonales
(Diener, 1994)	Cuatro componentes separables	Satisfacción con la vida	Juicio global acerca de la propia vida
		Afecto positivo	Experiencia de muchas emociones y estados positivos
		Afecto negativo	Experiencia de pocas emociones desagradables
		Satisfacción con dominios importantes de la propia vida.	Por ejemplo, el trabajo o la familia
(Deci & Ryan, 2000)	Necesidades psicológicas básicas y superiores.	Necesidades psicológicas básicas	Satisfacción de necesidades de autonomía, competencia y vinculación o relaciones
		Sistema de metas congruente	Metas intrínsecas más que extrínsecas, coherentes con los propios valores e intereses
(Seligman, Diago,& Debritto, 2003)	Tres vías hacia el bienestar y la felicidad	La vida placentera	Incremento de las emociones positivas sobre el pasado, el presente y el futuro
		La vida comprometida	Práctica cotidiana de las fortalezas personales con el fin de desarrollar un mayor número de experiencias óptimas
		La vida significativa	Sentido vital y desarrollo de objetivos que van más allá de uno mismo

Fuente: Elaboración propia.
Recuperado de: (Quinteros-Zúñiga, 2013). Citado por: (Ardila, 2003).

Veenhoven (1994) estudia la satisfacción con la vida desde un campo llamado por él "Calidad de Vida Realizada". Explorar la satisfacción de la vida de las personas valorando las condiciones en que vive una persona, así como su experiencia subjetiva respecto a esas condiciones. A esto le suma la salud física y mental del individuo, y los potenciales que posee para llevar una vida positiva. La definición de Bienestar Subjetivo de Veenhoven (1994) sería, "el grado en

que una persona evalúa la calidad global de su vida en conjunto de forma positiva". En su estudio sobre el tema, aporta que el bienestar subjetivo manifestado por una persona pertenece al presente de dicha persona, aunque en su evaluación haya tenido en cuenta su historia personal y sus proyectos vitales. Es decir, las personas podemos modificar nuestra percepción sobre la propia existencia en mayor o menor medida a lo largo de nuestra vida (Veenhoven, 1994).

Diener, en 1994, en su propósito de definir el bienestar subjetivo, hace una revisión de anteriores definiciones pertenecientes a filósofos y científicos sociales. Como resultado de esta revisión, llega a la agrupación de las definiciones estudiadas en tres categorías (Diener, 1994).

Por una parte están las definiciones afines a autores como Coan o filósofos clásicos como Aristóteles. El bienestar incluye una dimensión menos subjetiva, la que se sitúa dentro del sistema de valores y normas al que la persona responde por cultura, y conjuntamente con la sociedad hacia a la que tenga sentido de pertenencia. En este caso la persona se sentirá mejor en tanto en cuanto su vida sea lo más ejemplar posible con esos valores, creando en el individuo una constante aspiración hacia una vida virtuosa (Coan, 1977).

Por otra parte, estarían aquellas definiciones de los científicos sociales que se centran en la valoración de "satisfacción con la vida" que hace la persona encuestada de ella misma. Posiblemente la definición más clara es la que hacen Shin y Johnson (1978): "una evaluación global de la calidad de vida de una persona de acuerdo con los criterios elegidos por ella misma" (Shin & Johnson, 1978). O la de Chekola (1974): "satisfacción armoniosa de los deseos y metas de uno mismo" (Chekola, 1974). Son definiciones que se basan en la propia experiencia del individuo valorada desde la subjetividad y con enfoque en aspectos positivos sobre la percepción de la "satisfacción con la vida".

La tercera categoría de las definiciones usa la confrontación de los sentimientos, afectividad y sensaciones positivos sobre los negativos. La primera referencia de este grupo de definiciones es la que desarrolla Bradburn con su "Escala de Balance Afectivo", donde la felicidad se da en el momento en el que es favorable el resultado en el enfrentamiento que hacen las personas entre sus sentimientos positivos y negativos. Esta definición pivota sobre "experiencia emocional placentera", entendiendo que la felicidad está directamente relacionada con experiencias emocionales placenteras. Bien porque predomina mayoritariamente durante la vida del individuo o bien porque éste, esté predispuesto a experimentar este tipo de emociones, antes que las no placenteras (Bradburn, 1969).

Cuadra y Florenzano (2003), consideran que el Bienestar Subjetivo forma parte de la psicología reciente, cuya definición coincide con "las fortalezas y virtudes humanas y los efectos que éstas tienen en la vida de las personas y en las sociedades en que viven." Estos autores mantienen que, al tratarse de una sensación interna de la persona, solo la persona puede informar sobre el nivel de bienestar que experimenta. Además añaden que esta autovaloración del bienestar está condicionada por las características cognitivas de la persona, a través de la cuales realiza la evaluación sobre su vida, y por las características afectivas que influyen en el ejercicio cognitivo de autoevaluación (Cuadra & Florenzano, 2003).

II.5.1. Bienestar subjetivo en residencia de ancianos.

Cava y Musitu, en 2000, compararon una muestra de 34 ancianos institucionalizados, frente a 40 que vivían en su domicilio. Buscaron diferencias relacionadas con el bienestar psicosocial. Concluyeron en primer lugar, que son más las coincidencias que las diferencias entre ambos grupos. En su estudio argumentan: "en términos generales […] la variable -estar institucionalizado- no sería, por sí sola, indicadora de mayor o menor bienestar psicosocial.

Obviamente, los ancianos con mejor salud, mayor autoestima corporal, menor ánimo depresivo y menos estresores sociales, por poner sólo algunos ejemplos, disfrutarán de mayor bienestar psicosocial, pero estas variables no son más favorables en ninguno de los dos grupos considerados". Solo en tres de las variables estudiadas encontraron diferencias significativas: autoestima familiar, autoestima social y percepción de apoyo formal. Empezando por la última variable mencionada, Cava y Musitu reconocen una percepción del bienestar relacionada con el apoyo formal más favorable en el grupo de los ancianos institucionalizado. Posiblemente porque su vida se desarrolla diariamente, en un entorno que forma parte del sistema de apoyo social, la propia residencia. En cuanto a la autoestima familiar, los ancianos institucionalizados tenían una imagen más desfavorable respecto al grado en que son valorados y considerados en su familia. Los autores identifican como causa de este resultado, la disminución de la relaciones con la familia. Un hecho que se da cuando el anciano vive en residencia, llegando en casos a ser inexistente las relaciones familiares. O tan solo la no convivencia diaria entre familiares a la que está expuesta los ancianos institucionalizados ya es motivo para que exista esta diferencia con los que viven en su domicilio. Por último, en cuanto a la autoestima social, los ancianos que viven en residencia mostraron una mejor valoración de ellos mismos. Según los autores, como resultado de formar parte de su vida diaria el ejercer la amistad y mantenerla (Cava & Musitu, 2000).

Zamarrón y Fernández, en 2000, publicaron un estudio que buscaba analizar si los factores relacionados con la satisfacción y el bienestar en los ancianos, tienen el mismo efecto en el caso de que el anciano viva en su domicilio o en residencias geriátricas. Estos autores agruparon los factores que tienen relación directa con el sentido de bienestar de los ancianos en 4 grupos: integración social, actividad, habilidades funcionales y salud percibida. La integración social adquiere mayor importancia en el sentido del bienestar en los ancianos que viven en residencia que en los que viven fueras de ellas. Es por

ello que se sugiere que una manera para elevar el sentido de bienestar en los ancianos que viven en residencias, es potenciar las relaciones sociales entre los ancianos institucionalizados y entre éstos y los profesionales que allí trabajan. En cuanto a la actividad, afecta de manera opuesta según el tipo de actividad a los ancianos institucionalizados y los no institucionalizados. La actividad física es relevante para los ancianos que residen en su domicilio y no así para los de residencia. En cambio la actividad de ocio resulta determinante para los ancianos institucionalizados. La habilidades funcionales entendidas como la posibilidad de realizar las actividades básicas de la vida diaria (vestirse, ir al baño, asearse, etc.), tienen un efecto directo en la percepción del anciano del bienestar. Al igual pasa con la salud percibida. Estos dos últimos grupos de factores, al ser ambos motivo de institucionalización, hacen que las diferencias sobre el nivel de bienestar subjetivo sea mayor en ancianos no institucionalizados que en los institucionalizados (Zamarrón & Fernandez, 2000). En otro estudio sobre bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados la muestra fue de 111 ancianos de los cuales 23 estaban institucionalizados. En sus resultados exponen que en el factor relacional, encuentran diferencias a favor de los ancianos no institucionalizados. Este factor se ve claramente beneficiado desde el punto de vista del apoyo de la familia con que cuenta el anciano. Por lo que proponen que posiblemente fomentar programas para facilitar las relaciones entre los ancianos institucionalizados y sus familias aumentaría el nivel de percepción de bienestar de los ancianos. Por otra parte encontraron como diferencias a favor de los ancianos no institucionalizados el sentido de seguridad y autonomía en relación al entorno en el que residen. El hecho de vivir en una residencia donde tanto el lugar como el funcionamiento atienden y se rigen a través de normas impuestas, tiene un efecto desfavorable en la satisfacción de los ancianos institucionalizados en comparación con los que viven en sus hogares. Por lo que en las conclusiones de dicho estudio, también proponen tomar medidas en las

residencias de ancianos encaminadas a favorecer la autonomía de los ancianos y el control de sus espacios (Molina, Meléndez, & Navarro, 2008).

II.6. Institucionalización.

Los motivos que en términos generales son la causa de la institucionalización en los ancianos son los problemas de salud física o psíquica, los problemas relacionados con la convivencia (imposibilidad de vivir solo) y los problemas de carácter socioeconómico, es decir, la falta de recursos (Fernández, 2009).

A mayor abundamiento, las formas de atención a los mayores, también se han transformado. La pauta conocida y experimentada por los octogenarios actuales cuando ellos eran adultos jóvenes sobre el cuidado en el ámbito familiar, también ha cambiado. El cuidado, que era ofrecido en el seno de la familia cuando la situación lo requería, ha dejado de ser lo que tradicionalmente se considera como "esperado". En la actualidad son cada vez menos las familias que pueden dedicarse al cuidado de sus mayores, bien por motivos laborales, sociales, bien por problemas de salud de los cuidadores principales, etc. (Cadenas de LLano, 2011). Según datos del 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 (Área de envejecimiento activo del Imserso, 2009). 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 (Área de envejecimiento activo del Imserso, 2015).

El IMSERSO en sus publicaciones apunta que, a pesar de que la mayoría de las personas mayores respondían que su deseo sería vivir en sus hogares, o

en el de algunos de sus hijos como opción hasta el final de sus vidas, cada vez está siendo más frecuente que los ancianos, ante la llegada de las enfermedades y la falta de autonomía para el cuidado y la realización de las actividades básicas de la vida diaria, opten por el ingreso en un residencia (Iglesias et al., 2001).

Este mismo organismo en futuras publicaciones informa que, al preguntarles a los ancianos por su opinión ante la necesidad de la institucionalización, la mayoría coincide en manifestar no ser la opción deseada. Aun así hay mayores que a pesar de tener esa opinión, entienden con resignación que ante circunstancias concretas puede ser la mejor opción. Por otra parte, hay ancianos que manifiestan que, en el futuro, la opción de la residencia será la mejor, cuando a consecuencia del envejecimiento, la persona necesite unos cuidados y atenciones diarias y continuas. Entendiendo que ante tal situación (de cuidados complejos, incluso) y carga de trabajo para los demás serán las residencias en vez de los familiares, el lugar donde estarán más cómodos, más tranquilos y mejor atendidos (Sancho, Abellán, Puga, & Pérez, 2004).

En cuanto a la opinión que les merece a los ancianos la vida en una residencia, las hay en ambos sentidos (positiva y negativa). Por una parte las hay favorables, generadas a través de alguna residencia que han visitado, o de familiares o amigos ingresados que les han transmitido una opinión favorable de las mismas (Sancho, Abellán, Rodriguez, Sancho, & Miguel, 2000). Pero por otra parte, siendo la opinión que predomina, la imagen de la vida en residencia para los ancianos es desfavorable. Relacionan la vida en estas instituciones con la pérdida de autonomía, compartir habitación con alguien que no eligen, pérdida de intimidad, comidas de baja calidad y variedad, tiempos de ocio y actividad regulados por la propia organización y dinámica de la residencia, así como los horarios y salidas y entradas. Circunstancias todas ellas que lleva al

anciano a una actitud de rechazo ante la posibilidad de vivir la experiencia del ingreso en una residencia (Sancho et al., 2004).

La mayoría de los ancianos depende de sus familias como alternativa a la institucionalización. La actitud de la familia, hace que directa o indirectamente el anciano se sienta presionado a tomar la decisión de ingresar en una residencia (Chávez, 1998). De hecho, lo frecuente es que muchos de los ancianos institucionalizados refieran no tener hijos con los que puedan vivir, o que las relaciones con éstos no son las más adecuadas para la convivencia (Prieto, Vega, Menéndez, & Heredia, 1996).

Históricamente el apoyo que han ido necesitando los mayores conforme han ido envejeciendo ha sido desempeñado por miembros de su familia directa. Pero cuando el anciano entra en una situación de incapacidad, asociado con enfermedades propias de la vejez y requiere cuidados complejos, continuados y prolongados en el tiempo, surge la fatiga familiar y la necesidad de buscar otros recursos. Estas situaciones cada vez son más frecuentes en todo el mundo, ya que la tendencia de los cambios en las estructuras familiares, es a familias de uno o dos hijos. Estas estructuras familiares y los cambios de vida de la evolución de la sociedad hacen casi imposible que personas mayores a edades avanzadas sigan formando parte del núcleo familiar (González, 1998).

II.6.1. ¿Qué condiciones hacen que una persona viva o no en una residencia?

El informe del IMSERSO de 2004, presenta un análisis sobre las condiciones que hace que una persona viva o no en una residencia. Las encuestas exploran, bajo la impresión de los ancianos, cuál es el motivo principal de su ingreso. Los resultados obtenidos señalan "la búsqueda de compañía" como el primer motivo. A este motivo le siguen los "problemas de salud" y el "no ser una carga para sus familiares". Se suman otros tipos de motivos como: no podía atender la casa, la familia no puede atenderlo, porque

su marido o esposa ha tenido que ingresar, por carecer de familia. Destaca como curioso del análisis, que las razones económicas sea un motivo escasamente mencionado (Sancho et al., 2004).

Tabla FT5 *Motivo principal por el que vive en la residencia, según edad, 2004.*

	Edad		Total
	Menos de 85 años	85 y más años	
Por no estar solo/a	31,7	37,4	34,5
Porque no podía atender la casa	4,0	4,7	4,3
Por estar mejor atendido	12,0	9,4	10,6
Por acompañar a mi marido/esposa	4,3	4,7	4,5
Por no estorbar a mi familia	5,3	12,6	8,9
Por estar más libre	0,3	0,7	0,5
Para estar más seguro en el futuro	0,7	1,4	1,0
No puedo valerme por mí mismo/a	12,7	7,6	10,1
No tenía otra solución	2,7	2,9	2,7
No tengo familia	2,7	2,5	2,6
Por motivos de salud	13,7	8,6	11,3
Porque mi familia no puede hacerse cargo	7,3	5,0	6,2
Motivos económicos	0,3	0,0	0,3
Otros	1,0	0,4	0,7
No sabe	0,3	1,4	0,9
No contesta	1,0	0,7	0,9
N	300	278	583

Nota: (Sancho et al., 2004).

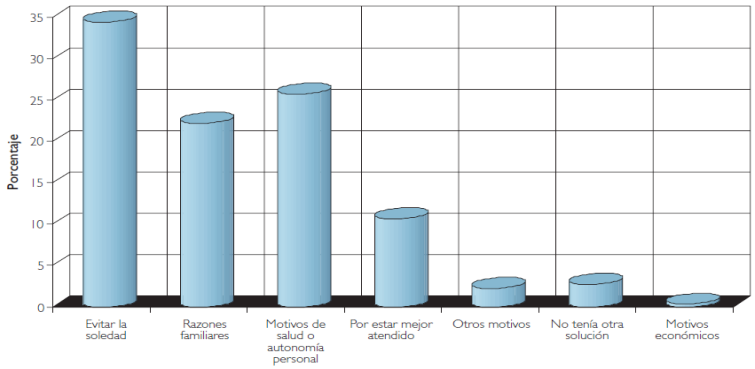


Figura FT8 *Motivo principal para vivir en una residencia, 2004*

Nota: (Sancho et al., 2004).

En la misma publicación se analizan los agentes que intervienen o participan en la decisión del ingreso en una residencia. Más de la mitad de los ancianos encuestados manifiestan que la decisión del ingreso la toman de forma autónoma. El 25 por ciento de los encuestados refiere que sus familias han intervenido de una forma u otra en la decisión. Estas dos maneras de decidir el ingreso, tienen una relación directa en la capacidad de adaptación a la residencia. Las personas que deciden por si mismas el ingreso tienen mayor facilidad para la adaptación al entorno. En cambio en los casos en los que la familia es igualmente o más protagonista en la toma de decisión, predispone al anciano a mantener desde el primer día sentimientos negativos. Si el ingreso no es decisión propia, el anciano desarrolla sentimientos negativos que irían desde no verse con capacidad para la gestión de su propia vida, hasta una despersonalización de inicio que la institucionalización no haría más que agravar (Kaufman, Sánchez, & Frías, 1997).

II.6.2. La vida en la Residencia.

El proceso de aceptación, afrontamiento y adaptación que una persona inicia ante la necesidad de tener que vivir en una residencia, incluye la premisa añadida de aceptar que precisa ayuda continuada para cubrir gran parte de sus necesidades. Estas necesidades superan las de carácter físico extendiéndose a sus necesidades psicológicas y sociales (Crews, 1998). Otro reto añadido para los mayores que ingresan en la residencia es el hecho de que, para dar respuesta a sus necesidades como resultado de su condición física y psicológica, debe confiar en los profesionales, que no dejan de ser personas extrañas, así como en familiares y visitantes (Gottesman & Bourestom, 1974; Kane, 2001).

Hay estudios que nos indican que cuando las personas mayores se trasladan a una residencia, toda su familia y los profesionales de la misma, juegan un papel muy importante. Una buena opción, son las residencias que

brindan un ambiente hogareño, con pequeños apartamentos, donde el cuidado se proporciona dentro del hogar. Aquí los usuarios se sienten seguros, en casa y sin sensación de pérdida de intimidad (Andersson, Pettersson, & Sidenvall, 2007).

La transición del hogar a la residencia es en ocasiones de una enorme complejidad, y es aquí donde el profesional de enfermería tiene un papel fundamental. La llegada a una residencia es un momento estresante para las personas mayores y sus familiares. Estos últimos, deben ser incluidos en los cuidados y la atención que en adelante los ancianos van a requerir.

La transición psicológica se plantea de manera muy diferente por los residentes y sus familiares, y las enfermeras pueden marcar la diferencia en la manera que se experimenta esta transición. Esto hace fundamental que estas profesionales desarrollen estrategias de comunicación que tengan efecto positivo en la transición psicológica que se produce al ser admitido en el centro geriátrico (Ellis, 2010). Es fundamental que se centren en que los usuarios mantengan su identidad y el sentido de control (Lee, Simpson, & Froggatt, 2013).

Paralelamente, siendo algo histórico y recurrente, existen resultados de investigación que evidencian que las necesidades de los mayores institucionalizados se cubren sólo parcialmente, debido al modo de funcionamiento y organización de las residencias geriátricas (organizaciones que atienden a un número elevados de ancianos) y a las limitaciones que la atención colectiva generan sobre las garantías de personalización e individualización en la asistencia (Kane, 2001).

Este problema como hemos dicho no es nuevo. Gottesman y Bourestom en la década de los 70, realizaron un estudio observacional en 40 hogares de ancianos (1144 residentes) sobre el funcionamiento y modelo de atención a los mayores. En los resultados que obtuvieron destacan que los ancianos pasaban el

56% de su tiempo sin hacer ningún tipo de actividad. Además observaron que los ancianos no recibían sus atenciones a demanda, sino que debían esperar su turno o su hora, en virtud de la organización de la rutina de trabajo del centro residencial. Así mismo las actividades de ocio estaban sometidas también a horarios de organización con enfoque colectivo, no existiendo como opción una oferta personalizada de actividades de manera general. Y a pesar de la oferta del centro en atenciones y actividades de ocio, los ancianos permanecían inactivos la mayor parte del día. La suma de todas estas circunstancias y situaciones diarias prolongadas en el tiempo, situaban a los residentes en estado de vulnerabilidad hacia la soledad, el aburrimiento y a una baja autoestima (Gottesman & Bourestom, 1974).

Un nivel inadecuado y desproporcionado de inactividad, como característica del plan diario de vida en la residencia, tiene consecuencias en la salud y el bienestar de la persona. Así, por ejemplo, Voelkl y Mathieu concluyen que la inactividad general, la ociosidad y la soledad llevan aparejada una baja autoestima y depresión y, en consecuencia, una mala calidad de vida (Voelkl & Mathieu, 1993).

El aislamiento del exterior es otro acontecimiento adverso al que los mayores institucionalizados se ven abocados frecuentemente. Ya en la década de 1960 (Goffman, 1968; Sommer & Osmond, 1960), algunos autores lo describieron como una realidad de los mayores en el ámbito institucional. Incluso más tarde, otros estudios han venido confirmando la persistencia de dicho problema (Foldes, 1990; Thomas, 1996).

Otros autores han mostrado que la vida institucional puede conducir a desarrollar actitudes de impotencia y pasividad (Voelkl, 1986). Los mayores, ante estas situaciones aversivas, vividas de forma continua y prolongada y considerando que no existen actuaciones propias que puedan evitarlas, terminan optando por inhibirse y desarrollar pasividad. Lo que puede dar lugar a lo que se

conoce como el fenómeno de "indefensión aprendida" (Abramson, Garber, & Seligman, 1980; Carlson, Miller, Heth, Donahoe, & Martin, 2010; M. Seligman, 1975). De manera disyuntiva, Voelkl muestra en sus estudios que a través de actividades o terapias ocupacionales los residentes pueden mejorar la capacidad física, la agilidad mental y su satisfacción (Voelkl, 1986).

En España, los modelos de atención en hogares de ancianos o residencias geriátricas, han ido cambiando. Durante la primera mitad del siglo XX los hogares de ancianos tenían un carácter benéfico asistencial (Yanguas, 2006). Eran los conocidos asilos, donde se atendían no solo a ancianos, sino enfermos mentales y huérfanos.

Asistían a una población que se caracterizaba por no tener el apoyo y atención familiar necesarios. Estas instituciones pertenecían principalmente a órdenes religiosas. En la década de los ochenta, aparecen centros residenciales con modelos de atención orientados en exclusividad a los ancianos, con carácter paternalista y hostelero. Aparece también la regulación de este tipo de servicios sociales por la Administración Pública (Barenys, 1992). Hasta la actualidad, el modelo de atención sigue evolucionando hacia un enfoque centrado tanto en el anciano como en su familia, considerando que la calidad de vida de los ancianos residentes en este tipo de instituciones debe ser el objetivo principal. Se busca garantizar la personalización e individualización de la atención dentro de las dificultades que engendra la atención colectiva (Molina et al., 2008).

El Observatorio de Personas Mayores, un servicio público del IMSERSO que contribuye a las mejoras de las políticas sociales y de atención a las personas mayores en España, realiza en el año 2004 una encuesta a mayores que viven en residencias (Sancho et al., 2004). La muestra fue de 610 personas de 65 o más años, ingresados en residencias de diferentes características, en cuanto a tamaño (desde menos de 50 plazas, hasta más de 150 plazas) y en cuanto a financiación (públicas, privadas sin ánimo de lucro y privadas con ánimo de lucro). Entre los

indicadores de la encuesta, podemos encontrar algunos de posicionamiento de los residentes ante la vida en general, es decir, la frecuencia con la que experimentan determinados estados de ánimo, sus sentimientos generales ante la vida y las situaciones que en estos momentos más desean o más temen (Pérez, 2005). A continuación rescatamos tablas y gráficos de interés de dicha encuesta:

Tabla FT₆ *Aspectos positivos del ingreso en la residencia en opinión de los propios residentes, 2004*

	Total
Nada, sigue igual	12,0
Comodidad	42,4
Tranquilidad	35,4
Se siente acompañado/a	28,6
Se siente como en mi casa	12,0
Ha mejorado su salud	8,6
Tiene más independencia	5,9
Se siente bien atendido/a o bien tratado/a	4,0
Ha resuelto sus problemas económicos	1,4
Aseo	0,9
Se siente más contento/a	0,7
Ha mejorado su alimentación	0,5
Recibe asistencia médica	0,5
Otros	1,6
No sabe	1,4
No contesta	0,2
N	573

Fuente: Observatorio de Mayores-IMSERSO, *Encuesta sobre Condiciones de Vida de los Mayores en Residencias*, Septiembre-Octubre 2004.

Nota: (Sancho et al., 2004).

Tabla FT7 *Aspectos negativos del ingreso según la opinión de los residentes, 2004*

	Total
Nada, sigue igual	53,6
Añoranza	9,1
Tristeza, pena	6,8
Falta de intimidad	5,9
Se siente solo/a	5,9
No se acostumbra	5,1
Falta de independencia	3,8
Problemas de convivencia	3,5
Se siente abandonado/a	2,3
La comida	1,6
Desconfianza	0,5
Mezcla de válidos y asistidos	0,5
El personal de la residencia	0,5
No se siente bien tratado/a	0,4
Se aburre	0,4
La religión	0,4
Otros	1,0
No sabe	8,0
No contesta	1,7
N	573

Fuente: Observatorio de Mayores-IMSERSO, *Encuesta sobre Condiciones de Vida de los Mayores en Residencias*, Septiembre-Octubre 2004.

Nota: (Sancho et al., 2004).

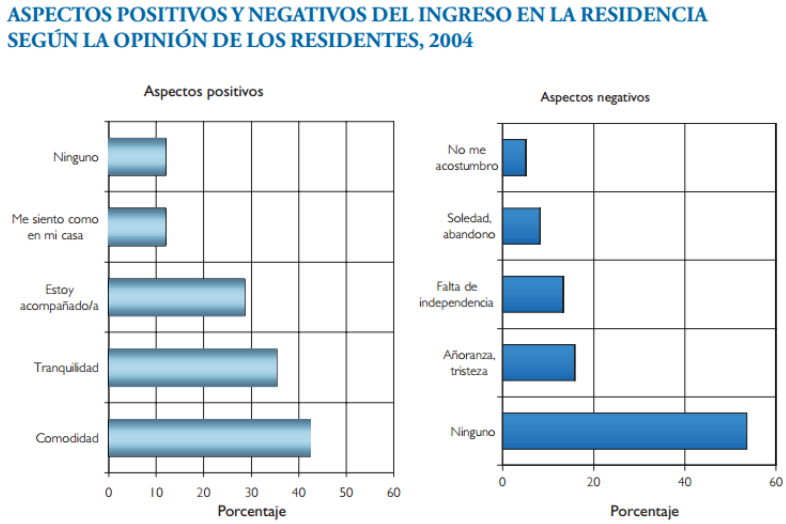


Figura FT9 *Aspectos positivos y negativos del ingreso según la opinión de los residentes, 2004*
Nota: tomado de Sancho et al., (2004).

II.6.3. La resiliencia en la vejez.

Tal y como venimos viendo, los cambios físicos y mentales, las limitaciones para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, el posible aislamiento social, hacen que el envejecimiento sea una etapa caracterizada por la necesidad continua de adaptación de la persona a las nuevas circunstancias que va experimentando (Consedine, Magai, & Krivoshekova, 2005; Gonçalves, 2002). Estas circunstancias hacen a las personas mayores entrar en un proceso de continua vulnerabilidad durante el periodo de la vejez (Gasparini, Alejo, Haimovich, Olivieri, & Tornarolli, 2009).

Ante esta vulnerabilidad la persona puede reaccionar de dos maneras diferentes. Por un lado desarrollando comportamientos ineficaces, influenciados por la amenaza del resultado negativo a la hora de afrontar una situación de estrés o traumática. Por otro lado, la persona puede reaccionar de manera

individual, afrontando la nueva situación con objetividad, desarrollando habilidades eficaces de afrontamiento, llegando a tolerar las consecuencias negativas de la situación traumática o de estrés. A esto último se le conoce como resiliencia (Pesce et al., 2005).

Cuanto mayor sea la capacidad de resiliencia de un anciano, mayor ayuda tendrá para generar actitudes adecuadas a las adversidades a las que se vea expuesto. Estará en posición favorable para ir aprendiendo de las experiencias de manera positiva, consiguiendo superar estos nuevos retos. Este proceso, de aprendizaje a través de la experiencia de vida, va situando a la persona en posiciones de mayor potencial a la hora de renovar sus actitudes e identificar sus recursos ante las amenazas o riesgos generados por nuevas adversidades, traumas o conflictos en su vida. En definitiva la capacidad de resiliencia ayuda al individuo a mantener un equilibrio satisfactorio para él antes situaciones nuevas, y crecer en este sentido para afrontamientos futuros (Pesce et al., 2005).

II.7.Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Residencia Geriátrica San Juan Grande.

II.7.1. La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

Los orígenes de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (en adelante OHSJD) se sitúan en el siglo XVI. En la actualidad sus obras están presentes en 51 países repartidos en cinco continentes.

Figura FT10 *Presencia de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios a nivel mundial*

Nota: Recuperado de "Sitio Oficial Ordine Ospedaliero di San Giovanni Di Dio" (2017)

En España la Orden Hospitalaria se divide en tres Provincias: Aragón, Bética y Castilla; y dispone de una red de 75 centros y dispositivos sociales y sanitarios, que atiende a cerca de un millón cuatrocientas mil personas al año y cuenta con más de 11.300 profesionales y 260 Hermanos de San Juan de Dios.

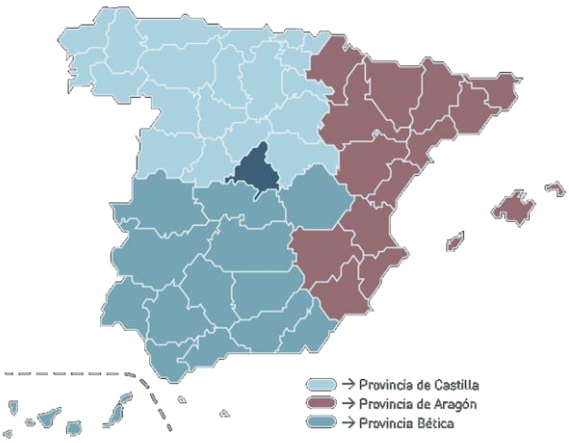


Figura FT11 *División por provincias Orden Hospitalaria San Juan de Dios en España*

Nota: Recuperado de Orden Hospitalaria San Juan de Dios, (2017)

La OHSJD se inicia como tal en Granada, cimentada en los conceptos y valores que caracterizaron la manera de vivir, pensar y actuar de San Juan de Dios. Desde sus inicios la OHSJD viene desarrollando y transmitiendo un modo asistencial que en su forma práctica va cambiando según las necesidades del lugar y los tiempos, pero mantiene como eje central la acogida y atención a personas enfermas y necesitadas de todo el mundo (Ordine Ospedaliero di San Giovanni Di Dio, 2017).

La OHSJD es una institución sin ánimo de lucro, perteneciente a la Iglesia Católica. En todas sus obras o centros asistenciales, desde el concepto de la Hospitalidad, se cuida la acogida, la promoción de la salud, el acompañamiento y compromiso con las realidades más vulnerables de cada época y sociedad. Es decir, lleva atendiendo a las personas más desprotegidas y necesitadas desde hace más de cinco siglos (Orden Hospitalaria San Juan de Dios, 2017).

Para la OHSJD es muy importante el estilo con el que se lleva a cabo la acción. Las Primeras Constituciones ya insistían en la forma de tratar a los enfermos y así se ha continuado resaltando este aspecto a lo largo de la historia. Entiende que de esto depende el que se favorezca, o no, el respeto y autonomía de las personas. Así como evitar lo máximo posible las dependencias y paternalismos en las relaciones de asistencia (Ordine Ospedaliero di San Giovanni Di Dio, 2017).

En su Carta de Identidad de 1998, aboga por una atención integral entendida como un servicio que cubra las necesidades sanitarias, familiares y sociales y espirituales de la persona acogida bajo su hospitalidad. En el capítulo de dicho documento dedicado a la "Aplicación a situaciones concretas" en su apartado nombrado como "Asistencia integral y Derechos del enfermo" expresa literalmente "[…] deberemos dar una asistencia que considere todas las

dimensiones de la persona humana -biológica, psíquica, social y espiritual-. Solamente una atención que trate todas estas dimensiones, al menos como criterio de trabajo y como objetivo a lograr, podrá considerarse como asistencia integral" (Orden Hospitalaria San Juan de Dios, 1998).

El estilo de la asistencia ha sido posiblemente la característica principalmente diferenciadora en todos los centros socio-sanitarios de la OHSJD. Es tal la importancia y valor históricos del conjunto de rasgos que caracterizan la asistencia de los centros de San Juan de Dios, que son numerosos los autores de la sociedad científica que, de una u otra manera, han hecho referencia a ello. Sin ir más lejos Ventosa, presenta en el año 2011 su tesis doctoral "Pensamiento de San Juan de Dios y la Orden Hospitalaria y su relación con la Enfermería: conceptos y valores", (Ventosa, 2012). El Doctor y Hermano de San Juan de Dios, Francisco Ventosa, realiza su tesis desde una perspectiva histórica. Empezando por el modo de entrega y de asistencia al necesitado del propio San Juan de Dios y siguiendo por la contribución de la OHSJD al "cuidado" de los enfermos y demás necesitados a lo largo de estos siglos. Se trata sin duda de un trabajo de interés para la enfermería, puesto que el objetivo principal está enmarcado en el análisis de conceptos y valores de la disciplina enfermera (Orden Hospitalaria San Juan de Dios, 2017).

II.7.2. Residencia Geriátrica San Juan Grande.

La Residencia San Juan Grande, en adelante SJG, pertenece a la Provincia Bética de la OHSJD. Está situada en la ciudad de Jerez de la Frontera, provincia de Cádiz. Es un centro de mayores con capacidad para 76 plazas en régimen de residencia. Además ofrece 60 plazas en régimen de estancia diurna. Cuenta con una cartera de servicios de médico geriatra, cuidados de enfermería, psicología, fisioterapia y rehabilitación, terapia ocupacional (con animación socio-cultural), servicio social (Trabajo Social) y Pastoral de la Salud.

Su actividad asistencial está orientada a los cuidados, a través de prestaciones sociales y sanitarias que, de forma simultánea, combinada y continuada permiten atender a aquellas personas con dificultades en relación a la autonomía, su bienestar y/o su integración social, de forma que el centro sea su hogar, su lugar de vida y relación social, manteniendo su calidad de vida, y su relación con sus familiares y con el resto del entorno. Como caracterizan a los centros de la OHSJD, la actividad de este centro se debe al marco definido por su órgano de gobierno, en este caso la Curia de la Provincia Bética. Su último plan estratégico define de la siguiente forma la línea dedicada a la actividad asistencial: "… un compromiso con la Asistencia Integral centrada en la dignidad de la persona. La Provincia debe dar respuesta a las necesidades de los usuarios en sus centros conforme a `*una manera de hacer las cosas´,* que sea fiel a su Identidad Institucional". Esa manera de hacer las cosas recibe el nombre de Modelo Asistencial (Orden Hospitalaria San Juan de Dios, 2017).

El Modelo Asistencial es único. No existen varios modelos de atención dependiendo del área de intervención que se le adjudique, ni de los profesionales o de las personas destinatarias. En este sentido, el modelo es uno y debe ser conocido e interpretado por todos los centros en la Provincia. Este modelo, al igual que otros modelos asistenciales, considera a la persona asistida desde un punto de vista integral (Aramburu & Garrachón, 2016). La diferencia con otros modelos posiblemente está en los aspectos definitorios de la integralidad:

I. Aspectos relacionados con la persona, es decir, debemos contemplar los aspectos biológicos, sociológicos y contextuales, familiares y espirituales.

II. Aspectos relacionados con la toma de decisiones, es decir, la decisión no tiene un componente único, sino que se nutre de todos los componentes de la gestión. Las decisiones se deben tomar, en cualquier

ámbito de la atención, integrando los conceptos asistenciales/ pedagógicos/sociales, los conceptos económicos, los de recursos humanos, los de las tecnologías de la información, etc.

III. Aspectos relacionados con el recorrido vital, por último, que hacen referencia a la necesidad de reconocer un continuum biográfico en la persona atendida. No atendemos a la persona en su momento de necesidad puntual, sino que aportamos el valor del acompañamiento y la hospitalidad en todo el proceso vital y en la necesidad.

II.7.3. Modelo Asistencial de la OHSJD, adaptado a la Residencia Geriátrica San Juan Grande.

A continuación enumeramos los principios sobre los que vertebran la adaptación del modelo asistencial de la OHSJD a la Residencia Geriátrica San Juan Grande:

Tabla FT8 *Principios de adaptación al modelo asistencial de la OHSJD a la Residencia Geriátrica San Juan Grande*

I.	Afirmamos que el centro de interés es la persona asistida. La persona asistida es el fin de la atención y no un medio para conseguir un fin. El binomio mayor/familia es el destinatario de la asistencia integral (biológica, social y espiritual) por parte de todos los actores del proceso de manera coherente y continuada.
II.	Promovemos y defendemos los derechos del mayor, teniendo en cuenta su dignidad personal. La intimidad, la puntualidad, las garantías de participación, la salvaguarda de las propias costumbres, son prioridades en la atención.
III.	Nos comprometemos a la defensa y promoción de la vida humana hasta la muerte natural. Trato humano y atención integral.
IV.	Observamos y promovemos los principios éticos de la Iglesia Católica.
V.	Reconocemos el derecho de las personas asistidas a ser convenientemente informadas de su situación. La toma de decisiones se proyecta desde la conciencia de información y el respeto por la autonomía.

VI.	Observamos las exigencias del secreto profesional y tratamos de que sean respetadas por cuantos se acercan a los mayores.
VII.	Defendemos el derecho a morir con dignidad y a que se respeten y atiendan los justos deseos de quienes están en trance de muerte. El acompañamiento en los procesos trascendentales de la vida tanto al mayor como a la familia con objeto de preservar la dignidad.
VIII.	Consideramos elemento esencial en la asistencia la dimensión espiritual y religiosa como oferta de asistencia, respetando otros credos y planteamientos de vida.
IX.	Promovemos una asistencia integral, basada en el trabajo en equipo y en el adecuado equilibrio entre la técnica y la humanización en las relaciones terapéuticas. Coherencia y continuidad interna en los equipos de trabajo y entre los niveles asistenciales. Prestada sobre la base del trato humanitario, de los principios bioéticos y del mayor confort del entorno.
X.	Respetamos la libertad de conciencia de las personas a quienes asistimos y de los profesionales, pero exigimos que se respete la identidad de nuestra Obra.
XI.	Valoramos y promovemos las cualidades y la profesionalidad del personal, les estimulamos a participar activamente en la misión de la Orden y les hacemos partícipes del proceso decisional en nuestro centro, en función de sus capacidades y de sus áreas de responsabilidad.
XII.	Ponemos la máxima atención en la selección, formación y acompañamiento de profesionales, teniendo en cuenta no sólo su preparación y competencia profesional, sino también su sensibilidad ante los valores humanos y los derechos de la persona.

Fuente: Elaboración propia

II.7.4. Proceso Asistencial. Residencia Geriátrica San Juan Grande.

Igualmente la versión operativa del modelo asistencial en la Residencia San Juan Grande, atiende a los siguientes elementos:

Tabla FT9 *Proceso asistencial en la Residencia San Juan Grande*

I.	La valoración global del paciente (médica, de enfermería, funcional, cognitiva y social).
II.	Utilización de herramientas de valoración y seguimiento compartidas por todos los profesionales que intervienen en el proceso.
III.	Identificación de las necesidades al ingreso y establecimiento de protocolos de

	atención adaptados a las necesidades de cada residente.
IV.	Establecimiento de un Plan Individualizado de Atención (planes individuales de intervención y tratamiento), garantizando una atención integral y multidisciplinar.
V.	Énfasis en la prevención, en la promoción del autocuidado y de la salud y en la autonomía del residente. Y en caso de existir ya al ingreso discapacidad, orientándonos en la rehabilitación y forzándonos por mantener su nivel, lentificando la progresión y potenciando su calidad de vida.
VI.	Estandarización de planes de cuidados.
VII.	Evaluación continua de la actividad y mejora sobre los resultados obtenidos.

Fuente: Elaboración propia

Finalmente detallaremos los tres elementos conceptuales de mayor relevancia: Residentes, Familia y Profesionales.

Respecto a los residentes, son el centro de nuestra asistencia (persona mayor dependiente). Es un grupo poblacional frágil, de edad avanzada, con enfermedades crónicas e invalidantes, en muchas ocasiones afectos de pluripatologías y con necesidad de polimedicarse, con limitaciones funcionales y/o cognitivas y con problemática social acompañante, que limita la posibilidad de ser atendidos en domicilio.

Los Familiares, no podríamos hablar de una atención integral sin contar con ellos. Durante la fase de acogida y valoración con mayor intensidad, y posteriormente durante todo su proceso de institucionalización, hay que explorar y conocer la red familiar-social con la que el mayor puede contar como ayuda. Integrar a la familia directa o cuidador principal en el plan terapéutico, no sólo es recomendable, sino que en la mayoría de los casos, es imprescindible para que el cuidado pueda llevarse a cabo con éxito.

Bien es cierto que esto debe hacerse con especial cuidado de no dañar la intimidad y autonomía del mayor, teniendo siempre presente que es el residente

el principal destinatario de la atención prestada y además dueño de la información recibida. Se deberá pedir siempre permiso al residente para compartir la información con aquel que éste designe como depositario de su confianza y se establezca como cuidador principal en caso de que lo hubiese.

En cuanto a los profesionales, apostamos por un equipo multidisciplinar, constituido por diferentes profesionales que trabajen en un área común de forma interdependiente y que interactúen entre ellos de manera formal e informal, pudiendo valorar al mayor por separado, pero compartiendo siempre la información y metodología de trabajo para conseguir objetivos comunes. De esta forma, la colaboración y comunicación fluidas e interdisciplinares permitirán la planificación y puesta en marcha de un único plan de tratamiento y cuidados.

En este modo de atención son muchos los aspectos valorados y tratados y a su vez, muchos y distintos los profesionales implicados. La complejidad en el manejo de estas personas requiere una serie de conocimientos, habilidades y aptitudes que no suelen estar al alcance de un único profesional. El trabajo en equipo de diferentes profesionales, permite un abordaje completo, dirigido a ofrecer una atención integral en la que todos busquen un objetivo común para el residente.

La composición del equipo está adaptada a las funciones de éste, formado por: Médico, Enfermeras, Auxiliares Gerocultores, Trabajador social, Psicólogo, Terapeutas ocupacionales, Fisioterapeuta, Animador Sociocultural y Agente de Pastoral.

Capítulo III.

Objetivos e Hipótesis

III.1. Objetivos de investigación.

Atendiendo a la revisión teórica planteada nos hemos trazado los siguientes objetivos:

III.1.1. Objetivo principal.

Caracterizar la respuesta humana a la institucionalización de ancianos con capacidades cognitivas conservadas que residen en un centro geriátrico, la Residencia Geriátrica San Juan Grande.

III.1.2. Objetivos secundarios.

1. Conocer en profundidad la percepción de los ancianos sobre su experiencia de vida y su satisfacción con la vida actual.
2. Determinar diferencias entre la experiencia de vida de estos ancianos, su experiencia previa y actual con relación a la vida en la vejez, con la reflejada en los resultados recogidos en los informes publicados desde el 2008 por el Observatorio de Personas Mayores del IMSERSO sobre "las personas mayores en España".
3. Establecer la presencia de patrones de respuesta humana característicos a la adaptación a la vida en residencias de ancianos.

III.2. Hipótesis.

Abordamos el estudio guiados por las siguientes ideas previas sobre los residentes con capacidades cognitivas preservadas:

1. Los ancianos consideran buenas las condiciones de vida en la Residencia.

2. Los residentes que presentan trastornos afectivos pueden haber perdido las expectativas acerca de las posibilidades de vivir una vida positiva y con significado, encontrándose en un estado de insatisfacción con lo esperado en esta etapa de sus vidas.

3. Los ancianos residentes que tiene un patrón de respuesta más resiliente y positivo, se perciben a sí mismos con mayores cotas de bienestar y menos trastornos afectivos, o bien, si los tienen, estos son más leves.

Capítulo IV.

Metodología

IV.1. Diseño.

Con el fin de dar respuesta a los objetivos planteados, aunque inicialmente se había planeado exclusivamente un acercamiento cualitativo, finalmente hemos realizado un estudio con metodología mixta. Utilizamos metodología cualitativa, en concreto un enfoque fenomenológico. Seleccionamos el enfoque fenomenológico porque queríamos estudiar el significado que las personas aportan a su realidad y experiencia. Lo completamos con datos cuantitativos, de este modo, nuestro diseño fue mixto de tipo imbricado.

Se ideó con el fin de responder a dos grandes cuestiones de investigación. De un lado, si es posible vivir una vida positiva y con significado cuando se reside en una institución de ancianos, y de otro, si cabe la opción de sentir satisfacción por la vida en la residencia cuando las expectativas personales acerca de la vejez se han visto truncadas. Dichas preguntas orientaron los objetivos del estudio, siendo su eje los procesos y experiencias de los ancianos participantes.

IV.2. Participantes y emplazamiento.

Nuestra población de estudio fueron ancianos residentes en hogares para mayores, que tuvieran la intención de alojarse de forma permanente en la institución. Actualmente en España hay 5.293 residencias de ancianos, de las cuales el 26,6 % se financian exclusivamente con fondos públicos, el resto son privadas o concertadas. Dado que las características de la residencia podían afectar directamente a la experiencia de vida de los mayores, nos planteamos centrar la atención en emplazamientos que asegurasen una cierta homogeneidad

en cuanto a los servicios, programas de intervención y filosofía de la atención al mayor. Buscábamos que los centros ofreciesen la garantía de estar orientados hacia la promoción de la autonomía y la mejor calidad de vida del mayor, es decir, requeríamos residencias con un enfoque más centrado en lo humano que en lo económico. Además, necesitábamos conocer la experiencia de mayores pertenecientes a los distintos estratos socioeconómicos de la población. A lo anterior se suma nuestro interés en establecimientos que ofrecieran accesibilidad y transparencia. Considerando lo anterior, seleccionamos para nuestro estudio Residencias Geriátricas de la OHSJD.

Por otra parte, para ofrecer respuesta a las cuestiones planteadas necesitábamos llevar a cabo entrevistas en profundidad a los mayores. Por ello planteamos seleccionar a participantes que tuviesen preservadas sus facultades mentales. Esta condición se operativizó garantizando un puntaje de al menos 23 puntos en el mini examen cognitivo de Lobo, en el caso de que la edad del mayor fuese superior a 65 años; en los residentes cuya edad se encontrase entre 60 - 65 años, se estableció que el puntaje fuese de al menos 27 puntos.

IV.2.1. Selección de la muestra.

La OHSJD, como se presentó en la sección teórica de esta tesis, se divide en tres provincias: Aragón, Bética y Castilla. Por accesibilidad nos centramos en la provincia Bética que cuenta con veintisiete centros, de los cuales cinco son residencias geriátricas: Granada, Sevilla, Antequera (Málaga), Jerez de la Frontera (Cádiz) y Almendralejo (Badajoz). Ofrecen un total de 367 plazas. En todos los casos hay una cantidad de plazas concertadas con los servicios sociales de las distintas comunidades y otras plazas de carácter privado.

Para obtener una muestra representativa de esta población se consultó a los responsables de los distintos centros. Se les solicitó que de entre los residentes permanentes que cumplían la condición de capacidad mental preservada en el momento del estudio, identificasen el número potencial de

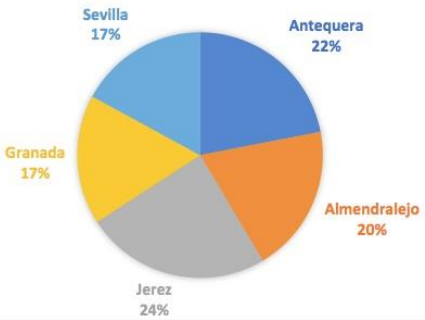
participantes atendiendo a los siguientes criterios de representatividad: sexo, capacidad para la lectoescritura, nivel socioeconómico (bajo, medio, alto), nivel de instrucción (sin estudios, estudios primarios, estudios secundarios, formación profesional, estudios universitarios), ocupación previa (siguiendo la clasificación de ocupación que se recoge en la tabla M1) y muy especialmente, el tiempo de ingreso, de tal modo que estuviesen representados tanto quienes llevaban menos de seis meses en la residencia como quienes fuesen residentes veteranos (más de tres años).

Se identificaron 83 participantes potenciales, cuya distribución por centros se muestra en la tabla M2.

Tabla M_1
Clasificación de las ocupaciones por ingreso, poder y riesgos.
Fuente: CIS. Estructura Social y Prestigio Ocupacional

Ocupaciones militares, Directores y Gerentes,
Técnicos y profesionales científicos e intelectuales
Técnicos profesionales de apoyo
Empleados contables, administrativos y otros empleados de oficina
Trabajadores de los servicios
Trabajadores cualificados en sector agrícola, ganadero forestal y pesquero
Operadores de instalaciones y maquinaria, montadores
Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras y la construcción
Ocupaciones elementales, trabajadores no cualificados, peones

Figura M_1
Distribución de participantes potenciales por centros



Puesto que uno de nuestros objetivos incluía conocer la satisfacción de los residentes con su centro, optamos por entrevistarnos con los informadores

clave de un mismo centro, que en este caso, por motivos de cercanía, fue La Residencia Geriátrica de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios de Jerez.

Tabla M_2
Características demográficas de la muestra de residentes participantes en el estudio cualitativo

	Variables	Mujeres	Hombres
Edad	60-65	-	1
	76-85	6	-
	86-95	3	1
Estado civil	Casado	-	-
	Soltero	1	-
	Viudo	7	1
	Separado	1	1
Nivel de instrucción	Primarios	6	2
	Secundarios	1	-
	Superiores	2	
Tiempo de ingreso en meses	Menos de 6	3	
	6,1-12	1	
	12,1-24	1	
	24,1-36	-	2
	Más de 36	4	
Procedencia	Su domicilio	5	1
	Centro de día	-	1
	Otra institución	4	
Régimen económico	Privado	5	1
	Publico	4	1
Convivencia antes de institución.	Solo	7	1
	Con familia	1	
	Con cuidador	1	1

La residencia de Jerez, tiene 76 plazas para ancianos asistidos en régimen económico privado de las cuales 38 plazas son para asistidos en régimen económico concertado con la Junta de Andalucía. El importe que pagan los residentes a los que se les ha concedido el concierto, corresponde al 80% de sus ingresos netos, asegurándose así su plaza. Los ancianos que se encuentran en régimen privado, abonan una cuota fija en función al grado de dependencia. No

existen diferencias entre unos y otros en cuanto a uso de instalaciones o servicios recibidos.

Se ofreció participar a los veinte residentes que podrían hacerlo de acuerdo a los criterios establecidos. Una vez iniciado el proceso de entrevistas, dos de los seleccionados abandonaron la residencia y uno decidió no participar. Así nuestra muestra final fue de diecisiete mayores.

IV.3. Procedimiento.

Con el fin de obtener la información se plantearon entrevistas individuales semi-estructuradas. Se ofreció la oportunidad de participar a todos los ancianos que cumplían los criterios de representatividad y cognición preservada y se les pidió su consentimiento, obteniéndose una muestra intencional de once sujetos.

Dado que el investigador forma parte del equipo directivo de la residencia, con el fin de eliminar sesgos y favorecer la expresión libre de experiencias se optó por pedir ayuda externa. Se contactó con dos enfermeras ajenas a la institución. Ambas disponían de formación superior (máster), tenían experiencia en el cuidado a mayores, contaban con formación en investigación cualitativa y tenían experiencia en la realización de entrevistas en profundidad.

IV.3.1. Acceso al campo y entrevista.

El acceso al campo fue directo. Se pactó con los mayores participantes el día y la hora en que preferían mantener la entrevista. Los encuentros se llevaron a cabo en un espacio de la Residencia alejado de las dependencias comunes, dónde se daban condiciones de privacidad y tranquilidad. Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de entre treinta y sesenta minutos. Se grabaron mediante aplicación informática "Grabadora Simple, Versión 1.5 (10),

Copyright ©2017 Happy Tap". En el comienzo de la entrevista se les recordó a los mayores el propósito del estudio.

Tras un breve tiempo orientado a crear calidez y cercanía, se procedió a la entrevista propiamente dicha, que se inició con la obtención del consentimiento informado (Anexo M_2) y de datos sociodemográficos ligados a sus experiencias de vida anterior a la estancia en la residencia. Esta estrategia favoreció la creación de un clima distendido a partir del cual entrar en la exploración del tema objeto de estudio.

IV.3.1.1. Desarrollo, procedimientos y técnicas / estrategias de recogida y registro de datos.

La entrevista consistió en 12 preguntas (Anexo M_3) esta guía de entrevista permitió conducir la entrevista hacia las cuestiones de interés de la investigación. El guión establecido derivó de los objetivos del estudio y buscó servir de esquema orientado a recoger el modo en que la información fluye en cada persona en particular. En el esquema se incluyeron preguntas de experiencia o conducta (por ejemplo, cuénteme sobre…), preguntas de opinión o valores (por ejemplo, qué opina sobre…) y también por preguntas de conocimiento (por ejemplo ¿conoce…?). Para explorar cada tema con profundidad se incluyeron preguntas de seguimiento y sondeo, como es el caso de preguntas orientadas al detalle del tipo (¿cómo?, ¿cuándo?, ¿quién?), o de clarificación (quisiera estar segura que entendí…). Todas las entrevistas se realizaron en la misma dependencia.

Las entrevistas se grabaron en la aplicación "Grabadora Simple Happy Tap" y se guardaron en un PC, para su transcripción literal posterior a un documento Word. Este documento generado, constituyó el material de trabajo para realizar un análisis de contenido orientado a identificar la experiencia de vida del mayor y su percepción sobre su calidad de vida.

A lo largo de la entrevista, y con el permiso de los entrevistados, se tomaron notas de campo en las que se anotaron aspectos relacionados con la comunicación no verbal del informante, los silencios, los momentos en los que la persona mostró estados emocionales manifiestos, y las dificultades detectadas al hablar sobre algún tema en concreto. A los entrevistados se les informó de la posibilidad de parar la grabación en el momento en que ellos prefirieran mantener su discurso confidencialmente. Ninguno de los participantes utilizó esta opción. Al finalizar cada entrevista se ampliaron las notas de campo tomadas resaltando aspectos de las dificultades encontradas o datos contradictorios u otro tipo de anotaciones que permitieran, posteriormente, reconstruir con el máximo de fidelidad la interacción mantenida.

Una vez acabada la entrevista todos los informantes, de un modo u otro, manifestaron su agrado por haber tenido la oportunidad de contar su experiencia, generándose un vínculo con las entrevistadoras que se extendió a la fase en la que los entrevistados comprobaron la exactitud de los datos ofrecidos con los datos transcritos. A lo largo de las entrevistas las entrevistadoras trataron de comprender los procesos y experiencias significativos que transmitió cada informante.

Con el consentimiento de los participantes se llevó a cabo su transcripción literal siguiendo las reglas de transcripción incluidas en el Anexo M4. Una vez transcritas se han devuelto a los informantes para que indicaran si se ajustaban a lo que ellos habían comentado.

IV.3.1.2. Abandono del campo.

Cuando se obtuvo el punto de saturación, esto es, cuando se comenzó a obtener la misma información de los distintos informantes y no se añadía nada diferente a los que los demás habían expresado, se consideró el final de la obtención de datos cualitativos. Si bien se consideró realizar las restantes para

reforzar los datos, percepciones y los valores para despejar dudas. Esto aportó más rigor a la investigación, pudiendo ampliar el análisis de contenido.

IV.4. Fase cuantitativa.

Finalizado el periodo de entrevistas, las entrevistadoras notificaron sus sensaciones sobre estados emocionales de algunos de los participantes que eran difíciles de establecer exclusivamente por las sensaciones percibidas durante la entrevista. Por otra parte, la fluidez de las entrevistas fue limitada en algunos casos, en otros aspectos la información saturó rápidamente mientras que en otros se precisó un número mayor de entrevistas para llegar a la saturación. Por último, la observación de las entrevistadoras sobre la experiencia de los mayores respecto a su bienestar: "dicen no estar bien y a la vez dicen no sentirse mal", como síntesis de lo observado, nos condujo a realizar una recogida de datos cuantitativa orientada a comprender la afectividad, el manejo de las emociones, el bienestar y la calidad de vida percibida.

IV.4.1. Población y muestra.

La recogida de información cuantitativa incluyo a la totalidad de centros de la provincia bética. Se construyó un cuaderno de recogida de datos que se administró a los mayores que cumplían los criterios de inclusión y aceptaron participar. Así, la muestra fue de conveniencia y la participación de los mayores, de nuevo fue voluntaria. Los datos obtenidos se trataron confidencialmente, preservando el anonimato, por lo que se utilizó un código para designar a cada participante para agrupar y controlar los datos individuales. Los criterios de inclusión fueron los descritos en la fase cualitativa. Puesto que algunas pruebas exigen un nivel de instrucción de estudios primarios, se añadió este requisito a los ya planteados.

En primer lugar, se construyó un dossier que incluía: (i) una carta de presentación a través de la cual se informó a los posibles participantes de la investigación en curso, del tipo de participación que se esperaba, del tratamiento confidencial que se daría a la información y se le solicitaba su colaboración (Anexo M_6); (ii) un cuaderno de recogida de datos que incluyó el conjunto de instrumentos dirigidos a evaluar las variables de interés para dar respuesta a los objetivos planteados (Anexo M_5). El dosier se imprimió en papel.

Se contactó con los responsables de las distintas residencias de la provincia Bética, a quienes se les presentó el estudio y se solicitó su colaboración. Mediante videoconferencia se preparó al personal que accedió a colaborar, se les dieron instrucciones precisas sobre el modo de completar los cuestionarios y se respondió a cuantas dudas surgieron a lo largo de los meses que duró el proceso de recogida. Se enfatizó en el carácter voluntario de la participación y en la necesidad de asegurar que se cumplían los criterios de inclusión establecidos.

Atendiendo a los criterios establecidos la muestra se compuso de treinta y un participantes.

IV.4.2. Variables e instrumentos.

Las variables de interés y los instrumentos de medida empleados fueron los que siguen:

- *Sociodemográficos*: Edad, sexo, nivel de instrucción, tiempo en la residencia.
- *Capacidad para el manejo de las emociones* o cuarta rama de la inteligencia emocional según conceptualización de Mayer y Salovey (1997), utilizando las secciones correspondientes del Test de Inteligencia Emocional MSCEIT

(de su denominación inglesa Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test) (Mayer, Salovey, & Caruso, 2002).

- *Afecto,* medida de la afectividad, mediante los 20 ítems del Cuestionario de Afecto Positivo y Negativo (PANAS: de su denominación inglesa Positive Afect and Negative Afect Scale; a través de los cuales se evalúan las dimensiones de afecto positivo y afecto negativo)
- *Inventario Breve de Síntomas* (Derogatis & Spencer, 1982)*, adaptación española de Cayuso y Pérez,* (Casullo & Pérez, 1999)*:* permite evaluar una amplia gama de síntomas psicológicos y psicopatológicos, tanto en población clínica, como en población normal
- *Nivel de calidad de vida relacionada con la salud,* mediante el cuestionario SF-36 (Alonso, Prieto, & Antó, 1995; Madariaga & Antón, 2008; G Vilagut, Valderas, Ferrer, & Garin, 2008; Gemma Vilagut et al., 2005) para explorar ocho dimensiones del estado de salud: función física, salud limitada por problemas físicos, dolor corporal, percepción de salud general, vitalidad, función social, salud limitada por problemas emocionales y salud mental.
- *Escala de Satisfacción con la vida para la Tercera edad* (SWLS) (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985), adaptada por Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita, evalúa el juicio global que hacen las personas sobre la satisfacción con su propia vida (Atienza, Pons, Balaguer, & García, 2000).

IV.4.2.1 Test de Inteligencia Emocional de Mayer-Salovey-Caruso (MSCEIT).

Mediante esta prueba se evalúa la inteligencia emocional, en este caso entendida como una capacidad cognitiva. El test, desarrollado por Mayer, Salovey y Caruso (2002), operacionaliza el modelo de cuatro ramas de la inteligencia emocional: Percibir y expresar las emociones de forma correcta y exacta; Utilizar las emociones para facilitar los procesos de pensamiento; Comprender las emociones; y Manejar o gestionar las emociones en uno mismo y en otros. El test está compuesto por 141 ítems, agrupados en 8 tareas. Cada una de las ramas se mide con dos de las ocho tareas. El test completo ofrece varias puntuaciones. Una de ellas es una puntuación global de la IE, pero también aporta puntuaciones para dos áreas concretas. Una de ellas se relaciona con la experiencia de la emoción, incluye las ramas una y dos -percibir y usar. La otra de las áreas, denominada estratégica, ofrece una puntuación global relacionada con las ramas tercera y cuarta: comprender y manejar. A su vez, cabe la opción de puntuar cada una de las ramas de forma separada. En este test los resultados se ofrecen en puntuaciones directas y típicas derivadas (M= 100; D.E. = 15).

En nuestro caso evaluamos únicamente la cuarta rama. Con este fin utilizamos la adaptación al castellano del MSCEIT llevada a cabo por Extremera y Fernández-Berrocal (2009). En este test, la cuarta rama se valora con las secciones D y H. La sección D mide el manejo intrapersonal de emociones mientras la sección H evalúa el manejo de las relaciones con otras personas a través de las emociones. Las tareas que se presentan son problemas o situaciones problema a resolver. La sección D incluye cinco tareas a través de las cuales el participante demuestra su habilidad para manejar emociones que se dan en situaciones dirigidas al logro de una meta intrapersonal específica, se busca hallar una solución que dé respuesta al

problema planteado, en este caso regular las emociones para así poder alcanzar objetivos concretos planteados en el problema, se responde utilizando una escala de tipo Likert de 5 puntos, siendo 1"muy ineficaz" y 5 "muy eficaz". La sección H plantea problemas dirigidos a poner de manifiesto la capacidad personal para seleccionar las estrategias de mayor utilidad para conseguir que otra persona tenga determinadas emociones. Se compone de tres historias cortas con tres posibles soluciones cada una de ellas. También se emplea una escala de tipo Likert de 5 puntos, siendo 1"muy ineficaz" y 5 "muy eficaz"- (Fernandez & Extremera, 2009).

IV.4.2.2. Cuestionario de Afecto Positivo y Negativo (PANAS).

El cuestionario de Afecto Positivo y Negativo, desarrollado por Watson, Clark y Tellegen (1988), evalúa la afectividad mediante 20 ítems, 10 de los cuales representan estados afectivos positivos y 10 estados afectivos negativos (Watson, Clark, & Tellegen, 1988). Para este estudio se ha utilizado la versión española de Sandín et al. (1999). El Afecto Positivo y Afecto Negativo son las dos dimensiones globales de la escala. Entre las emociones y sentimientos particulares se incluyen: interés, aflicción, excitación, alteración, energía, culpabilidad, susto, hostilidad, entusiasmo, orgullo, irritabilidad, perspicacia, vergüenza, inspiración, nerviosismo, resolución, atención, agitación, diligencia y miedo (Sandín et al., 1999).

IV.4.2.3. Inventario Breve de Síntomas – SCL-90-R (Derogatis y Spencer, 1982).

Es un listado que mide el malestar psicológico a través de nueve dimensiones de síntomas: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación

paranoide y psicoticismo. También proporciona tres índices globales de malestar: índice de gravedad global, total de síntomas positivos e índice de malestar positivo. El SCL-90-R está formado por 90 ítems que se responden en una escala tipo Likert de 0 a 4. Permite determinar la presencia de síntomas.

IV.4.2.4. Escala de Satisfacción con la vida para la Tercera edad (SWLS).

Es un cuestionario que mide el criterio subjetivo de satisfacción vital. Consta de cinco ítems tipo Likert con puntuación de 1 "totalmente en desacuerdo" a 5 "totalmente de acuerdo".

IV.5. Estrategia análisis de datos.

Para responder a las preguntas de este estudio el análisis de los datos incluirá un primer acercamiento mediante sus descriptivos donde se expondrán las frecuencias más relevantes.

IV.5.1. Análisis cualitativo.

Una vez transcritas las entrevistas y comprobada su exactitud, se procedió a su análisis empleando para ello la técnica de análisis de contenidos.

IV.5.1.1. Categorización y Análisis de los datos.

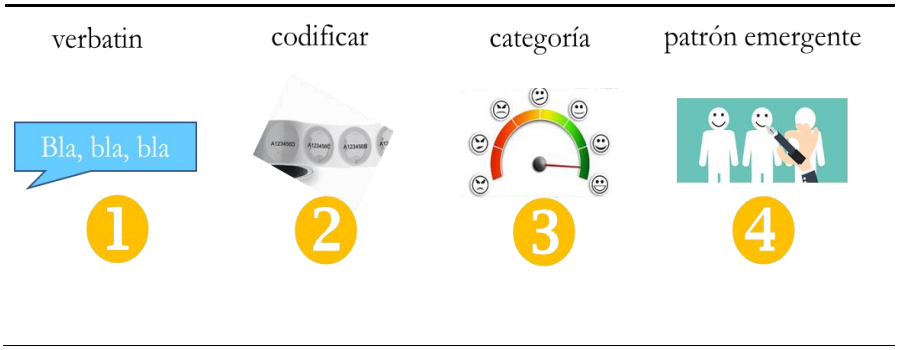
Bajo un enfoque fenomenológico, el análisis de datos es necesariamente descriptivo y centrado en la experiencia subjetiva (Van Manen, 1997). Las percepciones de las personas crean la experiencia que viven y el significado que ofrecen dependen del contexto, entendiendo como tal el tiempo, el espacio, el cuerpo y las relaciones (Van Manen, 2016). Para ofrecer una imagen del significado que los participantes aportan es necesario poner entre paréntesis las ideas del investigador, situando en primer plano la experiencia y el significado que emergen de los datos (Englander, 2016).

El análisis es un proceso reiterativo de interacción con la voz de los participantes, que se interpreta y reinterpreta por parte de los investigadores (Giorgi, 2012). Se llevó a cabo por el investigador y tres investigadores externos que actuaron como lectores independientes de la información obtenida.

En primer lugar se transcribieron las entrevistas enriqueciéndose con las notas que las entrevistadoras tomaron durante / después de su interacción con el participante. Tras una lectura detenida de las transcripciones de las entrevistas, se identificaron los temas, posteriormente se agruparon en subcategorías – categorías, y finalmente se definieron los códigos y las categorías y subcategorías que contenían la experiencia narrada por el entrevistado. En todo momento se respetaron los datos incluyéndolos literalmente, preservando de este modo el lenguaje, el estilo, las opiniones, las ideas, las creencias del informante.

Se siguieron varios pasos (Figura M1). En primer lugar, se determinaron y codificaron los verbatines. Posteriormente, se identificaron los temas salientes, las subcategorías, en cada participante. Se identificó el concepto subyacente a los temas identificados, la categoría. Por último, se agruparon las categorías en patrones conceptuales.

Figura M$_2$
Procedimiento de análisis



Conviene recordar que en el proceso de recogida de cualquier tipo de datos cabe la posibilidad de que el participante, sea más o menos sincero al ofrecer la información, busque responder de forma conveniente y oculte información por presión social.

IV.5.2. Estrategias de Rigor Metodológico.

Cara a asegurar el rigor metodológico se emplearon los criterios de credibilidad, confirmabilidad y transferibilidad descritos por (Morse, Barrett, Mayan, Olson, & Spiers, 2002). La *credibilidad* se obtiene cuando se garantiza que los hallazgos del estudio se reconocieron como "reales" o "verdaderos" por las personas que participaron en él. Debido a ello, para confirmar los hallazgos y revisar algunos datos particulares, volveremos a los informantes durante la recolección de la información. La *confirmabilidad*, esto es, la neutralidad de la interpretación o análisis de la información, la lograremos mediante el registro y la completa documentación de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio. La *transferibilidad* consiste en la posibilidad de transferir los resultados a otro contexto.

En la investigación cualitativa son los lectores del informe quienes determinan si los hallazgos expresados se pueden transferir a un contexto diferente del estudio. Para facilitar este proceso es necesario describir el lugar y las características de las personas donde se estudió el fenómeno.

También empleamos estrategias de triangulación de los datos a modo de pilotaje, con el fin de contrastar las tendencias detectadas en un grupo de observaciones. Como nivel de triangulación se estableció el colectivo. Para ello se comprobó con los informantes clave que la transcripción de la grabación, es fiel intérprete de lo que los informantes hayan expresado en las entrevistas.

IV.5.3. Análisis cuantitativo.

En primer lugar, realizamos un estudio exploratorio y descriptivo de los datos recogidos para poder eliminar de la muestra las observaciones extremas y datos erróneos. Estudio de la distribución de las variables. Una vez comprobada la normalidad y homogeneidad de los datos se emplearon estadística descriptiva, test de medias y correlaciones. El nivel de significación se fijó en 0,05.

Todo el análisis se llevó a cabo mediante el programa estadístico SPSS versión 18 para Windows.

IV.6. Cumplimiento de normas éticas.

Tener las consideraciones éticas presentes a lo largo de toda investigación es fundamental (Noreña, Alcaraz, Rojas, & Rebolledo, 2012). En los últimos años se ha creado una imagen no suficientemente fundamentada de que la investigación cualitativa es "más ética" que la cuantitativa. Tal creencia se debe a un menor intrusismo y un mayor control de los participantes, sin embargo, la metodología cualitativa en sí misma, no garantiza su propiedad ética (Gastaldo & McKeever, 2000). Para lograrlo, durante todo el proyecto se ha hecho un esfuerzo dirigido a mantener una perspectiva ética y reflexiva, en particular cuando se trabajó personalmente con las personas que han confiado su experiencia de vida.

Se mantuvo en todo momento respeto a la ética del proceso garantizando la confidencialidad de los datos, el anonimato y la voluntariedad de la participación. Para ello, se solicitó permiso para llevar a cabo la investigación a la dirección de la residencia geriátrica San Juan Grande.

Además, se mantuvo una reunión donde se concretaron aspectos relativos a la investigación y se aportó toda la documentación del proyecto.

Posterior a la conformidad con éste y tras reclutamiento de los participantes, se les entregó una hoja informativa donde se asumía con estos, compromiso de confidencialidad y escrupuloso uso de sus datos, de forma exclusiva para fines de la investigación. Antes de comenzar la entrevista los participantes leyeron y firmaron el consentimiento informado. Además, se les volvió a informar sobre el propósito del estudio, en qué medida realizarlo podría ser beneficioso y que inconvenientes podrían encontrar en la participación. Así mismo se les informó de las estrategias que se seguirían para asegurar el anonimato y la confidencialidad, especialmente con relación a las transcripciones de los datos, tanto de las entrevistas como del cuestionario. En todos los casos se cambió el nombre de los participantes por códigos. Tanto las entrevistas grabadas, sus transcripciones, el cuadernillo de recogida de datos y el resto de documentación, se han mantenido en lugar protegido y seguro.

Se ha asegurado la legislación vigente respecto a la protección de datos en todo momento, tanto la relacionada con la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal como la relativa a la Ley 41/2002 de Autonomía del paciente y de información y documentación clínica. Se reconoce el derecho de los participantes a solicitar el acceso, cese y cancelación de la información ofrecida en cualquier momento del proceso.

No se han creado bases de datos con información personal de los participantes, excepto una hoja electrónica de recogida de datos para la organización sistemática de los mismos. Por esta razón no se ha precisado de la comunicación a la Agencia de Protección de Datos Española.

Capítulo V.

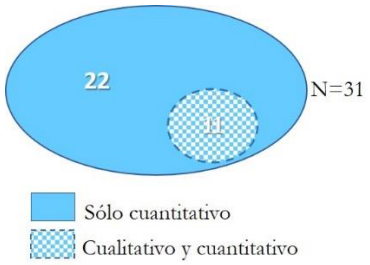
Resultados

Con el fin de responder a nuestro objetivo principal, *caracterizar la respuesta humana a la institucionalización de ancianos con capacidades cognitivas conservadas que residen en la Residencia Geriátrica San Juan Grande* planteamos un diseño mixto de tipo imbricado.

V.1. Características de la muestra.

Tal y como se planteó en la sección de método del presente trabajo, nuestro estudio se inició con un abordaje fenomenológico y se completó con acercamiento cuantitativo de tipo observacional. La muestra total se representa en la Figura R1.

Figura R1
Participantes en las diferentes aproximaciones del estudio



La muestra global (N= 31) fue predominantemente femenina (N = 31; 64,5%) con una edad media de 81,42 años (DT = 8.05). Un 19,30% vive en pareja, frente a un 80,70% que está sin ella. Considerando el nivel de instrucción se observa que la mayoría de los participantes, un 38,7%, cursó estudios primarios que no llegó a finalizar, mientras el 19,4% tiene estudios superiores. En la tabla R1, y las figuras R2 y R3, se presentan con detalle características demográficas de los participantes.

Tabla R1
Características de los participantes

		Rango de las puntuaciones	Media (Desv.Tipica) o %
Edad		65,58 - 94,50	81,42 (8,05)
Sexo	Hombres		35,5 %
	Mujeres		**64,5 %**
Estado civil	Soltero		25,8 %
	Casado		16,1 %
	En pareja		3,2 %
	Viudo		45,2 %
	Separado		6,5 %
	Divorciado		3,2 %
Nivel de instrucción	Sin escolarización		19,4 %
	Estudios primarios sin terminar		**38,7 %**
	Estudios primarios terminados		12,9 %
	Estudios secundarios no terminados		3,2 %
	Estudios secundarios terminados		6,5 %
	Estudios universitarios no terminando		9,7 %
	Estudios universitarios terminados		9,7 %

N = 31

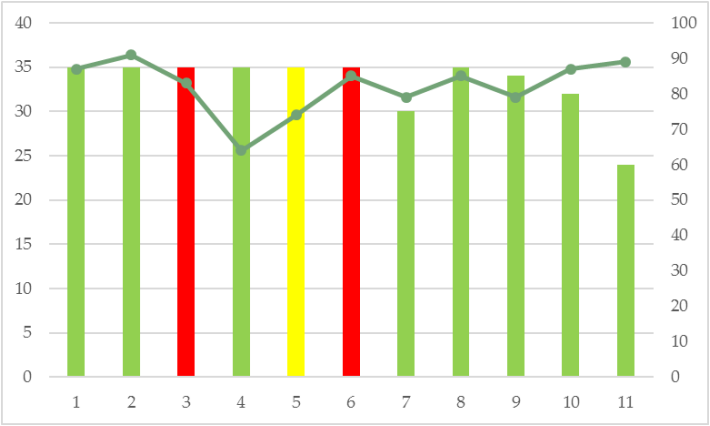


Figura R2
Relaciones entre nivel de instrucción, función cognitiva y edad de los participantes entrevistados.
Nota: Barras verticales puntuación alcanzada en la función cognitiva. Color de las barras: nivel de instrucción, siendo: verde estudios primarios; amarillo, estudios secundarios, y rojo, estudios superiores. En el eje de abscisas cada uno de los números de las barras se corresponde con el número del informante.

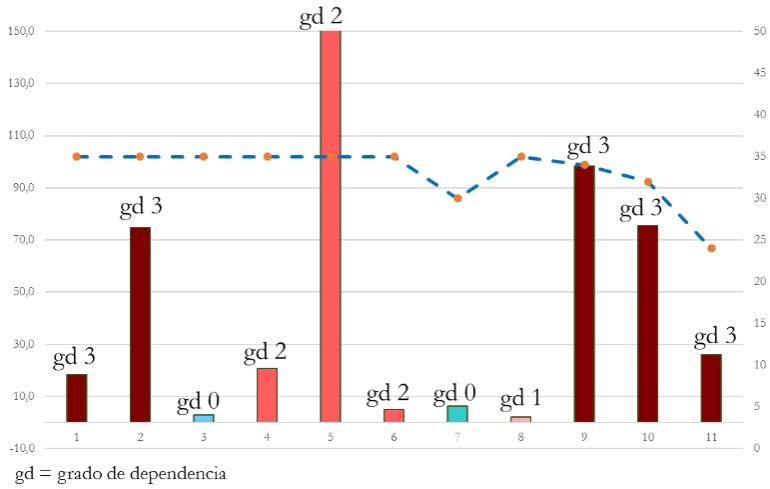


Figura R3
Relaciones entre grado de dependencia, función cognitiva y edad de los participantes entrevistados.
Nota: Línea discontinua: edad. En el eje de abscisas cada uno de los números de las barras se corresponde con el número del informante.

Desde el acercamiento cuantitativo, exploramos la experiencia de bienestar bajo el acercamiento de la satisfacción con la vida y la calidad de vida, y analizamos la respuesta humana al ingreso en residencias con relación a factores psicosociales y emocionales, puesto que la literatura señala que estos parámetros pueden verse afectados por otras variables como la capacidad para manejar las emociones (cuarta rama de la inteligencia emocional, entendida como capacidad) y la afectividad, así como por la presencia de síntomas de malestar psicológico. Por todo ello, presentamos a continuación los estadísticos descriptivos y las correlaciones para la totalidad de la muestra intencional en la que exploramos las variables citadas.

V.1.1. Análisis descriptivo de las variables

Los valores máximos y mínimos, la media y la desviación típica, de las variables utilizadas, se presentan en la Tabla R_2.

Tabla R_2.
Estadísticos descriptivos para las variables utilizadas

			N	Mínimo	Máximo	Media	D.E.
Inteligencia emocional (4ª rama MSCEIT)		Manejo	23	0,25	0,48	0,37	0,06
		Relaciones	23	0,11	0,49	0,32	0,10
		Cuarta rama puntuación directa	23	0,21	0,47	0,35	0,06
		Cuarta rama puntuación tipificada	23	70,73	130,78	**92,02**	13,14
Afectividad		Afecto positivo	31	1,50	4,40	**3,26**	0,78
		Afecto negativo	31	1,03	3,27	1,76	0,58
Calidad de vida relacionada con la salud Sf36	*Ítems físicos*	Funcionamiento físico	31	0,00	95,00	**34,19**	29,83
		Salud limitada por problemas físicos	31	0,00	100,00	69,35	41,18
		Dolor físico	31	0,00	100,00	65,72	30,72
	Ítems mentales	Funcionamiento Social	31	0,00	100,00	76,61	30,40
		Salud limitada por problemas Emocionales	31	0,00	100,00	76,34	39,62
		Vitalidad-Energía	31	5,00	90,00	57,41	23,76
		Bienestar Emocional	31	16,00	92,00	66,19	18,09
		Percepción de salud general	31	15,00	95,00	56,29	20,28
Inventario de síntomas (SCL-90-R)		Somatizaciones	31	1,00	4,00	**2,15**	0,84
		Obsesiones y Compulsiones	31	1,00	3,60	**2,04**	0,60
		Sensibilidad Interpersonal	31	1,00	3,00	1,84	0,55
		Depresión	31	1,31	3,54	**2,24**	0,53
		Ansiedad	31	1,00	3,30	1,73	0,66
		Ansiedad Fóbica	31	1,00	2,43	1,49	0,48
		Ideación Paranoide	31	1,00	4,00	1,84	0,69
		Psicoticismo	31	1,00	2,20	1,38	0,38
		Items Adicionales	31	1,00	3,86	**2,10**	0,69
		Índice de Severidad Global	31	1,19	2,89	1,85	0,40
		Total de Síntomas Positivos	31	60,00	90,00	**83,48**	7,15
		Índice de Malestar Positivo	31	1,23	3,78	2,05	0,64
Satisfacción con la vida SWLS		Satisfacción con la Vida	31	6,00	25,00	**17,25**	5,60

Nota: D.E = Desviación estándar.

V.2. Resultados relacionados con el objetivo 1: Conocer en profundidad la percepción de los ancianos sobre su experiencia de vida y su satisfacción con la vida actual.

El análisis de contenido realizado y las respuestas ofrecidas a los cuestionarios relacionados con la medida de la calidad de vida y la experiencia de bienestar, permite señalar que los mayores participantes en el estudio se sienten satisfechos y experimentan bienestar, articulando su experiencia en la residencia, y su satisfacción con el modo en que la vida discurre en la institución, en torno a los siguientes temas: (1) cambiar para mejor; (2) garantía de bienestar a bajo coste personal y (3) fuentes de insatisfacción.

V.2.1. Cambiar para mejor.

El ingreso en la residencia puede ser una alternativa positiva. La totalidad de participantes entrevistados expresaron sentirse bien en la residencia por muchas y diferentes razones, todas ellas relacionadas con su experiencia personal previa. Esta experiencia se vincula con la propia historia de vida, pero también, y muy especialmente, con los motivos para el ingreso, el modo en que se tomó la decisión y si se ha finalizado el proceso de adaptación al nuevo hogar. Tomándolos en consideración, la satisfacción con la vida actual se extiende en un continuo que varía entre satisfecho y muy satisfecho.

Transversal a todas las entrevistas la institucionalización emerge como una realidad no deseada pero inevitable que supuso en su momento la solución a una dificultad sentida o manifiesta. Esta solución se acompañó de pérdidas importantes, pero también de grandes ganancias.

> E8. *Tengo hijos. Hacía una vida normal de viuda. Pero estaba sola en casa y decidí venirme, […] no estoy ni contenta ni disgustada, es una cosa que hay que tomar así y ya está […]. Sentía que quería mi casa y que quería esto, las dos cosas […] antes salía con mis amigas a todos lados, pero ya después no tuve ganas de salir [ahora] estoy más acompañada […]. No me preocupo.*

E7. *Antes de venir aquí mi vida era llevar mi casa, […] he vendido la casa que tenía aquí [ingresé] no me iba a estar sola.*

E6. *Trabajaba en mi casa. […] hacia la compra, salía un poquito por la mañana a dar un paseo por mi barriada […] pero me dió algo y estuve en el hospital dos semanas […] no podía andar […] sola no puedo estar, porque necesito que me cuiden para acostarme, para levantarme […] aquí todos me aprecian y me saludan y eso me da a mí un poco de alza.*

E10. *Vivía bien. Estaba casada. Murió mi marido y me quedé sola […] y me vine. Aquí estoy bien [la residencia me dió] tranquilidad.*

E.4. *En mi casa estaba regular, mi día era de cogerme y llevarme allí [centro de día] vi el ingreso muy bien [y a la vez]me sentía triste porque iba a perder mi casa porque si, bueno, no perderla, sino dejarla allí olvidada […] ahora mismo estoy bien […] pensaba que iba a estar mejor que en casa y esta situación se ha cumplido.*

E2. *Yo quisiera tener aquí a mi hermana conmigo […] ella estaría contentísima aquí […] aquí estoy muy feliz [aún podría estar mejor si] ojalá entrara mi hermana aquí.*

Cabe señalar que varios de los informantes ingresaron en la residencia San Juan Grande, procedentes de otras residencias en las que encontraron dificultades para la adaptación por características de la institución. Este grupo de informantes, ya adaptado a la vida en una institución, expresan elevada satisfacción al percibir importantes mejoras con respecto a las residencias anteriores.

E7. *Estuve en otra residencia y no estaba a gusto. Este sistema a mí me gusta en general, en limpieza… mientras esperaba en la otra residencia estaba esperando a que me dieran plaza aquí. […] Conocía esto […] [el personal] son agradables.*

E1. *Estaba [en otra residencia] solicité ésta porque estaba cerca de mi casa. [en la otra residencia] las sensaciones fueron malas. Es mejor la casa de una por mala que*

sea. La casa de una es lo mejor. […] Esto me gustó más porque como vivía cerca [antes de ir a la otra residencia]como vivía cerca venía a misa todos los domingos. Por eso yo quería venir aquí. […] Estoy más contenta ahora, más acoplada a esto [vida en residencia] y más hecha a esto. Me acuerdo mucho de mi casa, tengo mucha nostalgia, pero vamos, dentro de lo malo, ésto es lo mejor.

V.2.2. Garantía de bienestar a bajo coste personal.

La residencia es un lugar que ofrece muchas oportunidades para sentirse bien, si bien es necesario aceptar limitaciones en diversas esferas de la vida. Conlleva ganancias y pérdidas. La institución ofrece fuentes de satisfacción muy valoradas por los residentes. Destacan tres categorías de bienestar con la vida en la residencia. Ésta les asegura tener cubiertas las necesidades básicas relacionadas con el funcionamiento corporal; ofrece la posibilidad de tener actividades y relaciones interpersonales reduciendo así la experiencia de aburrimiento y soledad; ofrece respeto, atención y cuidados; su cercanía con el hospital aporta seguridad de atención a una salud frágil. Todo ello genera en los residentes experiencias positivas de tranquilidad, seguridad, confort y alegría, a pesar de reconocer que la vida en la institución conlleva un conjunto de restricciones.

V.2.2.1. Satisfacción de las necesidades básicas.

Todos los informantes, de un modo u otro, resaltan tener cubiertas sus necesidades de forma satisfactoria. Manifiestan sentirse satisfechos con el servicio ofrecido por todo el personal, por la ayuda en la higiene personal, por la atención a sus habitaciones, a sus necesidades, por la limpieza. Muestran algunas áreas de insatisfacción en este campo que se abordarán más tarde. Encuentran que hay aspectos de la vida en la residencia que están muy bien, como la limpieza y la atención personal, pero incluso respecto a aquellos que consideran se debería mejorar, aunque están menos satisfechos, se sienten bien.

E1: *Mejor calidad que aquí no la hay en ninguna parte* […]

E9. *Aquí están atentos a todo […] Todo el mundo hablaba muy bien [de esta residencia], antes de quedarme a dormir todo el mundo me decía que era un buen sitio. […] con mis compañeras me siento muy bien. Me siento satisfecha […] una compañera me dice ¿cuándo nos vamos a ir de aquí? […] yo no me pienso ir. […] como esta no hay ninguna, la limpieza que hay, todos los días bañada y como tengo ropa, todos los días una ropa.*

E6. *Estoy bien porque me dan lo necesario, lo que pasa es que no me pueden poner buena. Me miran bien. No puedo decir otra cosa [saber ajustarse a lo que hay es importante]así que yo no quiero muchas cosas, soy una persona que soy muy tranquila pero después dejo que hagan lo que crean conveniente.*

E3. *Aquí tengo todo lo que me gusta.*

V.2.2.2. Posibilidad de vida activa y relaciones.

Las relaciones con el equipo y la posibilidad de contar con una variedad de actividades para realizar a lo largo del día son dos aspectos de la vida diaria que generan en los informantes mayor satisfacción. Los mayores ingresados se refieren al personal como cercano, más que como trabajadores, como conocidos con los que han llegado a tener relaciones estrechas. Resaltan el afecto mutuo y cómo siente que reciben una atención personalizada incluso cercana a la amistad, entre sus cuidadores. Sienten que el personal, por lo general, les conocen bien, entienden sus necesidades, los escuchan y casi en todo los tiene en cuenta. Además del confort en el terreno de lo físico, las relaciones son de gran importancia para todos, en especial para los que tienen reducida su autonomía en algún grado y se sienten más frágiles. En este caso dejan entrever su necesidad de relacionarse bien con los trabajadores para asegurarse una buena atención.

Las personas que están juntas en la residencia llegan a desarrollar entre ellas relaciones directas e indirectas. Las relaciones directas tienen que ver con el

conocimiento del otro, con el sentimiento de simpatía o antipatía hacia las otras personas. Las relaciones indirectas son impersonales, hay una interacción de carácter meramente social pero no hay intercambio (o rechazo) de intereses. Ambas relaciones se dejan entrever en los datos aportados por los participantes. Se tienen tanto con otros residentes como con el personal y son fuente de satisfacción, y, ocasionalmente, de incomodidad.

E5. *Yo me caí y me partí la cadera, y ale, a empezar de nuevo otra vez. […] voy pero cada día [aun así no dejan de atenderme] cuando me llevo mucho tiempo en una postura no me puedo mover y me duele [entonces avisa o se dan cuenta del problema] me tiran de la pierna un poco y se me quita. […] más de lo que hacen por mí no se puede hacer.*

E7. *En cualquier cosa que te pasa, nos atienden, y eso es una gran tranquilidad.*

E6. *Los considero a todos amigos, y todos me aprecian […] el personal de aquí me agrada, como se portan muy bien conmigo no tengo queja ninguna, a pesar de que es duro. […] todas las muchachas son muy agradables.*

E2. *[…] el miramiento de las personas me hace muy feliz.*

E3. *Aquí parece como que hay más comunicación [aunque] yo soy poco comunicativa […] la gente es muy agradable, para que te encuentres a alguien menos agradable es raro […] también tropiezas con gente que no te puedes comunicar con ellos porque tiene una poquilla de "malaje".*

E4. *[evitar molestar en las salidas] voy motorizado y ellos no, por eso me voy de su lado, para que no se sientan discapacitados. [Expectativas en las relaciones] tener pareja me haría sentirme mejor.*

E3. *[por suerte] en donde estoy solo hay mujeres. No me habría gustado tener muchos contactos con hombres [el único contacto] bueno, compañeros tenemos en las terapias*

Se sienten especialmente satisfechos con la posibilidad de tener cosas que hacer para ocupar el tiempo. Este aspecto tiene mayor peso entre quienes cuentan con mayor autonomía en cuanto a movilidad.

E5. [*se pueden hacer muchas cosas] yo voy a todo lo que hay, unas veces más y otras menos, pero suelo ir. Voy a las terapias, y a los viajes […] por mi cogería todos los viajes […] no tengo pegas a la hora de nada.*

E6. *[hay muchas cosas por hacer a lo largo del día] me levanto y como siempre hay que ducharse y vestirse y bajar abajo a desayunar y después irme a hacer la gimnasia, a andar por la pasarela,[…] a andar con el andador, y después hacen terapia […] y me llaman por si quiero ir y yo acudo […] después de las comidas no puedo hacer nada más […] acudo a hacer dibujo […] y a colorear también me pongo […] se hacen muchas cositas, a mí siempre me dan trabajos […] cualquier cosita que les puedo hacer yo les ayudo.*

E.*2. [aquí hay muchas actividades] se baila, se canta, nos llevan de excursiones, se hace de todo. Dan clase de todo. De cuentas. De todo. [hay actividades de] dibujar, pintar y todo eso, pero lo que más me gusta [es] cuando hacemos vacaciones y excursiones por un día […] vamos de viaje. Cuando nos vamos de viaje me siento muy feliz.*

E3. *Aquí hay muchas actividades. Ahora te vas y haces pilates, haces poleas, a veces conferencias […] no me aburro, hago crochet, leo [pero puedo hacer tantas cosas que] me traje el Quijote de mi casa y ¡no he abierto ni una página!*

E9. *Yo tengo tres clases de dolores, …artrosis y los otros no sé cómo se llaman [aún así] voy al gimnasio toda la mañana y cuando termino allí me voy a la terapia [por tener esas actividades] me siento bien,[las actividades son como las de una familia] hace poco fui a un viaje.*

V.2.2.3. Respeto y seguridad.

De especial valor para quienes se encuentran en una situación más frágil es contar con la posibilidad de recibir atención sanitaria de calidad en un tiempo muy corto, así como de ser respetados en sus limitaciones y atendidos con rapidez y buenos modos. Esta circunstancia tiene mayor importancia para quienes se han encontrado con experiencias desagradables previas en otras instituciones o en el propio domicilio. La seguridad y tranquilidad se extiende a las familias.

E7. *[respecto a las capacidades] yo me lo hago todo […] pienso que mientras seas activa no te puedes asentar […] creo que soy igual que en mi casa, quiero estar siempre activa [porque] he sido una persona muy activa [y aquí el personal] me dejan hacer todo lo que puedo, cuando no puedo o no sé pido ayuda a las señoritas.*

E7. *[Respeto a las dificultades de otros] aquí también tienes que convivir con personas que, por su enfermedad, molestan, pero se sabe que es por la edad que tenemos […] si estuviéramos bien estaríamos en nuestra casa.*

E10. *Estaba viviendo sola y me aconsejaron que viniera, […] me tratan bien […] aquí me respetan en todo. Mi familia me dijo que me tratarían con respeto y el tiempo que llevo así fue. A mí me gusta vivir en paz.*

E9. *[no te obligan] el verano [vamos] a la playa, pero yo de bañarme nada, que me tengo que quitar la faja y las medias ortopédicas, que para ponerme de mamarracho, nada, tu sabes que a la que le gusta la playa se baña, pero a mí me da mucho miedo [hago otras cosas] veo las flores, que todo es muy bonito.*

E3. *Vivía muy cerquita de mi hija, últimamente me ha estado atendiendo ella, pero ya no me podía quedar sola […] me dan unos episodios […] pierdo el conocimiento [aquí] no me dejan ir sola a ningún sitio, yo voy aquí y voy allí y me acompañan. [Ahora] mi hija está más tranquila y yo también. […] eso es otra de las ventajas que tiene esto, que está al lado del hospital.*

E11. *Cuando tienes algún problema el médico viene, si no es una cosa grave [temas graves] tenemos el hospital aquí mismo y cualquier cosa nos atiende.*

E4. *Puedo salir por ahí solo, pero no quiero que me pase algo. [aquí] voy con cualquiera y voy porque me siento protegido.*

V.2.3. Fuentes de insatisfacción.

Para tener satisfacción, es necesario esforzarse en estar bien, hay que aceptar como es la vida en la residencia y adaptarse a ella, no obstante, algunas cosas se pueden cambiar. Los residentes entrevistados reconocen que vivir en la residencia supone sacrificar algo del bienestar individual por el bien colectivo, y así lo aceptan. Refieren la importancia de acomodarse a lo que la residencia ofrece y acatar las reglas. En este sentido hay opiniones diferentes entre los informantes. Estas opiniones tienen que ver con características personales y ponen de manifiesto las diferencias entre los residentes sobre las fuentes de satisfacción. A pesar de sentirse bien en general, casi la mitad de los informantes encuentran áreas en las que, introduciendo algunos cambios, la vida sería mejor. Aparecen dos categorías, ambas relacionadas al tema de priorizar en el logro de un mayor ajuste entre las necesidades individuales y las reglas de funcionamiento general. Una asociada a la calidad de los servicios, en concreto con la preparación de los alimentos y otra relacionada con la limitación de la autonomía por razones de funcionamiento general: algunas reglas rígidas. La posición de los informantes se relaciona, en ambos casos, con su postura en la residencia: participantes activos o receptores pasivos (se profundizará en ella en el análisis del tercer objetivo).

V.2.3.1. Oportunidad de mejora en la elaboración de los alimentos.

Los informantes hacían pocas referencias a fuentes de insatisfacción. Solían expresarse en términos vagos y generales cuando se les preguntaba sobre aspectos de la residencia que, bajo su punto de vista, podrían mejorarse. En este

sentido varios de ellos encontraban aspectos que deberían cambiar. Los aspectos críticos que se permitieron expresar tuvieron que ver con áreas sobre las que tienen altas expectativas, algunas de las cuales tienen que ver con aspectos relacionados con la atención a áreas importantes para su bienestar. Aún así, la mayoría entiende que la incomodidad que genera queda diluida en la satisfacción general.

> E3. […] *las comidas son cosas muy personales, no es que sean malas, pero algunas no están bien guisadas [extrañeza] los cocineros que tiene son profesionales como cocinan de esta manera. La comida esta sequerosa y a veces tengo que echarle agua [y así] la pongo mejor […] les pediría que mejorasen la comida.*

> E4. *[…] Las comidas y que la estancia esté bien, son dos aspectos principales de la residencia. La comida [tiene que mejorar], muchas veces no está bien, empezó bien y ahora va un poquito peor. Pero son sensaciones puntuales.*

> E9. *[…] estamos bien […] la comida es de lo que se quejan mucho las personas. Las cocineras son regulares a veces, cuando cambian de cocinero se pone la cosa bien.*

V.2.3.2. Poder tener metas y disponer de mayor margen para tomar decisiones sobre cosas que importan.

Contar con flexibilidad un mayor equilibrio entre lo grupal y lo individual. Contar con un margen mayor para ejercer la autonomía, ayudaría a hacer más semejante la vida en la residencia a la vida personal y, en consecuencia, a ganar en bienestar. Aceptar la vida en la residencia es más sencillo si se cuenta son aceptación, pero también si hay autonomía y participación.

> E5. *Algunas veces se pone una triste y dice ¿qué tengo yo que hacer aquí? ¿Toda la vida será así?[…] hombre, me gustaría poder implicarme más en cosas más necesarias [me gustaría tener una obligación, porque aquí, obligación no tengo ninguna.*

E8. *Yo es que tengo que estar aquí, y ya está […] porque ya en mi edad no tengo nada a que aspirar.*

E7. *[elegir cuando acostarme] me gustaría que nos acostáramos una hora más tarde, no es porque no duerma, duermo muy bien. Pero es que cuando estamos viendo la tele que nos gusta nos lo quitan antes de que termine y nos quedamos sin saber quién gana la copla por diez minutos. Es que cuando ya van a decir los resultados nos dicen que tenemos que irnos a la cama.*

E4. *[lo que quiero] es tener libertad. todas quieren que yo escriba y yo no escribo. Voy para abajo y aparezco cuando quiero porque lo que yo quiero [aquí] es tener libertad menos irme para la calle, puedo salir cada vez que quiera.[…] yo quiero que [la rutina y los horarios] lo cumplan ellos igual [que tengo que cumplirlos yo]*

E3. *[…] demasiado metidos en la norma. […] te retiran la tarjeta [de la seguridad social] y el carnet. Son normas que no veo normales, es que no lo entiendo, ¿por qué [por ejemplo] no puedo [sacar de la farmacia] las compresas que a mí me gustan y que me pasa el seguro?. Si me gustan más y me las da el seguro ¿por qué no las puedo tener? No va a costar dinero. Lo he pedido por favor y no han consentido. Ellos lo harán con una base, pero yo no lo entiendo.*

V.2.4. Acercamiento cuantitativo a la comprensión de la experiencia de bienestar con la vida en la residencia.

Desde una perspectiva cuantitativa, encontramos que los mayores institucionalizados en Residencias OHSJD de la Provincia Bética, que completaron el cuestionario mostraron unas puntuaciones promedio con relación al **afecto** de 3,26 (DT 0,78), indicando que, en el momento de la recogida de datos y unas semanas previas a él, sentían más afecto positivo que negativo. Esto quiere decir que los mayores participantes se sentían bien. Estaban motivados, se sentían con energía y experimentaban sentimientos de

satisfacción, amistad y confianza. En nuestro estudio no aparece relación significativa entre afecto y edad.

Con relación a la Calidad de vida relacionada con la salud, medida mediante el SF-36, la puntuación promedio informada por los participantes se situó en el tramo de regular a baja. En todos los casos, las mujeres puntúan más bajo que los hombres, tal como se presenta en la tabla R_3. Las puntuaciones promedio de los participantes en cuanto al funcionamiento físico fueron especialmente bajas (34,19; DT 29,83; puntuación de referencia en España para el mismo grupo de edad es de 94,4; DT 12,8). Efectuada la comparación de medias con las puntuaciones de referencia para la población general mayor de 65 considerando el sexo, tal como se muestra en la tabla R_4, aparecieron diferencias significativas. Los participantes de nuestro estudio, perciben peor funcionamiento físico que el informado por la población anciana general. A su vez, estas diferencias son mayores en las mujeres, quienes perciben un funcionamiento físico aún peor que el informado por los hombres.

Tabla R_3.
Descriptivos por sexo en calidad de vida relacionada con la salud medida a través de las escalas del SF-36

	Sexo	N	Media	D. E.
Funcionamiento Físico	Hombres	11	**50,00**	30,41
	Mujeres	20	**25,50**	26,35
Salud Limitada por Problemas Físicos	Hombres	11	70,45	43,03
	Mujeres	20	68,75	41,25
Dolor Físico	Hombres	11	76,36	32,27
	Mujeres	20	59,87	29,00
Funcionamiento Social	Hombres	11	81,81	23,95
	Mujeres	20	73,75	33,66
Salud Limitada por Problemas Emocionales	Hombres	11	84,84	31,13
	Mujeres	20	71,66	43,62
Vitalidad-Energía	Hombres	11	67,27	19,15
	Mujeres	20	52,00	24,73
Bienestar Emocional	Hombres	11	74,18	14,57
	Mujeres	20	61,80	18,64
Percepción de Salud General	Hombres	11	61,36	26,27
	Mujeres	20	53,50	16,23

Nota; D.E. = Desviación estándar.

Tabla R4.
Diferencia de medias con la población de referencia en mayores de 65 años, según sexo, en puntuaciones de calidad de vida relacionada con la salud SF-36. Prueba t para muestras independientes.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias					
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
Funcionamiento Físico	a	1,19	0,28	2,34	29	**0,02**	24,50	3,14	45,85
	b			2,24	18,32	**0,03**	24,50	1,62	47,37

a = Se han asumido varianzas iguales; b = No se han asumido varianzas iguales

Los resultados obtenidos respecto al **inventario de síntomas sobre el bienestar psicológico,** con relación a los nueve síntomas recogidos, se muestran en la tabla R5.

Tabla R5.
Descriptivos por sexo en lista de síntomas

	Sexo	N	Media	Desviación estándar
Somatizaciones	Hombres	11	2,02	0,98
	Mujeres	20	2,22	0,77
Obsesiones y Compulsiones	Hombres	11	2,02	0,74
	Mujeres	20	2,05	0,53
Sensibilidad Interpersonal	Hombres	11	1,87	0,50
	Mujeres	20	1,82	0,59
Depresión	Hombres	11	1,95	0,46
	Mujeres	20	**2,40**	0,51
Ansiedad	Hombres	11	1,76	0,65
	Mujeres	20	1,72	0,67
Ansiedad Fóbica	Hombres	11	1,58	0,63
	Mujeres	20	1,45	0,38
Ideación Paranoide	Hombres	11	1,83	0,59
	Mujeres	20	1,85	0,75
Psicoticismo	Hombres	11	1,40	0,37
	Mujeres	20	1,37	0,39
Items Adicionales	Hombres	11	2,14	0,64
	Mujeres	20	2,08	0,73
Índice de Severidad Global	Hombres	11	1,80	0,44

Tabla R_5.
Descriptivos por sexo en lista de síntomas

	Sexo	N	Media	Desviación estándar
Total de Síntomas Positivos	Mujeres	20	1,88	0,39
	Hombres	11	84,81	5,77
Índice de Malestar Positivo	Mujeres	20	82,75	7,85
	Hombres	11	1,95	0,62
	Mujeres	20	2,10	0,66

Tabla R_6.
Diferencia de medias en puntuaciones de síntomas. Prueba t para muestras independientes.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias					
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
Depresión	a	0,03	0,85	-2,39	29	0,02	-0,44	-0,83	-0,06
	b			-2,46	22,60	0,02	-0,44	-0,82	-0,07

a = Se han asumido varianzas iguales; b = No se han asumido varianzas iguales

Puede verse que están ligeramente por encima del promedio las somatizaciones, indicando que los participantes perciben malestar relacionado con problemas de funcionamiento físico a nivel cardiovascular, gastrointestinal o respiratorio. La presencia de pensamientos no deseados es otro de los síntomas que los participantes expresan percibir con más frecuencia, junto con síntomas depresivos, tipo disforia, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza e ideaciones suicidas. Con relación a las puntuaciones obtenidas en depresión las puntuaciones también están por encima del promedio. Los ítems adicionales (poco apetito o comer en exceso, problemas para dormir, sueño intranquilo o despertarse temprano, así como pensamientos acerca de la muerte o el morirse y sentimientos de culpa) si bien el promedio de puntuaciones está ligeramente elevado, al realizar el test de medias

no parecen diferencias significativas entre hombres y mujeres. No obstante, el índice de severidad es bajo, es decir, la severidad actual del malestar es baja. A su vez, las puntuaciones brutas por encima de 50 para el caso de los hombres y de 60 en el caso de las mujeres, son indicativas de exageración en el malestar referido. Una situación parecida se da en los síntomas positivos, donde de nuevo las puntuaciones ligeramente elevadas por encima de la media serían indicativas de exageración en la expresión de malestar.

Dada la percepción informada de problemas de malestar mental por parte de los participantes y con el fin de identificar la presencia de diferencias en función de las variables sociodemográficas estudiantes, se realizaron tests de medias para muestras independientes -prueba de Levene a un nivel de significación del 0,05 (tabla R_6). Los resultados indicaron que existen diferencias por sexo, pero que estas diferencias se producían exclusivamente en el conjunto de síntomas depresivos. En ellos las mujeres puntúan significativamente más alto que los hombres.

Por último, con respecto a la satisfacción con la vida, y considerando las puntuaciones promedio de los participantes, indica que éstos se encuentran ligeramente insatisfechos (17,25, que se sitúa entre 19 a 15 puntos del intervalo de ligera insatisfacción).

V.3. Resultados relacionados con el objetivo 2: Determinar diferencias entre la experiencia de vida de estos ancianos, su experiencia previa y actual con relación a la vida en la vejez, con la reflejada en los resultados recogidos en los informes publicados desde el 2008 por el Observatorio de Personas Mayores del IMSERSO sobre "las personas mayores en España".

En este apartado se recogen algunos aspectos subjetivos que acompañan la experiencia de envejecer, desde las expectativas, temores y satisfacciones

hasta el contexto de las emociones. La experiencia de envejecer cubre, en el ámbito subjetivo, una serie de sensaciones, actitudes, percepciones y sentimientos que también deben de ser abordados.

V.3.1. Con relación a las Expectativas y la experiencia de envejecer.

La mayoría de las personas de edad perciben su vida pasada de manera positiva. Para seis de cada diez mayores su experiencia vital ha sido o se ha acercado bastante a como le gustaría que fuese, es decir, sus expectativas ante la vida han sido cumplidas para un 63,1% de los casos. Un 12,7% se encuentra en la posición contraria y un 22,8% en la intermedia. La percepción subjetiva respecto a las expectativas vitales pasadas influye con enorme insistencia en la forma de vida actual. Percibir positivamente el modo de vida anterior supone en la vejez enfrentarse a la realidad presente y futura con un apoyo emocional fuerte y consistente. Uno de cada dos mayores también declara que con normalidad logra lo que se propone en su día cotidiano. Las expectativas cumplidas día a día también suponen una manera positiva de abordar el proceso de envejecimiento. En las entrevistas realizadas la población estudiada muestra similares.

En la actualidad, un 73,1% de las personas de edad manifiestan poder tomar sus propias decisiones y tener libertad para elegir cómo vivir su vida. Sólo un 9,0% dice no poder hacerlo. La condición de no depender de nadie a la hora de decidir es, más allá de la autonomía física, un desafío que en muchos casos se encuentra enfrentado a las familias y a las Administraciones. En la muestra estudiada las oportunidades de decisión están limitadas por las normas de la institución, algo que genera malestar en algunos de los entrevistados. Sin embargo preservan su capacidad decisora para otras elecciones que forman parte del día a día.

En muchas ocasiones, la opinión de las personas mayores respecto a su propia vida es dejada de lado en pro de la familia o de otros agentes. La voz de las personas mayores se silencia en favor de intereses o temores ajenos. Que en nuestro país más de siete de cada diez mayores declare ser autónomo en la toma de decisiones es un buen indicador de autosuficiencia y respeto por parte del resto de la población a este grupo. Pero, aunque elijan mayoritariamente cómo vivir su vida esto no supone que realicen las actividades que más les gustan. Existe un 23,2% de personas mayores que declara no disfrutar de tiempo para la realización de tareas que le agradan. En la muestra estudiada, en general los ancianos manifiestan disfrutar con lo que hacen y sentirse comprometidos con las actividades programadas en el centro y elegidas por ellos mismos.

Aunque los datos de esta encuesta impiden profundizar en el perfil de este grupo de personas sin disponibilidad de tiempo, otras investigaciones han evidenciado que se trata sobre todo de mujeres de entre 65 a 74 años que dedican la mayor parte de la jornada a la realización de tareas domésticas y de cuidado. El perfil descrito es similar al encontrado en la muestra estudiada.

También hay un porcentaje de mayores que dicen disponer de pocas oportunidades para demostrar sus capacidades, un 34,0%. Los mayores deciden su modo de vida, pero esto no se materializa en la realización de las actividades que más les gustan o en las que están mejor capacitados; no perciben su autonomía como el desarrollo de sus aptitudes o con la práctica de tareas satisfactorias.

Para casi nueve de cada diez mayores su estilo de vida no supone actividad física, es decir, sus hábitos diarios no conllevan un esfuerzo de este tipo. El declive funcional del cuerpo acarrea cambios en los hábitos y modos de vida, de manera que la menor potencia física en personas de edad avanzada supone rebajar tanto los ritmos como la intensidad de las actividades. La

muestra estudiada está implicada diariamente en actividades que incluyen el ejercicio moderado adaptado a la edad y condición física.

La satisfacción en cuanto a su vida pasada (cómo le ha ido en la vida) es superior a la satisfacción respecto a su nivel de vida actual. En el caso de la satisfacción de los mayores con su vida pasada la media asciende al 7,2 (escala de 0 a 10), mientras que con su situación actual se mantienen en el 6,7. Para las personas de más edad los aspectos que les producen más satisfacción en sus vidas son, en orden descendente: su situación familiar (52,0%), su salud o forma física (32,1%), el tiempo libre del que disponen (21,0%), su vivienda (17,3%) y su forma o estilo de vida (16,5%). El trabajo, los ingresos, el salario y el nivel educativo rondan porcentajes siempre menores del 5%.

V.3.2. Emociones en la vejez.

Diversos estudios destacan que la vejez es un periodo vital en el que las emociones juegan un papel muy importante en favor de la adaptación del individuo al proceso del envejecimiento. Entre las personas de edad avanzada los sentimientos positivos se generalizan frente a las pérdidas que presiden este período. La denominada «paradoja del envejecimiento», abordada por diversos autores, señala cómo, a pesar de que durante la vejez se observa un aumento de problemas de salud y pérdidas asociadas a diversos ámbitos de la vida (social, familiar, esfera personal), las personas mayores muestran niveles más altos de bienestar subjetivo. En el repertorio de sentimientos recogidos por la ESS-06 se evidencia esta teoría al existir una mayor frecuencia de emociones positivas en la vida diaria de los mayores. En nuestra muestra los resultados son similares como puede verse en los objetivos uno y tres.

V.3.2.1. Emociones positivas.

Entre estos afectos positivos destaca el sentimiento de felicidad uno de cada cuatro mayores declara sentirse feliz todo o casi todo el tiempo en el período de la última semana, un 40,7% buena parte del tiempo, casi 3 de cada

10 se siente feliz en algún momento y sólo un 5% dice no sentirse así nunca o casi nunca. El grado de felicidad entre las personas mayores es bastante elevado. En segundo lugar se encuentra la tranquilidad, con un 18,1% de mayores que se sienten relajados durante todo o casi todo momento y un 45,2% buena parte del tiempo. La tranquilidad es un sentimiento muy valorado entre las personas de más edad, el disfrute de la serenidad es en estos años uno de los aspectos más estimados. Le sigue el sentirse descansado por las mañanas, con un 18% de personas que dicen encontrarse siempre de esta manera. El disfrute de la vida es para un 12,6% algo cotidiano y que afecta casi todo su tiempo. La sensación de tener energías rebosantes sólo afecta todo o casi todo el tiempo a un 5,4% de la población de más edad, en este caso el porcentaje más elevado se encuentra entre los que declaran no sentirse así nunca o casi nunca (43,1%).

V.3.2.2. Emociones negativas.

Entre las emociones negativas recogidas en esta encuesta destacan por su mayor incidencia en la frecuencia: el cansancio (10,0% todo o casi todo el tiempo y un 23,0% buena parte del tiempo), la sensación de dormir con inquietud (8,6% todo o casi todo el tiempo) y la sensación de que le cuesta hacer mucho hacer cualquier cosa (un 34,2% nunca o casi nunca). Todas estas emociones o sensaciones están relacionadas con el declive físico que supone el envejecimiento. Lo que más perciben las personas mayores es la fatiga, el agotamiento, la debilidad física, características derivadas del momento vital en el que se sitúan, periodo en el que se acentúan los problemas de la salud. Otros sentimientos que experimentan más de la mitad de la población mayor, aunque no con demasiada frecuencia, son el sentirse sin ánimos y la tristeza. Un 59,2% de los mayores se siente sin ánimos alguna vez a lo largo de la semana y un 57,4% triste. Pueden considerarse cifras elevadas, pero hay que tener en cuenta que sólo un 4,1% se declara sin ánimos todo o casi todo el tiempo y un 3,2% triste. Los sentimientos que se perciben en menor porcentaje son, en este orden,

la ansiedad, la soledad, el aburrimiento y la depresión, siempre con cifras menores del 50%. Casi siete de cada diez mayores dicen no sentir nunca o casi nunca ansiedad, un 63,4% soledad, un 55,5% aburrimiento y un 53,6% dice no sentirse nunca o casi nunca deprimido.

Las emociones percibidas durante la vejez se confirman como mayoritariamente positivas. Entre los sentimientos experimentados por el grupo de mayores destacan en frecuencia y porcentaje los sentimientos favorables. Los efectos opuestos, los negativos, que con mayor frecuencia perciben los mayores son los relacionados con el declive físico de la persona, aspectos vinculados al proceso de envejecimiento y a la vejez.

En nuestra muestra la experiencia emocional positiva es similar a la presentada, mientras en las emociones negativas, el temor, susto y la tristeza, con las más frecuentes.

V.3.2.3. Satisfacción con la vida y relaciones.

Los mayores que conforman nuestra muestra, muestran satisfacción con su vida diaria, sus relaciones familiares, pero no refieren estar satisfechos con los amigos ni con el tiempo libre. Al igual que la muestra de la población realizan ejercicio físico, pero no sienten que su salud sea buena. Su nivel de estudios es similar y como la población general se declaran católicos.

Aunque la mayoría asegura que su círculo de conocidos y amigos sigue siendo el mismo que antes (dos tercios de las personas mayores), entre aquellas que sí que han percibido cambios, son mucho más numerosas las que indican que dicho círculo ha sufrido una disminución de efectivos (el 30,6%) que las que refieren un aumento (el 2,7%). Declaran pérdidas, sobre todo, los encuestados de edad más avanzada: el 40,2% de los mayores de 80 años, frente al 19% de los recién jubilados.

Además de la pareja, los hijos son una de las principales fuentes de apoyo y solidaridad, sobre todo en el caso de las personas mayores. El 12,1% de la

población europea de 65 y más años no tienen ningún hijo, el 17,2% tienen un hijo, el 34,4% dos hijos y el 36,3% tres o más hijos. En España, el 13,4% de las personas de 65 y más años no tienen hijos, un 12,4% tienen un solo hijo, el 28,4% dos y el 45,8% más de dos hijos.

En España, la distancia geográfica entre padres e hijos es inferior en comparación con otros países. El 37,6% de las personas de 65 y más años conviven con algún hijo. Esto puede deberse al retraso del calendario de emancipación de los jóvenes españoles. Pero también, a la importancia de la convivencia intergeneracional como mecanismo de solidaridad. En España, es frecuente la convivencia de padres e hijos tras la viudedad de uno de los progenitores, o por enfermedad o discapacidad. Por ejemplo, a partir de los 85 años, el 48,9% de los varones de 65 y más años convive con sus hijos y el 44,9% en el caso de las mujeres.

En España, por ejemplo, una de cada dos personas de 65 y más años mantienen un contacto diario con el hijo con el que tienen un contacto más frecuente. Los residentes encuestados que tienen hijos cerca reciben su visita todos los días.

Las relaciones interpersonales que las personas mantienen con la familia o las personas de su entorno son cruciales para su bienestar. En el caso de las personas mayores, estas relaciones son aún más importantes debido al deterioro físico y psíquico que se produce con la edad.

Tradicionalmente, la familia ha sido una importante fuente de solidaridad entre sus miembros. En este sentido, los contactos familiares sientan las bases de los flujos de ayuda entre los miembros de una misma familia. El 23,5% de los europeos de 65 y más años mantiene contactos diarios con familiares, el 40,5% varias veces a la semana el 15,8% varias veces al mes, el 7,8% una vez al mes, el 5,9% al menos una vez al año y el 5,8% nunca.

Además de la familia, los amigos tienen una significativa importancia en las redes personales de las personas de 65 y más años. El 10,5% de la población europea mayor tiene contacto a diario con sus amigos, el 29,8% varias veces a la semana, el 20,2% varias veces al mes, el 10,9% una vez al mes, el 9,5% al menos una vez al año y el 14,8% nunca.

Estos resultados son consecuentes con la importancia que las personas de 65 y más años dan a la familia y la amistad. En general, las personas mayores dan mucha importancia a la familia. El 88,8% de las personas mayores consideran que la familia es muy importante, el 9,4% bastante importante, el 1,2% poco importante y el 0,5% nada importante.

Por otro lado, el 49,5% de las personas de 65 y más años afirman que la amistad es muy importante y el 39,7% que es bastante importante. En España, el 93,2% de las personas de 65 y más años consideran que la amistad tiene mucha o bastante importancia.

V.3.2.4. Vida cotidiana.

La vida cotidiana se define como la sucesión de actividades realizadas de manera habitual por el individuo. Nuestras vidas están organizadas en torno a la repetición periódica de pautas de comportamiento parecidas. La vida cotidiana de los ancianos institucionalizados difiere de los no institucionalizados.

Apoyo informal y ayuda a otras personas.- Un 13.9% de éstos declara haber prestado ayuda (cuidado personal, ayuda doméstica, ayuda en trámites y gestiones o compañía) a alguna persona cercana que lo necesitase debido a su estado de salud en el último año. El tipo de ayuda que realiza una mayor proporción de personas es la compañía, seguida por la ayuda doméstica y los trámites y gestiones. Puede inferir que muchas de estas personas están al cuidado de su cónyuge o pareja.

Tiempo libre.- El tiempo libre ha experimentado en la sociedad moderna cambios esenciales en su organización y ha adquirido una importancia

mayor para el individuo. Algunas de las personas que hoy superan el umbral de los 65 años han tenido una trayectoria vital en la que la necesidad de afrontar el día a día no les permitía ejercer la capacidad de elección sobre su tiempo libre. Estas personas son las primeras generaciones que se encuentran en la vejez, gracias al aumento de la esperanza de vida y su mejora, con un número importante de años por delante y mucho tiempo libre disponible.

Para muchas personas el tiempo libre es el momento en el que pueden dedicarse a realizar aquellas tareas que más les enriquecen, satisfacen y dan sentido a sus vidas. Para otras, este es el momento para poder dedicarse a aquellas actividades que siempre les gustaron, actividades que no pudieron practicar en su etapa laboral, rescatar antiguos hobbies o iniciar otros nuevos.

El tiempo libre en la vejez cobra vital importancia. Casi el 50% de la población mayor declara que su actividad principal en un día laborable está relacionada con el ocio.

La opinión sobre la oferta cultural, de ocio y tiempo libre en España es bastante crítica en todos los grupos de población. Las personas mayores no se sienten involucradas en las ofertas de ocio, no participan en su elaboración ni planificación, están y se sienten fuera de este proceso y, por tanto, les cuesta ubicarse y opinar al respecto. Una de cada cuatro personas mayores dice no saber qué contestar a esta pregunta. La ausencia de valoración sobre la oferta cultural y de ocio en nuestro país es un claro indicador del menor grado de participación de las personas mayores en este tipo de actividades.

Ocio sedentario.-El nivel de formación alcanzado y la mayor desvinculación de la cultura del ocio en este grupo de población conllevan, junto con otros factores, a una mayor dedicación al ocio sedentario, entendido aquí como el conjunto de actividades relacionadas con los medios de comunicación como son: leer, escuchar la radio y ver la televisión.

La cifra de personas mayores que ven la televisión está muy cercana al 100%, tanto en España como en el resto de países europeos. Escuchar la radio es, también, una actividad habitual entre las personas mayores. Casi un 75% de éstas ha escuchado la radio la semana anterior a la encuesta. La lectura es, sin embargo, menos habitual. Sólo 3 de cada 10 personas mayores dicen haber leído la semana anterior.

Ocio dinámico.-En esta categoría se recogen diferentes datos relacionados a algún tipo de actividades físicas, bien porque la propia tarea exige este tipo de actividad o bien porque requiere el uso de la actividad física para trasladarse al lugar dónde se realiza la actividad. Para elaborar un análisis estructurado de estas actividades se han agrupado en tipologías siguiendo diferentes características como el lugar dónde se realizan o su finalidad. Así, se establece la siguiente clasificación: ocio doméstico, ocio social, ocio saludable y ocio aprendizaje.

Ocio doméstico.- Las actividades agrupadas en ocio doméstico son: coser, hacer punto, manualidades o bricolaje. Estas actividades son practicadas por un 44.4% de personas mayores a lo largo de la semana (suma de frecuencia diaria y semanal).

Ocio social.- En este grupo se recoge: ir al bar o cafetería, ir a espectáculos, visitar algún centro social o asociación de mayores, visitar familiares, ir a la iglesia o parroquia y realizar tareas de voluntariado social. La ejecución de todas estas actividades supone algún tipo de interacción social con otras personas, por ello han sido clasificadas como actividades de ocio social.

La actividad que un mayor porcentaje de personas realiza diariamente es la visita a algún centro social o asociación de mayores (18.4%).

Ocio saludable.- Las actividades de ocio saludable congregadas aquí son: ir al parque o pasear, hacer algún deporte o actividad física y bailar. Todas ellas son actividades que requieren esfuerzo físico y son consideradas como hábitos

de promoción de la salud. Entre todas ellas, la más popular es ir al parque o pasear. La mayoría de las personas mayores de nuestro país, casi ocho de cada diez, practican este tipo de actividades de forma semanal, tres de éstas de forma diaria.

Ocio aprendizaje.- La formación y el aprendizaje a lo largo de la vida son objetivos políticos prioritarios, ya que suponen un recurso estratégico para poder desenvolverse en los complejos entornos sociales que se configuran en las sociedades modernas actuales. Entre estas actividades se han incluido el uso del ordenador e internet ya que constituyen también una forma de aprendizaje y un recurso fundamental de conexión con el mundo actual.

Siguiendo los datos de la Encuesta de las personas mayores de 2010, casi una de cada diez personas mayores asistió a clase semanalmente. El porcentaje de mujeres es algo más elevado y el de generaciones más jóvenes. El uso del ordenador e internet está, sin embargo, más extendido entre los varones, aunque continúa el patrón de más participación entre las generaciones más jóvenes.

Las personas mayores (65-74 años) que utilizan el ordenador lo hacen de manera frecuente; un 59,2% casi todos los días y un 28,1% todas las semanas.

V.4. Resultados relacionados con el objetivo 3: Establecer la presencia de patrones de respuesta humana característicos a la adaptación a la vida en residencias de ancianos.

La transición a una residencia de ancianos puede ser un acontecimiento estresante para el mayor, sus familias y sus cuidadores. Se suele considerar que dejar el domicilio habitual para trasladarse a una residencia de ancianos es algo que puede ser necesario, pero es algo que no se desea. Partiendo de esta consideración cabe esperar una reducción en las experiencias vitales agradables, una menor satisfacción vital y la necesidad de un replanteamiento personal

completo y complejo, en muchos sentidos, que permita una vida satisfactoria en las nuevas condiciones.

En 1992, la Asociación norteamericana para el diagnóstico enfermero, NANDA en sus siglas en inglés, estableció una nueva categoría diagnóstica, el síndrome de estrés por traslado, para recoger procesos de ajuste inadecuado al cambio vital que supone el ingreso en una residencia. A pesar de establecer sus características definitorias, aún están por determinar desde la investigación.

El ingreso en la residencia conlleva una experiencia estresante porque la casa en la que uno vive guarda relación con la identidad personal, considerándose una extensión del yo y el contexto en que se inserta conecta a la personas con los otros y con el medio a través de un conjunto de relaciones significativas (Leith, 2006). De hecho, el espacio geográfico que se ocupa tiene implicaciones emocionales, pues con el lugar tenemos estrechos vínculos de orden físico, social y biográfico. Así, el ingreso en una residencia se asocia necesariamente con una experiencia de duelo y la resiliencia, esto es, la capacidad para responder positivamente a las circunstancias adversas, estaría jugando un papel. El vínculo con el lugar puede ser especialmente estrecho en el caso de los mayores, de hecho son muchos los que prefieren vivir en su casa, incluso con serias dificultades para la vida independiente, hasta que les resulta imposible mantener esa situación.

Físicamente la casa de uno es un espacio en el que sentirse libre de ser quien uno es. Emocionalmente es un lugar donde uno es libre de decidir de hacer y deshacer. El modo en que las mujeres viven el hogar puede ser distinto al de los hombres. El mantenimiento del hogar ha sido en muchos casos la función principal en la vida de las mujeres y un aspecto central en su identidad. Siendo importante el proceso de adaptación a un nuevo ambiente para cualquier persona, es especialmente importante cuando las capacidades mentales están preservadas. Cuando un mayor tiene alteraciones cognitivas suele ser la familia

quien plantea el ingreso en la residencia, sin embargo, cuando las capacidades están preservadas, la decisión de ingresar recae en la propia persona que ingresa.

Al considerar a los participantes del estudio con relación a su respuesta a la institucionalización se pueden identificar distintos temas. De un lado el proceso de agrupar en quienes están en proceso de adaptación al nuevo entorno, que se ha esbozado en el primero de los objetivos de este estudio y que se relaciona con la necesidad de aceptar las características de la vida en la residencia y adaptarse a ella. Sin embargo, previamente al ingreso hay un proceso de decisión en el cual el anciano tiene una mayor o menor posibilidad de participar. Una vez decido el ingreso se requiere conocer, comprender y aceptar las características de la residencia, crear en ella un lugar al que considerar sustituto del hogar en su sentido físico, emocional y social; finalmente, es necesario asumir la residencia como el hogar para el final de la vida. Estas cuatro fases se identifican como temas al caracterizar el modo que los mayores entrevistados responden a la institucionalización.

V.4.1. Proceso de decisión de ingreso en una residencia de ancianos.

Supone una decisión importante que conlleva una variedad de decisiones menores y precede al ingreso. Además de considerar qué motiva la toma de decisión, un aspecto de interés es considerar qué papel juega el mayor en dicho proceso.

V.4.1.1. Motivaciones para el ingreso.

Entre los motivos relacionados con la decisión de ingreso en personas sin daño cognitivo, la literatura informa que el ingreso en las residencias se produce por causas sociales o por reducción del funcionamiento físico (Rodriguez, Martinez, Cervera, Notario, & Martinez, 2014). Entre las causas sociales se incluyen dos: la soledad y la ausencia de familiares directos.

La percepción de soledad es la razón principal por la que deciden ingresar. Y lo hacen con la expectativa de encontrar compañía, afecto y apoyo. En la muestra estudiada esta situación es la más frecuente.

E7. [tras separación] *Antes de venir aquí mi vida era llevar mi casa, a mis hijos, mi marido […] cuando se fueron haciendo mayores [y se casaron] seguía echándoles una manilla en lo que podía, porque a mi siempre me ha gustado mucho colaborar en cosas católicas y asociaciones de amas de casa[…] y ayudando siempre a los mayores, a mi suegra, a mi madre he estado ayudando; creo que me ingreso será permanente porque a mi edad… vendí mi casa, mis hijos se han casado, no voy a estar sola.*

La falta de familiares directos en el vecindario que permitiesen continuar viviendo en su casa.

E8. *Antes de venirme hacía la vida normal de una viuda, el estar sola en casa [no me gustaba] y decidí venirme […] aquí estoy acompañada y tengo otra vida de más contacto con las personas y eso, más acompañada.*

El otro motivo que conduce a los mayores a decidir el ingreso es la presencia de una reducción en la capacidad de funcionamiento físico. En ocasiones no hay familiares cercanos que puedan ofrecer cuidado en el domicilio,

E6. *Llevaba mi casa. No tengo hijos, me quedé viuda y entonces me quedé sola.[tenía a una muchacha que me cuidaba un poquito para que no estuviera del todo sola, pero me puse enferma […] entonces el médico me dijo particularmente "es mucho mejor que vaya a un sitio donde esté cuidada, porque la van a llevar a su casa y allí yo no se"- […] sola no puedo estar, porque necesito que me cuiden para acostarme, para levantarme, para vestirme, lavarme.*

En otros casos, sin embargo, se cuenta con el apoyo familiar pero las condiciones laborales o familiares, por ejemplo, la existencia de niños pequeños, hacen muy difícil al familiar hacer compatibles sus obligaciones laborales y

paternales con las filiales. En estos casos suele ser el mayor quien decide ingresar para evitar añadir más carga a una carga de por si muy elevada.

E3. *[su capacidad para cuidar de sí misma se pone en riesgo debido a una reducción del funcionamiento a causa de patología, viuda, una hija que no pude asumir su cuidado completo por hijos pequeños] mi hija no quería que me quedara sola en casa, quería que metiera a alguien, una señora, y yo, la verdad […] no sabía qué iba a hacer con alguien a quien no conocía, aunque con el tiempo llegara a conocerla. […] y decidí venirme.*

V.4.1.2. Participación en la decisión.

El papel que juega el mayor en la decisión es de interés para el proceso adaptativo y de nuevo no se puede desligar de las características del mayor. El grado de participación se mueve en un continuo que varía desde una participación muy limitada, dónde el papel del mayor prácticamente se reduce a asentir, al de una decisión completamente autogestionada. La participación en la decisión se relaciona con una mejor adaptación al centro. Importa distinguir entre ser apoyado y ser dirigido.

E3. *¿quién me iba a asesorar? me hice a la idea que me iba a ir a una residencia [y lo gestioné] vine a verlo antes, me enseñaron cual podría ser mi habitación y les dije incluso cuál quería.[…] y me gusta mucho.*

E2. *Mi hermano habló y ya me metieron aquí.*

En cualquier caso, el proceso de tomar la decisión genera en la persona sentimientos intensos muchas veces ambivalentes.

E4. *[…] yo lo vi muy bien [el ingreso] pero me sentía triste por dejar allí a mi casa, olvidada.*

V.4.1.3. El proceso de adaptación al nuevo entorno.

Es un proceso gradual que cada informante expresa de un modo diferente. Cada caso tiene su ritmo y sus circunstancias, de forma que se hace difícil establecer comparaciones.

> E5. *"Mi ingreso fue malo, porque yo estaba bien de la cabeza" […] "echaba de menos mi casa, mi familia", […] "cuando empecé a ver como mejoraba me iba encontrando más a gusto"*

Quienes tienen experiencia en la vida en una residencia y han cambiado porque no les satisfacía la anterior, viven un proceso de adaptación mediado por un mayor número de sentimientos agradables; el caso contrario ocurre cuando el proceso de adaptación se asocia a la elaboración del duelo por dejar la vida en la comunidad e iniciarse en la vida residencial.

A los participantes les cuesta hablar de ese proceso, algunos no lo recuerdan, otros prefieren no recordarlo, al ser unos momentos difíciles. Por otra parte, en general, en la muestra estudiada los mayores preferían enterarse en el momento o recordar aspectos felices de su vida anterior, evitando centrar su atención en aspectos que les podían resultar dolorosos.

Algunos participantes hacen referencia a sentimientos dolorosos unidos a una gran nostalgia de momentos felices vividos en la que fué su casa que generalmente, asociaban a las actividades que solían desarrollar y ahora añoran.

V.4.1.4. Integrarse en la residencia.

Una parte del proceso de adaptación tiene que ver con abrirse al nuevo ambiente, buscando conocerlo y ubicarse en él. Este proceso se puede ver especialmente favorecido por el personal y otros residentes que tiene especial valor en la comprensión de la cultura institucional informal. La familia es otro referente en el proceso de llegar a comprender y estimar las características de la residencia, en términos de los informantes "acoplarse" a ella.

Una vez que el residente comienza a sentirse parte del nuevo contexto y a implicarse activamente en él, se va desarrollando una nueva realidad. Empiezan a apropiarse del espacio adecuando su habitación y haciendo de ella algo propio. Lo mismo sucede con las áreas compartidas, dónde cada quien acaba encontrando su sitio y sus compañeros. Cuando ese proceso se produce, con el tiempo surge en ellos un sentimiento de pertenencia que les lleva a considerar la residencia un hogar.

E2. *Me lo dijeron al llegar y es verdad. Me siento como en mi casa. Para mí esta es mi casa.*

V.4.2. Acercamiento cuantitativo a la comprensión de recursos para la adaptación psicológica a la institucionalización.

El acercamiento cuantitativo dirigido a conocer con qué recursos personales contaban los residentes para enfrentar estos procesos, nos llevó a explorar las relaciones entre las capacidades de regulación emocional y las experiencias de bienestar. Para ello buscamos identificar las relaciones entre la IE (Inteligencia Emocional) con la afectividad y el bienestar, entendido como calidad de vida relacionado con la salud, ausencia de síntomas de malestar psicológico y niveles de satisfacción con la vida, se analizaron las correlaciones entre las variables. Los resultados obtenidos se muestran en la tabla R_7. En general ni la edad, ni el sexo, ni el nivel de instrucción, ni el tiempo de estancia en la residencia están asociadas con las variables en estudio más allá de lo detallado en puntos anteriores.

V.4.2.1. Relaciones con la IE.

La **cuarta rama de la IE capacidad**, mostró diversas asociaciones con la calidad de vida relacionada con la salud. Tanto en su conjunto como en sus subescalas de manejo y relaciones, presentó una asociación fuerte y

positiva con la escala de vitalidad energía (r=0,55; p<0.01). Con la escala de bienestar emocional así como con la percepción de salud general, la relación fue moderada (r=0,36; p<0.05 en ambos casos). La subescala de relaciones, guarda una relación moderada y negativa con síntomas de psicoticismo (r= -0,36; p<0.05), mientras la subescala de manejo presenta una relación moderada y negativa con la satisfacción con la vida (r=- 0,36; p<0.05). Como cabría esperar, no existió relación entre la cuarta rama de la IE y la afectividad.

V.4.2.2 Relaciones con la afectividad.

El **afecto negativo** presentó asociaciones en el sentido esperado, con un elevado número de dimensiones de las variables en estudio. Respecto a la calidad de vida relacionada con la salud, se asoció a varias de las escalas evaluadas. Mantiene una relación moderada y negativa con el funcionamiento físico (r= - 0,39; p<0.05) mientras su asociación con el bienestar emocional fue fuerte y negativa (r= - 0,55; p<0.01) de igual modo que con el dolor físico (r= - 50; p<0.01). Con la percepción de salud general, el afecto negativo también presentó relaciones. En este caso la asociación fue moderada y negativa (r= -37; p<0.05). Respecto a la presencia de síntomas de malestar emocional, se produjeron un elevado número de asociaciones con una fuerza de relación que varió de moderada a fuerte y que en todos los casos fue positiva, como puede verse en la tabla R7. Fueron moderadas las relaciones con somatización (r= 0,46; p<0.01), sensibilidad interpersonal (r= 0,46; p<0.01), depresión (r= 0,40; p<0.05), ideación paranoide (r= 0,30; p<0.05), psicoticismo (r= 0,39; p<0.05) y con manifestaciones variadas de malestar que se recogen en la dimensión "ítems adicionales" (r= 0,46; p<0.01). Finalmente, encontramos una relación fuerte y positiva con la severidad global (r= 0,46; p<0.01). Respecto a la satisfacción con la vida, tal y como cabría esperar, el afecto negativo

mantiene una relación negativa, que en los participantes de nuestro estudio tuvo una fuerza de relación moderada (r= -0,49; p<0.01).

El número de asociaciones con el **afecto positivo** fue menor, y la fuerza de relación en todos los casos fue moderada. Estas asociaciones fueron positivas con la vitalidad energía (r= 0,36; p<0.05), negativas con la depresión (r= -0,37; p<0.05), y positivas con la satisfacción con la vida (r= 0,43; p<0.05).

V.4.2.3. Relaciones con el bienestar.

En la tabla R7, se presenta la percepción de satisfacción con la vida expresada por los participantes. Pueden observarse relaciones moderadas y positivas con diferentes escalas de la calidad de vida relacionada con la salud: salud limitada por problemas físicos (r= 0,39; p<0.05); vitalidad – energía (r= -0,38; p<0.05); bienestar emocional (r= 0,38; p<0.05); y percepción de salud general (r= 0,47; p<0.01). Así mismo aparecieron asociaciones moderadas y negativas con tres de las dimensiones de la lista de síntomas: con obsesiones y compulsiones (r= -0,48; p<0.01), depresión (r= -0,38; p<0.05) ítems adicionales (r= -0,45; p<0.05); y, finalmente, con el índice de malestar positivo (r= -0,40; p<0.05).

El promedio de puntuaciones tipificadas para el **manejo de las emociones** (cuarta rama de la IE, medida a través del MSCEIT) es ligeramente más baja que el promedio de población de referencia (situado en 100 para hombres y 104 para mujeres) si bien, efectuado el test de medias para muestras independientes, no aparecieron diferencias significativas entre los participantes y la población general. Lo limitado de nuestra muestra con relación al nivel de instrucción imposibilitó la comparación entre esta condición y el manejo de emociones.

Tabla R7

Correlaciones entre las variables en estudio

	Calidad de vida relacionada con la salud SF36										Lista de chequeo de síntomas psicológicos SCL-90-R												SWLS	Afectividad		IE 4ªr		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
1 Edad	1																											
2 Tiempo en Residencia	-0,07	1																										
3 Funcionamiento Físico	0,13	-0,13	1																									
4 SL problemas físicos	-0,11	0,07	0,30	1																								
5 SL problemas emocionales	0,04	0,17	0,25	0,29	1																							
6 Vitalidad	0,05	-0,06	0,44*	0,19	0,32	1																						
7 Bienestar Emocional	0,18	0,18	0,34	0,33	0,56**	0,54**	1																					
8 Funcionamiento Social	0,24	0,12	0,36*	0,36*	0,71**	0,41*	0,58**	1																				
9 Dolor Físico	-0,06	0,24	0,36*	0,44*	0,51**	0,40*	0,60**	0,43*	1																			
10 Percepción de Salud General	0,19	0,08	0,40*	0,14	0,35	0,48**	0,64**	0,43*	0,64**	1																		
11 Somatizaciones	-0,18	-0,03	-0,36*	-0,33	-0,52**	-0,42*	-0,77**	-0,51**	-0,59**	-0,55**	1																	
12 Obsesiones y Compulsiones	-0,09	0,16	-0,36*	-0,12	-0,48**	-0,20	-0,36*	-0,25	-0,28	-0,40*	0,56**	1																
13 Sensibilidad Interpersonal	-0,12	0,22	-0,28	-0,16	-0,26	-0,44*	-0,21	-0,24	-0,05	-0,23	0,41*	0,42*	1															
14 Depresión	0,06	-0,22	-0,40*	-0,18	-0,46**	-0,53**	-0,41*	-0,51**	-0,39*	-0,39*	0,35	0,29	0,36*	1														
15 Ansiedad	-0,14	-0,11	-0,13	-0,20	-0,61	-0,26	-0,64**	-0,36*	-0,54**	-0,43*	0,71**	0,69**	0,44*	0,23	1													
16 Ansiedad Fóbica	-0,01	-0,02	-0,22	-0,09	-0,45*	-0,23	-0,37*	-0,46**	-0,24	-0,29	0,52**	0,36*	0,38*	0,34	0,44*	1												
17 Ideación Paranoide	0,03	0,09	-0,28	-0,31	-0,39*	-0,35	-0,14	-0,38*	-0,24	-0,13	0,26	0,39*	0,66**	0,32	0,31	0,05	1											
18 Psicoticismo	-0,42*	0,22	-0,15	0,10	-0,38*	-0,46**	-0,31	-0,48**	-0,14	-0,47**	0,32	0,36*	0,65**	0,34	0,34	0,23	0,50**	1										
19 ítems Adicionales	-0,23	0,05	-0,09	-0,13	-0,35	-0,14	-0,45*	-0,14	-0,45*	-0,39*	0,69**	0,55**	0,37*	0,06	0,73**	0,33	0,18	0,32	1									
20 Índice de Severidad Global	-0,18	0,01	-0,38*	-0,28	-0,65**	-0,50**	-0,66**	-0,56**	-0,52**	-0,55**	0,83**	0,75**	0,71**	0,56**	0,81**	0,57**	0,56**	0,61**	0,69**	1								
21 Total de Síntomas Positivos	0,17	0,00	0,32	-0,03	0,63**	0,40*	0,40*	0,41*	0,18	0,39*	-0,56**	-0,61**	-0,59**	-0,35	-0,53**	-0,44*	-0,49**	-0,50**	-0,58**	-0,73**	1							
22 Índice de Malestar Positivo	-0,16	-0,02	-0,36*	-0,16	-0,70**	-0,48**	-0,60**	-0,53**	-0,43*	-0,52**	0,77**	0,76**	0,69**	0,49**	0,78**	0,54**	0,57**	0,59**	0,70**	0,95**	-0,89**	1						
23 Satisfacción con la Vida	-0,13	-0,14	0,32	0,39*	0,24	0,38*	0,38*	0,21	0,33	0,47**	-0,25	-0,48**	-0,28	-0,38*	-0,34	-0,11	-0,35	-0,27	-0,19	-0,45*	0,26	-0,40*	1					
24 Afecto Positivo	0,04	-0,27	0,26	0,25	0,23	0,36*	0,15	0,29	0,33	0,28	-0,03	-0,20	-0,01	-0,37*	-0,08	-0,29	-0,01	-0,11	0,12	-0,16	0,00	-0,08	0,43*	1				
25 Afecto Negativo	-0,23	-0,17	-0,14	-0,39*	0-,34	-0,26	-0,55**	-0,34	-0,50**	-0,37*	0,46**	0,29	0,38*	0,40*	0,55**	0,16	0,36*	0,39*	0,46**	0,61**	-0,21	0,50**	-0,49**	-0,04	1			
26 Manejo	0,16	0,31	0,22	-0,05	0,07	0,41*	0,32	0,18	0,27	0,21	-0,25	0,27	-0,04	-0,24	-0,11	-0,24	0,23	0,03	0,08	-0,10	-0,06	-0,04	-0,36*	-0,14	-0,29	1		
27 Relaciones	0,23	0,14	0,09	-0,07	-0,03	0,56**	0,30	0,01	0,27	0,36*	-0,14	0,12	-0,17	0,17	-0,12	-0,10	-0,08	-0,36*	-0,11	-0,12	0,06	-0,11	0,08	-,010	-0,27	0,48**	1	
28 Cuarta Rama	0,22	0,28	0,19	-0,07	0,03	0,55**	0,36*	0,12	0,31	0,32	-0,24	0,24	-0,12	-0,07	-0,13	-0,21	0,11	-0,17	0,00	-0,13	-0,01	-0,08	-0,19	-0,15	-0,32	0,89**	0,82**	1

Nota: S.L = salud limitada por

Capítulo VI.

Discusión

El estudio realizado se ha dirigido a comprender y precisar la experiencia de los ancianos con capacidades cognitivas preservadas que ingresan en una residencia geriátrica de la Orden de San Juan de Dios, con la intención de quedarse en ella hasta el final de su vida.

Los resultados de las entrevistas y de las medidas cuantitativas sobre los aspectos emocionales y de funcionamiento de los ancianos participantes, resaltan la presencia de patrones de respuesta compartidos y, muy especialmente, la singularidad con que cada mayor hace frente al cambio inevitable de la institucionalización. Desde una perspectiva global, el patrón de respuesta caracterizado refleja la utilización de la totalidad de recursos disponibles al servicio de la adaptación positiva al nuevo entorno. La resiliencia de los ancianos queda reflejada en sus esfuerzos por hacer de su vida cotidiana una experiencia de bienestar.

Considerando las características de la muestra estudiada, nuestros resultados se asemejan a los recogidos en el último informe sobre personas mayores en España del IMSERSO (2014). Dicho informe señala que, del total de personas encuestadas, carecen de estudios el 21%, cifra muy similar a la obtenida en nuestra muestra. La proporción entre mujeres y hombres también se asemeja a la informada en la literatura, así como la tendencia a un mayor número de octogenarios.

Nuestros resultados ponen de nuevo en relieve que el bienestar es una experiencia personal, por tanto, subjetiva, con aspectos cognitivos y emocionales. Los aspectos cognitivos se relacionan con los pensamientos de satisfacción mientras los aspectos emocionales tienen que ver con sentir emociones agradables o desagradables. A su vez, el bienestar tiene componentes mentales, sociales y físicos que están determinados por factores medioambientales, actividades personales y experiencias de la vida diaria (Reed,

2008). Los mayores participantes expresan sentimientos de bienestar que se confirman con las pruebas psicológicas administradas. Mostraron unas puntuaciones promedio con relación al **afecto** de 3,26 (DT 0,78), indicando que, en el momento de la recogida de datos y unas semanas previas a él, sentían más afecto positivo que negativo. Esto quiere decir que se sentían bien. Estaban motivados, se sentían con energía y experimentaban sentimientos de satisfacción, amistad y confianza. En este nuestro estudio no aparece relación significativa entre afecto y edad. (Pasic et al. 2015), informan de datos similares a los nuestros, encontrando una asociación entre afecto positivo, bienestar y salud. Esta asociación podría estar relacionada, además, con una mayor longevidad de los individuos con mayor afecto positivo.

La experiencia de vida de los ancianos participantes es buena, sintiéndose satisfechos por la decisión de ingresar en la residencia y mostrando su deseo de continuar en ella e incluso, en la medida de lo posible, invitar a conocidos y familiares a optar por esta opción cuando las condiciones así lo reclamen. Así lo transmiten a sus allegados y a quienes se interesan por su experiencia. Esto se corresponde con la publicación del IMSERSO, donde apunta que a pesar de que la mayoría de las personas mayores respondían que su deseo sería vivir en sus hogares, o en el de alguno de sus hijos como opción hasta el final de sus vidas, cada vez está siendo más frecuente que los ancianos, ante la llegada de las enfermedades y la falta de autonomía para el cuidado y la realización de las actividades básicas de la vida diaria, opten por el ingreso en un residencia (Iglesias et al., 2001). También coincide con Sancho et al., (2004), quienes publican que hay ancianos que manifiestan que en el futuro, la opción de la residencia será la mejor, cuando a consecuencia del envejecimiento, las personas necesiten unos cuidados y atenciones diarias y continuas. Entendiendo que ante tal situación (de cuidados complejos, incluso) y carga de trabajo para los demás

serán las residencias en vez de los familiares, el lugar donde estarán más cómodos, más tranquilos y mejor atendidos (Sancho et al., 2004).

Igualmente (Zamarrón & Fernandez, 2000), estudiando las variables: integración social, actividad, habilidades funcionales y salud percibida, encontraron algunas diferencias a favor de la institucionalización. En las dos primeras, los niveles de bienestar, se dan en mayor medida en los ancianos de residencias, posiblemente por ser aspecto que se trabaja y forma parte del "día a día" funcional y organizativo de las instituciones. Las dos últimas en los ancianos que viven en domicilios, posiblemente por ser "per sé" motivos que inducen a la institucionalización. Por lo tanto estos estudios citados encuentran, al igual que nuestros resultados, razones por las que los residentes refieren sentirse bien como consecuencia de vivir en una residencia.

Cava y Musitu, en 2000, concluyeron en sus estudios sobre el bienestar subjetivo entre ancianos que vivían en residencias y en su domicilio: en términos generales que la variable -estar institucionalizado- no sería, por sí sola, indicadora de mayor o menor bienestar psicosocial. De las variables que influyen en el bienestar y que encontraron diferencias en relación con la institucionalización, fueron autoestima familiar, autoestima social y percepción de apoyo formal. La primera variable era valorada más satisfactoriamente en los ancianos no institucionalizados, en cambio la segunda y tercera eran mejor valoradas en los ancianos institucionalizados. Otros estudios informan de diferencias en bienestar a favor de los ancianos no institucionalizados con relación a la posibilidad de las relaciones interpersonales y el apoyo social (Molina, Meléndez, & Navarro, 2008). Este factor se ve claramente beneficiado desde el punto de vista del apoyo de la familia con el que cuenta el anciano. Por lo que proponen que posiblemente, fomentar programas para facilitar las relaciones entre los ancianos institucionalizados y sus familias, aumentaría el

nivel de percepción de bienestar de los ancianos institucionalizados, realidad ésta que también se recoge en nuestro estudio.

A diferencia de los ancianos institucionalizados quienes se mantienen residiendo en su domicilio, expresan contar con un más elevado sentido de seguridad y autonomía en relación al entorno en el que residen. El hecho de vivir en una residencia donde tanto el lugar como las normas de funcionamiento atienden y se rigen a través de normas impuestas tiene un efecto desfavorable en la satisfacción de los ancianos institucionalizados en comparación con los que viven es sus hogares. Una de las implicaciones derivadas de nuestro estudio es precisamente el reconocimiento de la necesidad de adoptar medidas en las residencias de ancianos encaminadas a favorecer la autonomía de los ancianos y el control de sus espacios.

Por otra parte, la calidad de vida percibida es buena, aunque se identifican dificultades relacionadas con el funcionamiento físico. Estudios previos señalan que, en mayores institucionalizados tener una mayor edad no es sinónimo de peor calidad de vida relacionada con la salud, al contrario de lo que ocurre en mayores que viven en comunidad (De Belvis, et al., 2008; Garrido-Abejar, Serrano, Bartolomé y Martínez, 2012). En este sentido nuestros resultados coinciden con los informados por López Castro (2013) en pacientes con insuficiencia cardiaca, aunque se diferencian en que en el resto de escalas tal diferencia no se produce en nuestros participantes. Ello se podría explicar por la existencia de dificultades en la movilidad. Aunque no se recogió esta variable en el estudio cuantitativo, si se obtuvo en la muestra cualitativa, observándose que los principales problemas de salud se asociaron con dificultades para la movilidad. Nuestros resultados coinciden con los informados por Avolio et al, en 2008.

Las residencias de ancianos son un lugar para que las personas mayores puedan vivir, no solo un espacio para recibir cuidados. En el bienestar

experimentado por los ancianos institucionalizados, intervienen múltiples factores de carácter subjetivo que condicionan la actitud hacia la enfermedad y la vivencia del proceso de envejecimiento (Drageset et al, 2008).

Así mismo los participantes en nuestro estudio presentan problemas de salud mental como: somatización, obsesiones y depresión; caracterizados por malestares físicos, angustia, preocupaciones, miedo, tristeza, desesperanza. Las mujeres muestran mayores síntomas que los hombres. Nuestros resultados coinciden con otros autores en cuanto a la sintomatología depresiva.

La prevalencia de síntomas depresivos de adultos mayores en la población general, se estima en un 10-15% (Steffens, Fisher, Langa, Potter y Plassman, 2009), si bien esta prevalencia aumenta hasta un 46,5% en mayores institucionalizados (Jongenelis, Pot, Eisses, Beekman,Kluiter y Ribbe, 2004). La literatura sugiere que esta alta prevalencia de sintomatología depresiva guarde relación con la existencia de acontecimientos vitales negativos, como enfermedades o discapacidad, o bien con experiencias de pérdida reales o percibidas que se acompañarían de sentimientos de tristeza (Bohlmeijer, Westerhof, y Emmerik-de Jong, 2008; Garrido-Abejar, Serrano-Parra, Bartolomé-Gutiérrez y Martínez-Vizcaino, 2012). A su vez, mostrar indicios de depresión podría ser un factor protector, como señalan Damián, Pastor-Barriuso, Valderrama-Gama y De Pedro-Cuesta, (2017). De acuerdo a sus resultados, los residentes a los que se les ha detectado depresión, presentan un 37% menos de riesgo de mortalidad que los no diagnosticados. No obstante, los datos indican que la detección de la depresión parece ser preventiva únicamente en mujeres. Damián, et al, (2017) explican este resultado por la dificultad que presentan los hombres para admitir que experimentan sintomatología depresiva, lo que podría conducirlos a un menor uso de estrategias positivas de afrontamiento. En cualquier caso, la presencia de depresión conlleva impacto sobre la calidad de vida relacionada con la salud. En este sentido se ha

informado que el impacto de la depresión tiene una magnitud equivalente a las enfermedades crónicas (Damian et al, 2010).

Estudios realizados en ancianos en la comunidad informan de cambios psicológicos presentes en la población mayor no institucionalizada. Encuentran alteraciones cognitivas, de conducta y trastornos del sueño, trastornos afectivos, ansiosos, abuso de sustancias y también problemas mayores como demencias, en particular la depresión (Vega, González, & Oliviera 2009). De hecho, se considera la posibilidad de que todo adulto mayor a lo largo de su vida, presentara un episodio compatible con depresión.

Con relación a la satisfacción con la vida entre los ancianos institucionalizados, que han constituido nuestra muestra, los resultados obtenidos coinciden con los informados por Casanueva y Fajardo (2013) para ancianos institucionalizados. De acuerdo a Diener, Inglehart y Tay (2013) la satisfacción vital, en un constructo de naturaleza hedónica, diferente a constructos cercanos como la felicidad, o las emociones positivas se ha asociado a la salud y a distintas variables psicológicas. La experiencia de bienestar resulta de una comparación entre las experiencias agradables y las desagradables. Los estudios realizados con relación a la edad señalan que la satisfacción con la vida permanece de forma estable en los diferentes momentos de la vida de la persona. De este modo, como aparece en nuestros resultados, quienes tendían a sentirse bien es su vida anterior a la residencia, buscan organizar sus pensamientos en el mismo sentido.

Otro aspecto que aparece en nuestros resultados y se asemeja a lo recogido en la literatura, es el valor de la salud para las personas mayores. La salud es importante en todas las edades, pero especialmente para el adulto mayor, para quien suele ser un problema y una fuente de preocupación. El acortamiento en la expectativa de años por vivir que presentan los ancianos frente a otros grupos de edad como jóvenes o adultos, por ello entre sus

expectativas, está presente la posibilidad de que se agraven las patologías que presentan o bien se reduzcan sus capacidades de funcionamiento. Sin embargo, esta no es la preocupación central de su día a día. Posiblemente su mayor experiencia en el afrontamiento de las situaciones les conduzca a una mayor destreza en su puesta en práctica.

Lo anterior se refleja en nuestros resultados sobre la capacidad de manejar las emociones por los mayores participantes. Estudios recientes indican que las puntuaciones en la cuarta rama de la IE capacidad (manejar emociones) son más altas en los ancianos con una mayor reserva cognitiva. En la medida de la reserva cognitiva se emplea el nivel de instrucción como un proxy (Cabello et al, 2014). Mientras las capacidades relacionadas con las primeras cuatro ramas decrecen (percibir, facilitar y comprender) no sucede lo mismo con la cuarta rama.

Los resultados que hemos obtenido en nuestro estudio son consistentes con los informados por Cabello et al, 2014, y con Ochsner, Silvers, y Buhle, (2012) quienes encontraron que la capacidad para manejar las emociones podría permanecer estable a lo largo de la vida, de igual modo que mantienen su estabilidad las puntuaciones asociadas al bienestar percibido. Según Sena, Moral y Pardo (2008) frente a los mayores institucionalizados, los ancianos que viven en comunidad tienden a presentar más recursos adaptativos. En nuestro caso, no ha sido posible evaluar este extremo. Sin embargo, con relación al género, nuestros resultados son coincidentes con los presentados en la literatura, donde los hallazgos muestran puntuaciones más altas para las mujeres, aunque con relación a la edad la investigación arroja resultados mixtos.

Con relación a la encuesta del 2008, según los resultados del informe LPME el 50% de los ancianos mantienen cubiertas sus expectativas del *"día a*

día" de manera positiva. Los resultados de nuestras encuestas superan a los del informe LPME; un 91% de los encuestados refieren estar satisfecho en términos generales con su *"día a día"*. De hecho, muchos de ellos comentan, que este nuevo escenario de la institucionalización le ofrece nuevas oportunidades de aprendizaje y desarrollo. Antes en sus casas llevaban una vida rutinaria y monótona.

En el informe LPME-2008 el 73% de los ancianos que viven en domicilios particulares, manifiestan poder tomar sus propias decisiones. En el caso de los ancianos que viven en la residencia SJG, sólo el 9% refiere tomar decisiones de forma autónoma. El resto manifiestan que tanto las propias normas de funcionamiento y organización de la residencia, como las derivadas de la actitud paternalista de los profesionales, bloquean su toma de decisiones.

En el informe LPME-2012. En cuanto a las relaciones sociales, los resultados de las encuestas del informe LPME aporta que durante la etapa de la vejez se producen cambios en el círculo de amigos y conocidos. Un 30,6% manifiesta haber sufrido una disminución de efectivos, frente a un 2,7 que refieren un aumento.

Los resultados de nuestras encuestas exponen que un 63% de los ancianos institucionalizados manifiesta haber ampliado el número de personas conocidas y amigos. No existiendo casos que hayan referido pérdida. Estos datos confirman las opiniones de autores como Cava y Musitu, para los que la institucionalización provoca en los ancianos oportunidades de ejercer la amistad y mantenerla (Cava & Musitu, 2000).

El informe LPME registra que el 50% de los ancianos mantiene contacto frecuente con sus familiares. En este aspecto las encuestas realizadas en la residencia SJG reflejan que el 54% de los ancianos

mantienen relaciones familiares frecuentes. En este caso estos datos coinciden con los del informe LPME, no así con otros estudios, donde se refleja que unos de los efectos de la institucionalización es el distanciamiento en las relaciones familiares (Cava & Musitu, 2000). Aunque estos autores argumentan dicho distanciamiento, en comparación con vidas anteriores donde los ancianos compartían domicilio con la familia.

Respecto a la respuesta humana frente a la institucionalización, la vida en la residencia supone una adaptación personal a otro contexto físico, muy diferente al domicilio habitual, que tiene sus propios ritmos y reglas. A lo anterior se añade una importante reducción de la privacidad y una experiencia de soledad en compañía. Todo ello impacta negativamente en el mayor (Cooney, 2010). La convicción sobre la realidad de este proceso, reiteradamente puesto de manifiesto en la investigación, conduce al esfuerzo por mejorar la vida en las residencias buscando que se asemejen más a un hogar que a un internado. La "casa de uno" es un lugar para el descanso, la relajación, la libertad y la independencia. Un espacio privado en el que poder expresarse libremente, ser uno mismo. Un lugar familiar con el que uno se identifica. Algo que está lejos de producirse en la muestra entrevistada.

Trasladarse a vivir a una institución es una experiencia estresante. En la taxonomía de la Asociación norteamericana para el diagnóstico enfermero, NANDA en sus siglas en inglés, se estableció en 1992 una nueva categoría diagnóstica, el síndrome de estrés por traslado, para recoger las respuestas de la persona al proceso de vida que supone dejar su casa para trasladarse a vivir a una residencia de ancianos. Mientras la etiqueta diagnóstica referida recoge procesos de ajuste inadecuado, de carácter fisiológico y psicológico, tras el traslado de un entrono a otro (Herdman y Kamitsuru, 2014). Su punto de partida es la capacidad para mantener un patrón de respuestas positivas ante una

situación adversa o una crisis. Ellis (2010) planteó la complejidad de la transición del domicilio habitual al entorno de una residencia geriátrica.

De acuerdo a nuestro estudio en la respuesta humana a la institucionalización las experiencias previas juegan un papel importante en cada una de las fases identificadas en el proceso de adaptación a la residencia. Estos resultados son coincidentes con los informados por Rodríguez et al., (2014). Con relación a la decisión de ingresar en nuestra muestra están presentes las mismas características que ellos informan. Por otra parte, el acercamiento cuantitativo a este proceso también arroja resultados coincidentes parcialmente con la caracterización de la respuesta humana a la institucionalización. Una revisión de lista de síntomas informados por los residentes participantes refleja la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, sensación de aislamiento, temor, soledad., experiencias imprevistas, por citar algunos (Herdman y Kamitsuru, 2014). Las capacidades emocionales de la persona intervienen en este proceso facilitando la adaptación, al comparar los resultados de los residentes con un proceso adaptativo más positivo, se observa que, también son los que tienen mejores puntuaciones en las distintas características psicológicas evaluadas.

La participación en la decisión se acompaña de una mejor adaptación al centro. Frente a los informantes que tuvieron un papel activo están quienes no participaron en la decisión, que experimentaron un mayor número de emociones negativas y tardaron más tiempo en conocer y comprender el funcionamiento del nuevo entorno. Estos resultados coinciden con los informados por Johnson y Bibbo (2014).

Por último, señalar que nuestro estudio tuvo una intención exploratoria pero no está exento de limitaciones. La primera de las limitaciones del estudio es su falta de representatividad de los ancianos institucionalizados en residencias geriátricas. La muestra es pequeña e intencional y tampoco se puede considerar

que represente a los ancianos ingresados en las residencias geriátricas de la OHSJD, ni tan siquiera a la residencia San Juan Grande de Jerez. A pesar de ello supone una contribución al conocimiento sobre la manera en que los mayores responden a la institucionalización. Con el fin de reducir de alguna manera la limitación inherente al abordaje fenomenológico, se utilizó un acercamiento cuantitativo. Si bien una de sus fortalezas fue asegurar que las entrevistas las realicen entrevistadores externos, y que se definiesen los criterios de inclusión, el hecho de llevar a cabo las entrevistas en las instalaciones de la residencia, pudo limitar la recogida de información. La selección de informante clave fue acertada en sus criterios, pero en algunos casos no fue posible obtener de los ancianos una reflexión detenida sobre las cuestiones en estudio. Por otra parte, las entrevistas fenomenológicas no son directivas. Dadas las características de algunos de los participantes, tal vez hubiese sido más apropiado emplear un modelo de entrevista más dirigido. La carencia de otros estudios similares en nuestro medio ha dificultado el proceso de discusión y comparación. Por último, a pesar de haber incluido entre los participantes a mayores, potencialmente en momentos diferentes del proceso de adaptación a la institución, o incluso no ha sido posible conseguir una muestra con un número suficiente de ancianos para llegar a saturar datos específicos relacionados con la adaptación a la residencia. Esta dificultad se ha relacionado con que un número elevado de los mayores que ingresan en la residencia estudiada, ingresan en ella procedentes de otra residencia. No obstante, sea cual sea la procedencia, ingresar en una residencia requiere en todos los casos un proceso de adaptación. En este sentido nuestro estudio puede ser una aportación de interés.

Capítulo VII.

Conclusión

El propósito de esta tesis fue el conocer las experiencias de los ancianos institucionalizados en nuestras residencias geriátricas y su relación con su bienestar y satisfacción de vida. Además, conocer en profundidad las características de los procesos de adaptación a este nuevo estilo de vida.

Tras el análisis y discusión de los resultados obtenidos, podemos de manera general llegar a las siguientes conclusiones:

1. Los mayores participantes en el estudio, se sienten satisfechos y expresan sentimientos de bienestar con su vida en la residencia, así como, con la experiencia vivida desde su ingreso. Las razones por las que se sienten satisfechos y con sentimientos de bienestar son muy personales, estando vinculadas a sus experiencias particulares de vida previa, y circunstancia propias del individuo que motivaron el ingreso.
2. El balance entre las pérdidas y las ganancias que hacen los ancianos es favorable a su sentimiento de bienestar y satisfacción. Entendiendo que aunque la institucionalización no formara parte de sus preferencias y expectativas en el pasado, no se sentirían más tranquilos, seguros y cómodos en otro domicilio, dadas las circunstancias actuales.
3. Como señal del bienestar que experimentan los ancianos destaca, su capacidad crítica en la identificación de experiencias agradables y menos agradables, pasadas y actuales. Identifican debilidades y fortalezas de la vida en residencias. Los ancianos son capaces de ejercer con objetividad valoraciones, con buen control de sus emociones.
4. Las diferencias entre la experiencia de vida de los ancianos que viven en la residencia y los que viven en domicilios particulares, son muy reducidas. Por un lado, la vida en la residencia penaliza a los ancianos en su libertad y autonomía en la toma de decisiones. Y por otro, la

institucionalización favorece a los residentes ofreciéndoles nuevas oportunidades de crecimiento y aprendizaje, y de relaciones sociales.

5. Ante el proceso de adaptación a la vida en residencia los ancianos mantienen una respuesta muy personal, utilizan todos sus recursos físicos, psíquicos, emocionales, sociales e incluso materiales, para lograr un proceso exitoso. Depende muchos de la resiliencia de la persona. Por lo que no todos logran superar con éxito este proceso
6. El objetivo común de todos los ancianos que inician el proceso de adaptación a la vida en residencia, es el hacer del nuevo hogar su propio hogar.
7. El modelo asistencial de la OHSJD, se reconoce de manera incompleta en este estudio. Si bien en su esfera biologicista es bastante completo, se encuentran debilidades en sus dimensiones psicológica, social y espiritual. Dicho de otra manera, los ancianos valoran mucho las atenciones centradas en las necesidades básicas de la persona como la higiene, la movilidad, la eliminación, etc. También ciertos aspectos relacionados con lo afectivo y social, como es el trato cariñoso, respetuoso y cortés. Aunque la queja de algunos ancianos es que este trato lo reciben con un carácter muy paternalista. Esta actitud en la asistencia es una de los causantes de la pérdida de autonomía y libertad de los ancianos.
8. Sería interesante trabajar con los profesionales que atienden a los ancianos el modelo de San Juan de Dios, en busca de garantías prácticas de las dimensiones detectadas como mejorables. Ésta son la psicosocial y espiritual. Esto podría ayudar a elevar el nivel de bienestar de los ancianos y satisfacción con su experiencia de vida en aquellos aspectos identificados como influencias negativas. Es decir, valiéndonos de la identidad del modelo de San Juan de Dios, desde su enfoque hacia la humanización de la asistencia y atención integral,

tratar de eliminar agresores de la intimidad, la libertad, la autonomía y la personalidad de los ancianos. Fomentar acciones que alimenten la personalización de la asistencia, la participación de los ancianos en la toma de decisiones. Crear espacios de comunicación que permitan expresar a los ancianos aquellas necesidades emocionales, afectivas y espirituales que quieran compartir.

Capítulo VIII.

Bibliografía

Abellán, A., & Puyol, R. (2015). *Un perfil de las personas mayores en España, 2015. Indicadores estadísticos básicos. Informes Envejecimiento En Red,* 10.

Abellán, A., & Pujol Rodríguez, R. (2017). Un perfil de las personas mayores en España, 2017 Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento En Red*, (15), 2–10.

Abellán, A., Del Barrio, E., Castejón, P., Esparza, C., Fernández-Mayoralas, G., Pérez, L., Sancho, M. (2007). A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Encuesta 2006. *Serie de Documentos Estadísticos*, (22009), 166.

Abramson, L. Y., Garber, J., & Seligman, M. E. (1980). Learned helplessness in humans: An attributional analysis. *Human Helplessness: Theory and Applications*, 3–34.

Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, *87*(1), 49–74.

Algado, M. T. (1997). Envejecimiento de sociedad. Una sociología de la vejez.

Alonso, J., Prieto, L., & Antó, J. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*.

Alonso, P., Sansó, F. J. F., Díaz-Canel, A. A. M. A., Carrasco, M., & Oliva, T. (1988). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista Cubana de Salud Pública*, *33*(1), 1–17.

Andersson, I., Pettersson, E., & Sidenvall, B. (2007). Daily life after moving into a care home ? Experiences from older people, relatives and contact persons. *Journal of Clinical Nursing*, *16*(9), 1712–1718.

Aramburu, O., & Garrachón, F. (2016). Nuevos modelos asistenciales en medicina interna: respondiendo a la necesidad de una atención integral a los pacientes. *Revista Clínica Española*, *216*(1), 22–25.

Ardila, R. (2003). Revista Latinoamericana de Psicología. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *35*(2), 161–164. Recuperado de

Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *95*(2), 161–164.

Área de envejecimiento activo del IMSERSO. (2009). *Las Personas mayores en España : informe 2008*. *Informes Portal Mayores* (Vol. 12).

Área de envejecimiento activo del IMSERSO. (2015). *Informe 2014 - Las Personas Mayores en España*. (S. S. e I. Ministerio de Sanidad, Ed.), *Informes Portal Mayores*. Administración general del estado.

Atienza, F., Pons, D., Balaguer, I., & García, M. (2000). Propiedades Psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en Adolescentes. *Psicothema*, *12*(2), 314–319.

Barenys, M. P. (2013). Los geriátricos, de la institucionalización al extrañamiento, *15*(8), 7–24.

Barenys, M. P. (1992). Las residencias de ancianos y su significado sociológico. *Papers: Revista de Sociologia*, *40*(1992), 121–135.

Bazo, M. (2004). Envejecimiento y familia. *Arbor*, *CLXXVIII* (702), 323–344.

Bazo, M. (2004). El papel de la familia y los servicios en el mantenimiento de la autonomía de las personas mayores: una perspectiva internacional comparada. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, *105*(1), 43–77.

Bazo, M. (1991). Institucionalización de personas ancianas: Un reto sociológico. *Reis*, (53), 149.

Becerra, D., Godoy, Z., Pérez, N., & Moreno, M. (2007). Opinión del adulto mayor con relación a su estancia en un asilo. *Revista de Enfermería Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, *15*(1), 33–37.

Benchimol, J. A. (2014). Fragilidad en el anciano. *Revista Del Hospital Italiano de Buenos Aires*, *34*(4), 115–118.

Berger, K. S. (2009). *Psicología del desarrollo : adultez y vejez.*

Blanco, A., López, O., & Rivera, J. (1988). Calidad de vida. *Terminología Científico Social: Aproximación Crítica.*

Bohlmeijer, E., Westerhof, G., & Emmerik-de Jong, M. (2008). The effects of integrative reminiscence on meaning in life: Results of a quasi-experimental study. *Aging and Mental Health*, *12*(5), 639–646.

Bradburn, N.M. (1969). *The structure of psychological well-being. National Opinion Research Center*. Oxford, England: Aldine.

Brandburg, G. L., Symes, L., Mastel, B., Hersch, G., & Walsh, T. (2013). Resident strategies for making a life in a nursing home: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, *69*(4), 862–874.

Brownie, S., Horstmanshof, L., & Garbutt, R. (2014). Factors that impact residents' transition and psychological adjustment to long-term aged care: A systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*, *51*(12), 1654–1666.

Cabello, R., Navarro, B., & Latorre, J. (2014). Ability of university-level education to prevent age-related decline in emotional intelligence. *Frontiers in Aging*, *6*(37).

Cadenas de LLano, M. (2011). *Residencia de mayores, guía práctica*.

Calman, K. (1987). Definitions and dimensions of quality of life. *The Quality of Life of Cancer Patients*, *17*, 1–9.

Cárdenas, A., & López, A. L. (2011). Resiliencia en la vejez. *Revista de Salud Pública*, *13*(3), 528–540.

Carlson, N. R., Miller, H. L., Heth, D. S., Donahoe, J. W., & Martin, G. N. (2010). *Psychology : the science of behavior*. Pearson Allyn and Bacon.

Carpena, R. C. (2015). Papel de la resiliencia en personas mayores institucionalizadas.

Carr, A. (2007). *Psicologi a positiva : la ciencia de la felicidad* (Paidós Ibérica). Barcelona.

Carroll, J., Yik, M., Rusell, J., & Feldman, L. (1999). On the psychometric principles of affect. *Review of General Psychology*, *3*(1), 14–22.

Casanueva, N., & Fajardo, M. (2013). Estereotipos presentes en cuidadores y trabajadores de residencias mayores extremeñas sobre las personas de la tercera edad. *INFAD*, *1*(2).

Casullo, M., & Pérez, M. (1999). El inventario de síntomas SCL-90-R de L. *Derogatis. Adaptación UBA. CONICET*, 1–8.

Cava, M., & Musitu, G. (2000). Bienestar psicosocial en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, *10*(4), 215–221.

CELADE- División de Población de la CEPAL. (2006). *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*. Santiago de Chile, Chile.

Cella, D., & Tulsky, D. (1990). Measuring quality of life today: methodological aspects. *Oncology (Williston Park, NY)*, *4*(5), 29–38.

Cerri, C. (2015). Dependencia y autonomía: una aproximación antropológica desde el cuidado de los mayores. *Athenea Digital*, *15*(2), 111–140.

Chackiel, J. (2004). *La dinámica demográfica en América Latina* (52nd ed.). Santiago de Chile: CEPAL, ONU.

Chaturvedi, S. (1991). What's important for quality of life to Indians—in relation to cancer. *Social Science & Medicine*, *33*(1), 91–94.

Chávez, E. (1998). Transformaciones demográficas, cambios en la familia y niveles de salud en Cuba. In Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas (Ed.), *XVI Conferencia Mundial de Promoción de la Salud y Educación para la Salud*. La Habana.

Chekola, M. (1974). THE CONCEPT OF HAPPINESS.

Chesnais, J.-C. (1990). El proceso de envejecimiento de la población.

CI de la Tercera edad. (1996). Atención al anciano en Cuba. Desarrollo y perspectiva. *Editorial Palacio de Las Convenciones, La Habana*. La Habana, Cuba.

Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*(3), 316–36.

Clark, L. A., Watson, D., & Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, *103*(1), 103–16.

Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet*, *381*, 752–762.

Coan, R. (1977). *Hero, artist, sage, or saint? A survey of views on what is variously called mental health, normality, maturity, self-actualization, and human fulfillment.* Columbia: Columbia U Press.

Consedine, N., Magai, C., & Krivoshekova, Y. (2005). Sex and age cohort differences in patterns of socioemotional functioning in older adults and their links to physical resilience. *Ageing International*, *30*(3), 209–244.

Cooney, A. (2012). "Finding home": a grounded theory on how older people "find home"in long- term care settings. *International Journal of Older People Nursing*, *7*(3), 188–199.

Crews, D. E. (1998). *Stress and adaptation among elders in life-care communities.* Ohio State University.

Cuadra, H., & Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología*, *12*(1), 83–96.

Damián, J., Pastor, R., & Valderrama, E. (2010). Descriptive epidemiology of undetected depression in institutionalized older people. *Journal of the American Medical Directors Association*, *11*(5), 312–319.

Damián, J., Pastor, R., & Valderrama, E. (2008). Factors associated with self-rated health in older people living in institutions. *BMC Geriatrics*, *8*(1), 5–11.

Damián, J., Pastor, R., Valderrama, E., & De Pedro, J. (2017). Association of detected depression and undetected depressive symptoms with long-term mortality in a cohort of institutionalised older people. *Epidemiology Andpsychiatric Sciences*, *26*(2), 189–198.

Day, A., & Carroll, S. (2004). Using an ability-based measure of emotional intelligence to predict individual performance, group performance, and group citizenship behaviours. *Personality and Individual Differences*, *36*(6), 1443–1458.

De Belvis, A., Avolio, M., Spagnolo, A., & Damiani, G. (2008). Factors associated with health-related quality of life: the role of social relationships among the elderly in an Italian region. *Public Health*, *122*(8), 784–793.

De la Fuente, M., De Santiago, F., & Navas, F. (2011). Descripción de la calidad de vida en una población anciana institucionalizada. *Revista Española de*, *46*(2), 111–112.

Deci, E., & Ryan, R. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, *11*(4), 227–268.

Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. (2013). *World population prospects: the 2012 revision*. New York.

Derogatis, L., & Spencer, P. (1982). Administration and procedures: BSI manual I. *Baltimore: Clinical Psychometric Research*.

Diehl, M., Coyle, N., & Labouvie-Vief, G. (1996). Age and sex differences in strategies of coping and defense across the life span. *Psychology and Aging*, *11*(1), 127–139.

Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, *31*(2), 103–157.

Diener, E., Inglehart, R., & Tay, L. (2013). Theory and validity of life satisfaction scales. *Social Indicators Research*, *112*(3), 497–527.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, *49*(1), 71–75.

Drageset, J., Natvig, G., Eide, G., & Clipp, E. (2008). Differences in health-related quality of life between older nursing home residents without cognitive impairment and the general population of Norway. *Journal of Clinical Nursing*, *17*(9), 1227–1236.

Eisses, A., Kluiter, H., Jongenelis, K., Pot, A., Beekman, A., & Ormel, J. (2004). Risk indicators of depression in residential homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *19*(7), 634–640.

Ellis, J. (2010). Psychological transition into a residential care facility: older people's experiences. *Journal of Advanced Nursing*, *66*(5), 1159–1168.

Englander, M. (2016). The phenomenological method in qualitative psychology and psychiatry. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, *11*, 30682.

Escalona, B., & Ruiz, A. (2016). Salud mental y funcionamiento familiar en adultos mayores de Melchor Ocampo, Estado de México. *Psicología Iberoamericana*, *24*(1), 38–46.

Esparza, C. (2010). Métodos de cálculo de la gravedad de la discapacidad. *Informes Portal Mayores*, *103*.

Falk, H., Wijk, H., Persson, L. O., & Falk, K. (2013). A sense of home in residential care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *27*(4), 999–1009.

Feldberg, C., & Stefani, D. (2007). Creencias de autoeficacia y rendimiento objetivo en memoria episódica verbal en adultos mayores. In *XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología Mercosur*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Facultad de psicología.

Fernández, J., Parapar, C., & Ruiz, M. (2010). El envejecimiento de la población. Lychnos. *Cuadernos de La Fundación CSIC*, (2), 4–12.

Fernández, J. (2009). *Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba.* Universitat de València.

Fernandez, P., & Extremera, N. (2009). La Inteligencia Emocional y el estudio de la felicidad, *6623*(3), 73–84.

Ferrans, C. (1990). Quality of life: conceptual issues. *Seminars in Oncology Nursing*, *6*(4), 248–254.

Foldes, S. (1990). Life in an institution: A sociological and anthropological view. *Everyday Ethics: Resolving Dilemmas in Nursing Home*, 21–36.

Gall, T. L., Charbonneau, C., Clarke, N. H., Grant, K., Joseph, A., & Shouldice, L. (2005). Understanding the Nature and Role of Spirituality in Relation to Coping and Health: A Conceptual Framework. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, *46*(2), 88–104.

García-Viniegras, C. (2004). *Construcción y validación de una técnica para evaluar bienestar psicológico. Instituto Superior de Ciencias*. Facultad Miguel Enríquez.

Garrido, M., Serrano, M., Bartolomé, R., & Martínez, V. (2012). Factores asociados con calidad de vida relacionada con la salud en mayores institucionalizados: diferencias entre hombres y mujeres. *Enfermería Clínica*, *22*(1), 27–34.

Gasparini, L., Alejo, J., Haimovich, F., Olivieri, S., & Tornarolli, L. (2009). Poverty among older people in Latin America and the Caribbean. *Journal of International Development*, *22*(2).

Gastaldo, D., & McKeever, P. (2000). Investigación cualitativa ¿Intrínsecamente ética. *Revista Índex Enferm.*

Giorgi, A. (2012). The Descriptive Phenomenological Psychological Method. *Journal of Phenomenological Psychology*, *43*(1), 3–12.

Giorgi, A. (2010). Phenomenology and the practice of science. *Journal of the Society for Existential Analysis*, *21*(1), 3–23.

Godoy, D., Martínez, A., & Godoy, J.F. (2008). La Escala de Balance Afectivo: Propiedades psicométricas de un instrumento para la medida del afecto positivo y negativo en población española. *Clínica Y Salud*, *19*(2), 157–189.

Goffman, E. (1968). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates* (1st ed.). Anchor Books / Doubleday.

Gomes, C., & Peixoto, M. (2015). Transição e (In) Adaptação ao Lar de Idosos : Um Estudo Qualitativo Transition and (In) Adaptation to Nursing Home : A Qualitative Study. *Psicología: Teoría E Pesquisa*, *31*(1996), 435–442.

Gómez, M., & Sabeh, E. (2001). *Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. *Instituto Universitario de Integración en la Comunidad*. Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca.

Gonçalves, M. (2002). A reinvenção da velhice: socialização e reprivatização do envelhecimento. *Pro-Posições*, *13*(38), 1997–1999.

González, J. (1998). *El paciente de edad avanzada: un paciente diferente*. *41*. México. Gottesman, L., & Bourestom, N. (1974). Why nursing homes do what they do. *The Gerontologist*, *14*(6), 501–506.

Groger, L. (1995). A nursing home can be a home. *Journal of Aging Studies*, *9*(2), 137–153.

Heckhausen, J., & Schulz, R. (1995). A Life-Span Theory of Control. *Psychological Review*, *102*(2), 284–304.

High, D. M., & Rowels, G. D. (1995). Nursing-Home Residents, Families, and Decision-Making - Toward an Understanding of Progressive Surrogacy. *Journal of Aging Studies*, *9*(2), 101–117.

Iglesias, J., López, J., Díaz, M. P., Alemán, C., Trinidad, A., & Castón, P. (2001). *Observatorio de personas Mayores LA SOLEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES: Influencias Personales, Familiares y Sociales. Análisis Cualitativo*. (Ministerio de trabajo y asuntos sociales, Ed.) (1st ed.). Madrid, España: Ministerio de trabajo y asuntos sociales.

INEbase. (2014). *Proyecciones de la poblaciõ n de España 2014-2064. Nota de Prensa. Instituto Nacional de Estadí stica.*

Jefatura de Estado. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, Pub. L. No. 299, Boletín Oficial del Estado 44142 (2006). España: Boletín Oficial del Estado.

Jensen, H. V., Munk, K. P., & Madsen, S. A. (2010). Gendering late-life depression? The coping process in a group of elderly men. *Nordic Psychology*, *62*(2), 56–80.

Johnson, R. A., & Bibbo, J. (2014). Relocation decisions and constructing the meaning of home: A phenomenological study of the transition into a nursing home. *Journal of Aging Studies*, *30*(1), 56–63.

Kane, R. A. (2001). Long-Term Care and a Good Quality of Life Bringing Them Closer Together. *The Gerontologist*, *41*(3), 293–304.

Kaufman, A. E., Sánchez, M. A., & Frías, R. (1997). Trabajando con los Mayores. Centro de Investigaciones Sociológicas.

Kenkmann, A., Poland, F., Burns, D., Hyde, P., & Killett, A. (2017). Negotiating and valuing spaces: The discourse of space and "home" in care homes. *Health & Place*, *43*(March 2016), 8–16.

Koppitz, A. L., Dreizler, J., Altherr, J., Bosshard, G., Naef, R., & Imhof, L. (2016). Relocation experiences with unplanned admission to a nursing home: a qualitative study. *International Psychogeriatrics*, (May), 1–11.

Kruse, A., & Ding-Greiner, C. (2003). Promotion and maintenance of independence in older people with intellectual disability-results of an intervention study. *Zeitschrift Fur Gerontologie Und Geriatrie*, *36*(6), 463–74.

Kvale, S., Blanco, C., Amo, T. del Amo M.,. *Las entrevistas en investigación cualitativa*.

Lassey, W. R., & Lassey, M. L. (2001). *Quality of Life for Older People: An International Perspective*. Prentice Hall.

Lawton, M. P. (1999). Quality of life in chronic illness. *Gerontology*, *45*(4), 181–183.

Lee, V., Simpson, J., & Froggatt, K. (2013). A narrative exploration of older people's transitions into residential care. *Aging & Mental Health*, *17*(1), 48–56.

Lehr, U. M., Thomae, H., & Ruiz-Garrido, C. (2003). *Psicología de la senectud : proceso y aprendizaje del envejecimiento*. Barcelona: Herder.

Leith, K. H. (2006). "Home is where the heart is...or is it?". A phenomenological exploration of the meaning of home for older women in congregate housing. *Journal of Aging Studies*, *20*(4), 317–333.

Levi, L., Andersson, L., & Jasso, R. (1980). *La tensio n psicosocial : poblacio n, ambiente y calidad de la vida*. Me xico: El Manual Moderno.

Little, L., Simmons, B., & Nelson, D. (2007). Health Among Leaders: Positive and Negative Affects, Engagement and Burnout, Forgiveness and Revenge. *Journal of Management Studies*.

Lobo, A. (1979). Mini-Examen Cognoscitivo: Versión española del Mini-Mental Status Examination de Folstein et al (1975). *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría Y*.

López, J., Cid, L., Fernández, V., Failde o, J. M., & Almazán, R. (2013). Análisis de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca mediante el cuestionario genérico SF-36. *Revista de Calidad Asistencial*, *28*(6), 355–360.

Madariaga, I., & Antón, V. (2008). Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form-36 (SF-36). *Estadística Española*.

Martina, M., & Castro, A. (2000). Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos. *Revista de Psicología de La PUCP*, *18*(1), 1–34.

Mayer, J., Caruso, D., & Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, *27*(4), 267–298.

Mayer, J., Salovey, P., & Caruso, D. (2002). *Emotional Intelligence Test (MSCEIT) User´r manual.* Toronto: Toronto: Multi-Health System.

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., & Hilfinger, D. (2000). experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, *23*(1), 12–28.

Melguizo, E. H., Acosta, A. L., & Catellano, B. P. (2012). Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. Factors associated to life quality of older adults . Cartagena (Colombia), *28*(2), 251–263.

Miró-Bonet, M. (2008). ¿Por qué somos como somos ? Continuidades y transformaciones de los discursos y las relaciones de poder en la identidad de las/os enfermeras/os en España (1956-1976). *Tesis*, 237.

Molina, C., Meléndez, J. C., Navarro, E., Sena, C., Moral, J., Pardo, E., … Navarro, E. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología*, *24*(2), 312–319.

Montpetit, M. (2007). *Negative Affect and Stress: A Dynamical Systems Analysis*. University of Notre Dame.

Moreno, J. (2004). Mayores y Calidad de vida. *PORTULARIA*, *4*, 187–198.

Morse, J., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K., & Spiers, J. (2002). Verification Strategies for Establishing Reliability and Validity in Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods*, *1*(2), 13–22.

Motteran, A., Trifiletti, E., & Pedrazza, M. (2016). Well-being and Lack of Well-being among Nursing Home Residents. *Ageing International*, *41*(2), 150–166.

Moyano, N. (2008). BIENESTAR SUBJETIVO EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE CENTROS GERIÁTRICOS. In *9º Congreso Virtual de Psiquiatría*. Argentina.

Mulrow, C., Gerety, M., Cornell, J., Lawrence, V., & Kanten, D. (1994). The Relationship between Disease and Function and Perceived Health in Very Frail Elders. *Journal of the American Geriatrics Society*, *42*(4), 374–380.

Noreña, A., Alcaraz, N., Rojas, J., & Rebolledo, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa Applicability of the Criteria of Rigor and Ethics in Qualitative Research, 263–274.

Nuevo, R., Montorio, I., Márquez, M., Fernández, M., & Losada, A. (2003). Análisis del fenómeno de la preocupación en personas mayores. *International Journal of Clinical and Health Psychology Int J Clin Health Psychol*, *4*(2), 337–355.

Ochsner, K., Silvers, J., & Buhle, J. (2012). Functional imaging studies of emotion regulation: a synthetic review and evolving model of the cognitive control of emotion. *Of the New York Academy of …*, *125*(1), E1–E24.

Orden Hospitalaria San Juan de Dios. (2017). Plan Estratégico Orden Hospitalaria San Juan de Dios, Provincia Bética.

Orden Hospitalaria San Juan de Dios. (2017). Sitio Oficial Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

Orden Hospitalaria San Juan de Dios. (1998). *Carta de identidad*. Madrid: Fundación Juan Ciudad.

Ordine Ospedaliero di San Giovanni Di Dio. (2017). Sitio Oficial Ordine Ospedaliero di San Giovanni Di Dio.

Ortuño, A. I. (1996). *Autoconcepto y calidad de vida en personas de edad : estudio empírico / Ana Inmaculada Torres Ortuño ; directores Demetrio Barcia Salorio, Joaquín Nieto Munuera.* Murcia : Universidad de Murcia, Facultad de Psicología.

Palomba, R. (2002). *Calidad de Vida: Conceptos y medidas*. Rome, Italy.

Palomo, L. (2001). Política Salud 21 para Europa: 21 objetivos para el siglo XXI. *Gaceta Médica de Bilbao*, *98*(2), 29–32.

Parapar, C., Fernandez, J. L., Rey Campos, J., & Ruiz Yaniz, M. (2010). *Informe de la I+D+i sobre envejecimiento*. *Fundación General CSIC*. Madrid.

Pasic, M., Unbehaun, A., Buz, S., Drews, T., & Hetzer, R. (2015). Annular Rupture During Transcatheter Aortic Valve Replacement: Classification, Pathophysiology, Diagnostics, Treatment Approaches, and Prevention. *JACC: Cardiovascular Interventions*, *8*(1), 1–9.

Pérez, A. (2006). Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. *Revista de Economía Crítica*, (5), 7–37.

Pérez, J. (2006). Demografía y envejecimiento. *Portal Mayores*.

Pérez, L. (2005). MAYORES EN RESIDENCIAS (pp. 813–825).

Perren, S., Keller, R., Passardi, M., & Scholz, U. (2010). Well-Being Curves Across Transitions, *69*(1), 15–29.

Pesce, R., Assis, S., Avanci, J., Santos, N., Malaquias, J., & Carvalhaes, R. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cadernos de Saúde Pública*, *21*(2), 436–448.

Pinzón, S., Garrido, F., Reyes, V., Lima, J. S., Raposo, M. F., Martínez, M., & Alonso, F. (2016). Factores predictores de la institucionalización de personas mayores en situación de dependencia en Andalucía. *Enfermeria Clinica*, *26*(1), 23–30.

Prieto, O., Vega, E., Menéndez, J., & Heredia, L. (1996). La atención al anciano en Cuba. *Desarrollo Y Perspectivas. La Habana.*

Quinteros-Zúñiga, D. Q. (2013). Bienestar: ¿una experiencia subjetiva? *Revista Científica de Ciencias de La Salud*, *6*(1), 22–31.

Reyes, R. (1988). *Terminologí a científico-social: aproximación crítica.* Anthropos Editorial del Hombre.

Rodríguez, B., Martínez, M., Cervera, B., Notario, B., & Martínez, V. (2014). Preconceptions about institutionalisation at public nursing homes in Spain: views of residents and family members. *Ageing and Society*, *34*(4), 547–568.

Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*(6), 1069–1081.

Sa daba, J. (2009). *La Vida buena: cómo conquistar nuestra felicidad.* Barcelona: Península.

Sancho, M., Abellán, A., Puga, M. D., & Pérez, L. (2004). *INFORME 2004 Las Personas Mayores en España Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas.* (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Ed.) (Vol. 1). Madrid, España: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Sancho, M., Abellán, A., Rodriguez, V., Sancho, M., & Miguel, J. A. (2000). *Las personas mayores en España Informe 2000 Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas.* (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Ed.) (1st ed., Vol. 1). Madrid, España: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A., & Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validacion factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, *11*(1), 37–51.

Sarabia, C. (2009). Envejecimiento exitoso y calidad 205 de vida. Su papel en las teori as del envejecimiento. *GEROKOMOS*, *20*(4), 172–174.

Schutte, N. S., Malouff, J. M., Hall, L. E., Haggerty, D. J., Cooper, J. T., Golden, C. J., & Dornheim, L. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, *25*(2), 167–177.

Seligman, M. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death.* New York, NY, US: W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.

Seligman, M. E., Diago, M., & Debritto, A. (2003). *La auténtica felicidad.* Barcelona, España: Zeta.

Shin, D. C., & Johnson, D. M. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, *5*(1), 475–492.

Smith, A., & Felderhoff, B. (2016). Formal and family caregiver protective factors in systems of care: A systematic review with implications toward a resilience model for aging veterans. *Traumatology*, *22*(1), 29–39.

Sommer, R., & Osmond, H. (1960). SYMPTOMS OF INSTITUTIONAL CARE. *Social Problems*, *8*(3), 254–263.

Sörensen, S., Hirsch, J. K., & Lyness, J. M. (2014). Optimism and Planning for Future Care Needs among Older Adults. *GeroPsych*, *27*(1), 5–22.

Steffens, D., Fisher, G., Langa, K., Potter, G., & Plassman, B. (2009). Prevalence of depression among older Americans: the Aging, Demographics and Memory Study. *International*, *21*(5), 879–888.

Study, M. O., & Group, E. R. (2012). Cuestionario de Salud EQ-5D-5L, *4*, 3–6.

Szalai, A., & Andrews, F. M. (1980). *The quality of life : comparative studies*. London: Beverly Hills, Sage.

Tanner, C., Eckstrom, E., Desai, S., Joseph, C., Ririe, M., & Bowen, J. (2006). Uncovering frustrations. *Journal of General Internal Medicine*, *21*(1), 51–55.

The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, *41*(10), 1403–1409.

Thomas, W. H. (1996). *Life worth living : how someone you love can still enjoy life in a nursing home : the Eden alternative in action*. Acton: VanderWyk & Burnham.

Tran, V. (2013). Positive Affect Negative Affect Scale (PANAS). In M. D. Gellman & J. R. Turner (Eds.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pp. 1508–1509). New York, NY: Springer New York.

UN/DESA. (2015). *World Population Prospects. Volume II: Demographic Profiles*. (No. ST/ESA/SER.A/380). New York.

UN/DESA. (2013). *World Population Prospects: The 2012 Revision. Highlights and Advance Tables* (Working Paper No. ESA/P/WP.228.). *Population and development review* (Vol. 36). New York.

United Nations. (2015). World Population Prospect: The 2015 Revision,World Population 2015 Wallchart. *Department of Economic and Social Affairs, Population Division*, 2.

United Nations. (2002). *World population prospects-the 2004 revision population database. New York, United Nations Population Division*. New York: United Nations Population Division.

Van Hoof, J., Verbeek, H., Janssen, B. M., Eijkelenboom, A., Molony, S. L., Felix, E., … Wouters, E. J. M. (2016). A three perspective study of the sense of home of nursing home residents: the views of residents, care professionals and relatives. *BMC Geriatrics*, *16*(1), 169.

Van Manen, M. (1997). From Meaning to Method. *Qualitative Health Research*, *7*(3), 345–369.

Van Manen, M. (2016). *Researching Lived Experience.* Taylor and Francis.

Van Rooy, D., Alonso, A., & Viswesvaran, C. (2005). Group differences in emotional intelligence scores: Theoretical and practical implications. *Personality and Individual*, *38*(3), 689–700.

Varona, M. A. (2010). *Gestión carismática. Una apuesta por la Gestión Estratégica.* (M. A. Varona Alonso, Ed.) (1st ed.). Fundación San Juan de Dios.

Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervencion Psicosocial*, *3*, 87–116.

Vega, G., Gonzalez, P., & Oliviera, A. (2009). *Salud mental en los adultos mayores.* (J. Rodriguez, Ed.). Washington, D. C.

Ventosa, F. (2012). *Pensamiento de San Juan de Dios y la Orden Hospitalaria y su relación con la Enfermería: Conceptos y Valores*. (E. Al-Sur, Ed.). Granada.

Vilagut, G., Valderas, J., Ferrer, M., & Garin, O. (2008). Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Medicina Clínica.*

Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., … Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, *19*(2), 135–150.

Villar, F., Triadó, C., Solé, C., & Osuna, M. (2003). *Hacia una concreción del envejecimiento con éxito: satisfacción personal y actividades cotidianas en la vejez. Informe para el IMSERSO*.

Voelkl, J. E. (1986). Effects of Institutionalization Upon Residents of Extended Care Facilities. *Activities, Adaptation & Aging*, *8*(3–4), 37–45.

Voelkl, J. E., & Mathieu, M. A. (1993). Differences between depressed and non-depressed residents of nursing homes on measures of daily activity involvement and affect. *Therapeutic Recreation Journal*, *27*(3), 144–155.

Wagner, F., Gallo, J., & Delva, J. (1999). Depression in late life: a hidden public health problem for Mexico? *Salud Pública de México*, *41*(3), 189–202.

Watson, D., & Pennebaker, J. (1989). Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, *96*(2), 234.

Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, *98*(2), 219.

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*. US: American Psychological Association.

Webb, C., Schwab, Z., Weber, M., & DelDonno, S. (2013). Convergent and divergent validity of integrative versus mixed model measures of emotional intelligence. *Intelligence*, *41*(3), 149–156.

WHO. (1998). Salud para todos en el siglo xxi. Madrid, España: Oficina regional europea de la Organización Mundial de la Salud.

Yanguas, J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional.* (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Ed.) (1st ed.). Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Zamarrón, M. D., & Fernandez, R. (2000). Satisfacción con la vida en personas mayores que viven en sus domicilios y en residencias: factores determinantes. *Revista Española de Geriatría Y Gerontología*, *35*(2), 17–29.

Capítulo IX.

Anexos

ANEXO M1. *Mini examen cognoscitivo (MEC)* (Hoja 1 de 4)

Paciente.....Edad.....

Ocupación.....Escolaridad.....

Examinado por.....Fecha.....

ORIENTACIÓN

• Dígame el día.....fecha ……..Mes.....Estación.....Año.....
___**5**

• Dígame el hospital (o lugar).....

Planta.....ciudad.....Provincia.....Nación..... ___**5**

FIJACIÓN

• Repita estas tres palabras; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda) ___**3**

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

• Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando? ___**5**

• Repita estos tres números: 5, 9, 2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás ___**3**

MEMORIA

• ¿Recuerda las tres palabras de antes? ___**3**

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

• Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj ___**2**

• Repita esta frase: En un trigal había cinco perros ___**1**

• Una manzana y una pera, son frutas ¿verdad?
¿Qué son el rojo y el verde? ___**2**

• ¿Que son un perro y un gato? ___**3**

• Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa ___**1**

ANEXO M1. *Mini examen cognoscitivo (MEC)* (Hoja 2 de 4)

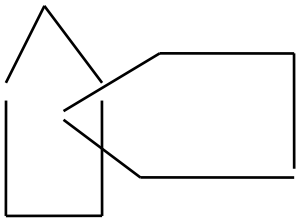
• Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS

___1

• Escriba una frase

___1

• Copie este dibujo**___1**



Puntuación máxima 35.
Punto de corte **Adulto no geriátricos 27**
Adulto geriátrico 23

ANEXO M1. *Mini examen cognoscitivo (MEC)* (Hoja 3 de 4)

APLICACIÓN DEL TEST

Orientación:

Seguir las indicaciones del test (un punto cada respuesta correcta).

Fijación:

Repetir claramente cada palabra en un segundo. Se le dan tantos puntos como palabras repite correctamente al primer intento. Hacer hincapié en que lo recuerde ya que más tarde se le preguntará.

Concentración:

Si no entiende o se resiste, se le puede animar un poco, como máximo reformular la pregunta como sigue: "*si tiene 30 euros y me da 3 ¿Cuántos euros le quedan? y a continuación siga dándome de 3 en 3* (sin repetir la cifra que él dé). Un punto por cada substracción correcta, exclusivamente. Por ejemplo 30 menos 3 = 28 (0 puntos); si la siguiente substracción es de 25, ésta es correcta (1 punto). Repetir los dígitos lentamente: 1 segundo cada uno hasta que los aprenda. Después pedirle que los repita en orden inverso y se le da un punto por cada dígito que coloque en oposición inversa correcta.
Por ejemplo, 592 (lo correcto es 295); si dice 925 le corresponde 1 punto.

Memoria:

Seguir las instrucciones del test, dando amplio margen de tiempo para que pueda recordar, pero sin ayudarle (un punto por cada palabra recordada)

Lenguaje y construcción:

Seguir las instrucciones puntualizando que:

- Leerle la frase despacio y correctamente articulada. Para concederle 1 punto tiene que ser repetida a la primera y correctamente articulada, un fallo en una letra es 0 puntos.

- Semejanzas; para darle un punto en verde-rojo tiene que responder inexcusablemente "colores". Para la semejanza perro-gato la contestación correcta exclusiva es animales o animales de "x" características o bichos.

ANEXO M1. *Mini examen cognoscitivo (MEC)* (Hoja 4 de 4)

- En las órdenes verbales, si coge el papel con la mano izquierda es un fallo en ese apartado. Si lo dobla más de dos veces otro fallo. Dependiendo de la posición del paciente se podrá modificar la orden de poner el papel en la mesa o en el suelo. Cada una de las partes de la orden ejecutada correctamente es un punto, hasta un máximo de 3.

- Para los test de la lectura y escritura, pedir al paciente que se coloque sus gafas, si las usa, y si es preciso escribir la orden y los pentágonos en trazos grandes en la parte posterior del papel, para que los vea perfectamente. Se le concede un punto si, independientemente de lo lea en voz alta, cierra los ojos sin que se le insista verbalmente. Recalcar antes, dos veces como máximo que lea y haga lo que pone en el papel.

- Para escribir una frase instruirle que no sea su nombre. Si es necesario puede usarse un ejemplo, pero insistiendo que tiene que escribir algo distinto. Se requiere sujeto, verbo y complemento para dar un punto (las frases impersonales sin sujeto)

- Figuras: la ejecución correcta (1 punto) requiere que cada pentágono tenga exactamente 5 lados y 5 ángulos y tienen que estar entrelazados entre sí con dos puntos de contacto.

(Lobo, 1979)

Lobo, A. (1979). Mini-Examen Cognoscitivo: Versión española del Mini-Mental Status Examination de Folstein et al (1975). *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría Y*.

ANEXO M2. *Consentimiento informado de entrevista individual.*

Yo (nombre y apellidos):

.....

- ☐ He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- ☐ He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- ☐ He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con:

..... (nombre del investigador)

- ☐ Comprendo que mi participación es voluntaria.
- ☐ Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1º Cuando quiera

2º Sin tener que dar explicaciones.

3º Sin que esto repercuta en la atención de mis hijos o en mis intereses.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso, grabación de voz y utilización de mis datos, en las condiciones detalladas en la hoja de información.

- ☐ SI
- ☐ NO

Firma del participante: Firma del investigador:

Nombre: Nombre:

Fecha: Fecha:

ANEXO M3. *Guía de Entrevista a ancianos institucionalizados*.

Título de la Investigación: Experiencia de vida y satisfacción en ancianos institucionalizados: caracterización de una respuesta humana.

Investigador: Sr. Fernando Guerra Arévalo. Director de Enfermería. Hospital San Juan Grande (Jerez).

ENTREVISTA

Esta entrevista tendrá como propósito conseguir una mayor comprensión de la respuesta humana a la institucionalización, de ancianos con capacidades cognitivas conservadas. Se centrará en sus experiencias de vida.

1. Cuál es su nombre, edad, estado civil, autonomía, apoyo familiar, tiempo en residencia y procedencia.
2. ¿Cómo era su vida antes del ingreso?
3. ¿Cómo fue su ingreso? ¿Qué sensaciones le produjo?
4. ¿Qué le ayudó a sentirse mejor?
5. ¿Será su estancia temporal o permanente?
6. ¿Tuvo asesoramiento sobre la nueva situación que iba a enfrentar?
7. ¿Cómo es su vida? ¿Cuánto le satisface?
8. ¿Qué cosas le hacen sentirse mejor?
9. ¿Qué sentimientos agradables o desagradables relaciona con el hecho de estar en la residencia?
10. ¿Estos sentimientos los tiene todo el tiempo o de manera puntual?
11. ¿Qué cree usted que le haría tener una vida de mayor calidad dentro de la residencia?
12. ¿Se aproxima a lo que usted pensaba la situación en la que vive ahora?

ANEXO M4. *Categorías y códigos más representativos con la definición de cada uno de ellos.*

Pausas

- Para las pausas <5 seg., utilizar puntos suspensivos(…).
- Para pausas ≥5 segundos, utilizar Pll (pausa larga)
- La duración de las pausas no será necesario recogerlas.

Risas, toser, etc.

Indicar entre corchetes, [risa], [carraspea], [suspira], [tose], etc.

Sonidos repetidos/interrupciones

- Indicar la interrupción en medio de una frase con un doble guión en el momento de la interrupción, por ejemplo: Qué haces--.
- Indicar la repetición de una misma frase o palabra con un guión, por ejemplo:
  Se perdió-se perdió dentro de aquel sitio.

Solapamiento de las voces (cuando hablan al mismo tiempo)

Usar guión cuando alguien se interrumpe a la persona que está hablando y se solapan las voces, después transcribir la intervención de la persona que se ha interpuesto a quien hablaba inicialmente escribiendo (solapamiento) al inicio y entre paréntesis, y después, volver a la frase que se ha interrumpido si la persona continua. Por ejemplo: B: Dijo que era imposible; A: (solapamiento) ¿Quién es María?; B: No, fue Ana.

Palabras que no se entienden

- Usar corchetes e interrogantes si escribimos lo que nos parece que han dicho sin que sea muy seguro, por ejemplo: "Y después se fue a [comprar? Jugar?].
- Utilizar "X" para indicar palabras que no se pueden descifrar de ningún modo y el número de "X" indicará el número de palabras que no se pueden entender, por ejemplo: "XXXXXX XXX XXXXX".

Énfasis

- Utilizar mayúsculas para mostrar un fuerte énfasis, por ejemplo "EL LO DIJO delante de todos". No utilizar negrita o subrayado ya que algunas veces desaparece cuando los archivos de textos son pasados a otro software.

Sonidos mantenidos

- Repite los mismos sonidos mantenidos separándolos por guiones, si además tiene énfasis ponerlos en mayúsculas, por ejemplo "No-o-o-o-o-o, no exactamente" o "Me puse MU-UU-Y contenta".

Parafrasear a otros

- Cuando el/la entrevistador/a escucha una voz que indica que se está imitando lo que otro/a ha dicho, o expresa una voz interior, utilizar comillas y/o indicar con (voz imitada) entre paréntesis, por ejemplo: B: ¿Sabes lo que me dijo después? Me dijo (voz imitada) "me condenarán si me dejo aconsejar por ti".

ANEXO M5. *Cuestionario de recogida de datos.* (Hoja 1 de 20)

CUESTIONARIO

RECOGIDA DE DATOS

EXPERIENCIA DE VIDA Y SATISFACCIÓN EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS: CARACTERIZACIÓN DE UA RESPUESTA HUMANA

Investigador principal

Fernando Guerra Arévalo

Cuestionario Número: _____ (a completar por el investigador)

ANEXO M5. *Cuestionario de recogida de datos.* (Hoja 2 de 20)

DATOS DEMOGRÁFICOS

Edad (en años y meses; ejemplo 75 años y 6 meses): _____

Sexo: ☐hombre ☐ mujer

Nivel de estudios:

☐ sin escolarización; ☐ estudios primarios sin terminar; ☐estudios primarios terminados;

☐ estudios secundarios (bachillerato, formación profesional) no terminados;
☐ estudios secundarios (bachillerato, formación profesional) terminados;

☐ estudios universitarios no terminados; ☐ estudios universitarios terminados.

Estado Civil (márquelo en un círculo):

Soltero	**Divorciado**	**Viudo**
Casado	**Separado**	**En pareja**

Ocupación	
Lugar de Nacimiento	
Lugar de Residencia Actual	
Cuánto tiempo lleva viviendo en la residencia (años / meses; ejemplo 8 años y seis meses):	

ANEXO M5. *Cuestionario de recogida de datos.* (Hoja 3 de 20)

ESCALA DE SATISFACCION CON LA VIDA PARA LA TERCERA EDAD (SWLS)

Indique el grado de acuerdo con cada fase rodeando con un círculo el número apropiado (sólo uno por afirmación). Por favor, sea sincero con su respuesta.

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

Cuestionario PANAS

A continuación se indican una serie de palabras que describen diversos sentimientos y emociones.

ESCALA DE VALORACIÓN				
1	**2**	**3**	**4**	**5**
Nada o casi nada	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

Lea cada palabra e indique el número que considere más adecuado para describir su sentimiento o emoción, en el espacio reservado para cada palabra

De acuerdo con la escala de valoración mostrada, indique hasta qué punto, ***en general*** se siente de la forma que señala la palabra.

Estado	Puntuación
Interesada/o	
Tenso (malestar)	
Estimulada/o	
Disgustada/o	
Fuerte(enérgico/a)	
Culpable	
Asustada/o	
Hostil	
Entusiasmada/o	
Orgullosa/o	

Estado	Puntuación
Irritable	
Alerta(despierto/a)	
Avergonzada/o	
Inspirada/o	
Nerviosa/o	
Decidida/o	
Atenta/o	
Miedosa/o	
Activa	
Temerosa/o	

ANEXO M5. *Cuestionario de recogida de datos.* (Hoja 4 de 20)

Cuestionario SF-36

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

1 Excelente

2 Muy buena

3 Buena

4 Regular

5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

1 Mucho mejor ahora que hace un año

2 Algo mejor ahora que hace un año

3 Más o menos igual que hace un año

4 Algo peor ahora que hace un año

5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

ANEXO M5. *Cuestionario de recogida de datos.* (Hoja 5 de 20)

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

ANEXO M5. *Cuestionario de recogida de datos.* (Hoja 6 de 20)

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso?

1 Sí 2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1 No, ninguno

2 Sí, muy poco

3 Sí, un poco

4 Sí, moderado

5 Sí, mucho

6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

ANEXO M5. *Cuestionario de recogida de datos.* (Hoja 7 de 20)

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS.

EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1 Siempre
2 Casi siempre
3 Muchas veces
4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez
6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1 Siempre
2 Casi siempre
3 Muchas veces
4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez
6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1 Siempre
2 Casi siempre
3 Muchas veces
4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez
6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1 Siempre
2 Casi siempre
3 Muchas veces
4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez
6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1 Siempre
2 Casi siempre

ANEXO M5. *Cuestionario de recogida de datos.* (Hoja 8 de 20)

3 Muchas veces
4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez
6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?
1 Siempre
2 Casi siempre
3 Muchas veces
4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez
6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?
1 Siempre
2 Casi siempre
3 Muchas veces
4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez
6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.
1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

ANEXO M5. *Cuestionario de recogida de datos.* (Hoja 9 de 20)

34. Estoy tan sano como cualquiera.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

INVENTARIO BREVE DE SINTOMAS (DEROGATIS)

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.
Lea cada uno de ellos y marque su respuesta **con un círculo en el número** correspondiente, *pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana* **(7días).**

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:
1 NADA- 2 MUY POCO-3 POCO-4 BASTANTE- 5 MUCHO.

	Nunca (1)	Raramente (2)	A veces (3)	A menudo (4)	Siempre (5)
1. Dolores de Cabeza	1	2	3	4	5
2. Nerviosismo	1	2	3	4	5
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza	1	2	3	4	5

ANEXO M5. *Cuestionario de recogida de datos.* (Hoja 10 de 20)

4. Sensación de mareo o desmayo	1	2	3	4	5
5. Falta de interés en relaciones sexuales	1	2	3	4	5
6. Criticar a los demás	1	2	3	4	5
7. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos	1	2	3	4	5
8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa	1	2	3	4	5
9. Tener dificultad para memorizar cosas	1	2	3	4	5
10. Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo	1	2	3	4	5
11. Sentirme enojado/a, malhumorado/a	1	2	3	4	5
12. Dolores en el pecho	1	2	3	4	5
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles	1	2	3	4	5
14. Sentirme con muy pocas energías	1	2	3	4	5
15. Pensar en quitarme la vida	1	2	3	4	5
16. Escuchar voces que otras personas no oyen	1	2	3	4	5

ANEXO M5. *Cuestionario de recogida de datos.* (Hoja 11 de 20)

17. Temblores en mi cuerpo	1	2	3	4	5
18. Perder la confianza en la mayoría de las personas	1	2	3	4	5
19. No tener ganas de comer	1	2	3	4	5
20. Llorar por cualquier cosa	1	2	3	4	5
21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo	1	2	3	4	5
22. Sentirme atrapado/a o encerrado/a	1	2	3	4	5
23. Asustarme de repente sin razón alguna	1	2	3	4	5
24. Explotar y no poder controlarme	1	2	3	4	5
25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa	1	2	3	4	5
26. Sentirme culpable por cosas que ocurren	1	2	3	4	5
27. Dolores en la espalda	1	2	3	4	5
28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer	1	2	3	4	5
29. Sentirme solo/a	1	2	3	4	5

ANEXO M5. *Cuestionario de recogida de datos.* (Hoja 12 de 20)

30. Sentirme triste	1	2	3	4	5
31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa	1	2	3	4	5
32. No tener interés por nada	1	2	3	4	5
33. Tener miedos	1	2	3	4	5
34. Sentirme herido en mis sentimientos	1	2	3	4	5
35. Creer que la gente sabe qué estoy pensando	1	2	3	4	5
36. Sentir que no me comprenden	1	2	3	4	5
37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto	1	2	3	4	5
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas	1	2	3	4	5
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera	1	2	3	4	5
40. Náuseas o dolor de estómago	1	2	3	4	5
41. Sentirme inferior a los demás	1	2	3	4	5
42. Calambre en manos, brazos o piernas	1	2	3	4	5

ANEXO M5. *Cuestionario de recogida de datos.* (Hoja 13 de 20)

43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí	1	2	3	4	5
44. Tener problemas para dormirme	1	2	3	4	5
45. Tener que controlar una o más veces lo que hago	1	2	3	4	5
46. Tener dificultades para tomar decisiones	1	2	3	4	5
47. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos	1	2	3	4	5
48. Tener dificultades para respirar bien	1	2	3	4	5
49. Ataques de frío o de calor	1	2	3	4	5
50. Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo	1	2	3	4	5
51. Sentir que mi mente se queda en blanco	1	2	3	4	5
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo	1	2	3	4	5
53. Tener un nudo en la garganta	1	2	3	4	5
54. Perder las esperanzas en el futuro	1	2	3	4	5
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo	1	2	3	4	5

ANEXO M5. *Cuestionario de recogida de datos.* (Hoja 14 de 20)

56. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo	1	2	3	4	5
57. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a	1	2	3	4	5
58. Sentir mis brazos y piernas muy pesados	1	2	3	4	5
59. Pensar que me estoy por morir	1	2	3	4	5
60. Comer demasiado	1	2	3	4	5
61. Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí	1	2	3	4	5
62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos	1	2	3	4	5
63. Necesitar golpear o lastimar a alguien	1	2	3	4	5
64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad	1	2	3	4	5
65. Repetir muchas veces algo que hago: contar, levantarme, tocar cosas	1	2	3	4	5
66. Dormir con problemas, muy inquieto/a	1	2	3	4	5
67. Necesitar romper o destrozar cosas	1	2	3	4	5
68. Tener idas, pensamientos que los demás no entienden	1	2	3	4	5

ANEXO M5. *Cuestionario de recogida de datos.* (Hoja 15 de 20)

69. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí	1	2	3	4	5
70. Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente	1	2	3	4	5
71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo	1	2	3	4	5
72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico	1	2	3	4	5
73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público	1	2	3	4	5
74. Meterme muy seguido en discusiones	1	2	3	4	5
75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a	1	2	3	4	5
76. Sentir que los demás no me valoran como merezco	1	2	3	4	5
77. Sentirme solo/a aun estando con gente	1	2	3	4	5
78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme	1	2	3	4	5
79. Sentirme un/a inútil	1	2	3	4	5
80. Sentir que algo malo me va a pasar	1	2	3	4	5
81. Gritar o tirar cosas	1	2	3	4	5

ANEXO M5. *Cuestionario de recogida de datos.* (Hoja 16 de 20)

82. Miedo a desmayarme en medio de la gente	1	2	3	4	5
83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo	1	2	3	4	5
84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan	1	2	3	4	5
85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados	1	2	3	4	5
86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo	1	2	3	4	5
87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo	1	2	3	4	5
88. Sentirme alejado/a de las demás personas	1	2	3	4	5
89. Sentirme culpable	1	2	3	4	5
90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien	1	2	3	4	5

MSCEIT-TEST DE INTELIGENCIA EMOCIONAL

Intente responder a todas las preguntas, si no está seguro intente adivinarla. Señale sus contestaciones en la hoja de respuesta.

SECCIÓN D
Instrucciones: Por favor, seleccione una respuesta para cada acción.

1. **María se levantó sintiéndose bastante bien. Había dormido estupendamente, se encontraba muy descansada y no tenía ningún tipo de inquietud o preocupación ¿Cómo ayudaría cada una de estas acciones a mantener su estado de ánimo?**

Acción 1: Se levantó y disfrutó del resto del día.

ANEXO M5. *Cuestionario de recogida de datos.* (Hoja 17 de 20)

Acción 2: María disfrutó de ese sentimiento y decidió pensar y apreciar todas las cosas que le iban bien.

a. Muy ineficaz b. Algo ineficaz c. Neutral d. Algo eficaz e. Muy eficaz

Acción 3: Decidió que era mejor ignorar el sentimiento porque de todos modos no duraría mucho.

a. Muy ineficaz b. Algo ineficaz c. Neutral d. Algo eficaz e. Muy eficaz

Acción 4: Aprovechó ese sentimiento positivo para llamar a su madre y animarla porque había estado depresiva.

a. Muy ineficaz b. Algo ineficaz c. Neutral d. Algo eficaz e. Muy eficaz

2. **Andrés trabaja tan duro, incluso más, que uno de sus colegas. De hecho, sus ideas son, por lo general, mejores y obtiene resultados muy positivos para la compañía. Su colega hace un trabajo mediocre, pero se implica en la política de la empresa de tal manera que progresa. Así, cuando el jefe de Andrés anuncia que el premio al mérito anual se le dará a su colega, Andrés se enoja mucho ¿Cómo serían de eficaces cada una de estas acciones para ayudar a Andrés a sentirse mejor?**

Acción 1: Andrés tomó un descanso y se puso a pensar sobre las cosas buenas de su vida y su trabajo.

a. Muy ineficaz b. Algo ineficaz c. Neutral d. Algo eficaz e. Muy eficaz

Acción 2: Andrés hizo una lista de las características positivas y negativas de su colega.

a. Muy ineficaz b. Algo ineficaz c. Neutral d. Algo eficaz e. Muy eficaz

Acción 3: Andrés se sintió terrible por comportarse de esa manera y se dijo que estaba mal enfadarse por un hecho que no podía controlar.

a. Muy ineficaz b. Algo ineficaz c. Neutral d. Algo eficaz e. Muy eficaz

Acción 4: Andrés decidió decirle a la gente que su colega había hecho un trabajo muy pobre y que, por tanto, no se merecía el premio. Andrés reunió documentos e informes para demostrar su punto de vista y que así no fuera sólo su palabra.

a. Muy ineficaz b. Algo ineficaz c. Neutral d. Algo eficaz e. Muy eficaz

3. **Juana no sabía cuándo vencían sus facturas, cuántas más llegarían dentro de poco o si pudiese pagarlas. Después, su coche empezó a hacer unos ruidos extraños y su mecánico le dijo que le iba a costar tan caro arreglarlo que no valía la pena. Juana no puede quedarse dormida con facilidad, se despierta varias veces durante la noche y está preocupada todo el tiempo, ¿cómo serían de eficaces cada una de las siguientes acciones para reducir su preocupación?**

Acción 1: Juana intentó calcular lo que debía, cuánto debía y cuándo debía pagarlo.

a. Muy ineficaz b. Algo ineficaz c. Neutral d. Algo eficaz e. Muy eficaz

Acción 2: Juana aprendió técnicas de relajación profunda para calmarse.

ANEXO M5. *Cuestionario de recogida de datos.* (Hoja 18 de 20)

a. Muy ineficaz b. Algo ineficaz c. Neutral d. Algo eficaz e. Muy eficaz

Acción 3: Juana consiguió el nombre de un contable para que le ayudase a aprender cómo manejar sus finanzas.

a. Muy ineficaz b. Algo ineficaz c. Neutral d. Algo eficaz e. Muy eficaz

Acción 4: Decidió buscar un trabajo en el que le pagaran más dinero.

a. Muy ineficaz b. Algo ineficaz c. Neutral d. Algo eficaz e. Muy eficaz

4. A Eduardo nada le va bien. En su vida no hay mucho que le divierta o le haga disfrutar. Durante el próximo año, ¿cómo serían de eficaces cada una de las siguientes acciones para hacer que Eduardo se sintiese mejor?

Acción 1: Eduardo llamó a unos amigos con los que no hablaba desde hacía tiempo e hizo planes para visitarlos.

a. Muy ineficaz b. Algo ineficaz c. Neutral d. Algo eficaz e. Muy eficaz

Acción 2: Empezó a comer mejor, acostarse más temprano y hacer más ejercicio.

a. Muy ineficaz b. Algo ineficaz c. Neutral d. Algo eficaz e. Muy eficaz

Acción 3: Eduardo notaba que deprimía a la gente y decidió estar sólo hasta que entendiera lo que le estaba sucediendo. Sentía que necesitaba tiempo para estar consigo mismo.

a. Muy ineficaz b. Algo ineficaz c. Neutral d. Algo eficaz e. Muy eficaz

Acción 4: Eduardo se dio cuenta de que relajarse delante de la TV por la noche, con una o dos cervezas, le ayudaba a sentirse mejor.

a. Muy ineficaz b. Algo ineficaz c. Neutral d. Algo eficaz e. Muy eficaz

5. Mientras Roberto conducía a casa desde el trabajo, un camión enorme se le cruzó en medio. No tuvo tiempo ni para tocar el claxon. Roberto rápidamente giró a la derecha para evitar el choque. Estaba furioso, ¿cómo serían de eficaces cada una de las siguientes acciones para manejar su enojo?

Acción 1: Roberto se vengó del camionero atravesándose en su camino unos cuantos kilómetros después.

a. Muy ineficaz b. Algo ineficaz c. Neutral d. Algo eficaz e. Muy eficaz

Acción 2: Roberto aceptó que esas cosas ocurren y condujo hacia su casa.

a. Muy ineficaz b. Algo ineficaz c. Neutral d. Algo eficaz e. Muy eficaz

Acción 3: Gritó tanto como pudo, maldiciendo e insultando al camionero.

a. Muy ineficaz b. Algo ineficaz c. Neutral d. Algo eficaz e. Muy eficaz

Acción 4: Juró que nunca volvería a conducir por esa autovía.

a. Muy ineficaz b. Algo ineficaz c. Neutral d. Algo eficaz e. Muy eficaz

ANEXO M5. *Cuestionario de recogida de datos.* (Hoja 19 de 20)

SECCIÓN H

Instrucciones: Por favor, selecciona una contestación para cada respuesta.

1. Juan conoció un buen amigo en el trabajo el año pasado. Hoy, ese amigo le ha sorprendido por completo al decirle que había aceptado un trabajo en otra compañía y que se mudaría de esa zona. No le había dicho que estaba buscando otros trabajos ¿En qué grado sería efectivo para Juan, con la finalidad de mantener la amistad, responder de la siguiente manera?

Respuesta 1: Juan se sintió feliz por su amigo y le dijo que estaba muy contento de que consiguiera otro nuevo trabajo. En las próximas semanas, Juan se aseguraría que mantuvieran el contacto.

a. Muy ineficaz b. Algo ineficaz c. Neutral d. Algo eficaz e. Muy eficaz

Respuesta 2: Juan se sintió triste porque su amigo iba a marcharse, ya que consideraba que lo que había ocurrido era una muestra de que no le importaba a su amigo. Después de todo, el amigo no le había dicho nada de que estuviera buscando otro empleo. Dado que su amigo se marcharía de todos modos, Juan no le dijo nada sino que empezó a buscar nuevos amigos en el trabajo.

a. Muy ineficaz b. Algo ineficaz c. Neutral d. Algo eficaz e. Muy eficaz

Respuesta 3: Juan estaba muy enojado porque su amigo no le había dicho nada y mostró su desaprobación ignorándolo hasta que le diera una explicación. Juan pensó que si no le decía nada, eso confirmaría su opinión de que no valía la pena hablar con él.

a. Muy ineficaz b. Algo ineficaz c. Neutral d. Algo eficaz e. Muy eficaz

2. La profesora de Raúl acaba de llamar a sus padres para decirles que va muy mal en el colegio. La profesora les dice que su hijo no pone atención, es problemático y no puede estarse quieto. Esta profesora en particular no se maneja muy bien con los chicos inquietos y los padres de Raúl se preguntan qué está pasando realmente. Luego, la profesora les dice que su hijo volverá a repetir a menos que mejore. Los padres se sienten muy enojados ¿En qué grado será útil para su hijo cada una de estas reacciones?

Respuesta 1: Los padres dijeron a la profesora que esto ha supuesto una gran conmoción para ellos y que era la primera vez que escuchaban que existiese ese problema. Piden reunirse con la profesora y solicitan que el director también asista a la reunión.

a. Muy ineficaz b. Algo ineficaz c. Neutral d. Algo eficaz e. Muy eficaz

Respuesta 2: Los padres le dijeron a la profesora que si ella continuaba amenazando con que su hijo repitiera el curso, llevarían este problema al director. Le dijeron "si nuestro hijo repite, diremos que tú eres personalmente la responsable. Tú eres la profesora y tu trabajo es enseñar no echarle la culpa a los alumnos".

a. Muy ineficaz b. Algo ineficaz c. Neutral d. Algo eficaz e. Muy eficaz

Respuesta 3: Los padres de Raúl le colgaron el teléfono a la profesora y llamaron al director. Se quejaron de las amenazas de la profesora y solicitaron que su hijo fuera trasladado a una clase diferente.

ANEXO M5. *Cuestionario de recogida de datos.* (Hoja 20 de 20)

a. Muy ineficaz b. Algo ineficaz c. Neutral d. Algo eficaz e. Muy eficaz

3. A Lisa le va todo bien. Mientras los demás han recibido críticas por su trabajo, Lisa ha conseguido un ascenso y un aumento bastante bueno. Sus hijos están muy contentos y van muy bien en el colegio, su matrimonio es estable y muy feliz. Lisa empieza a sentirse muy orgullosa de sí misma y con la tentación de presumir sobre su vida a sus amigos ¿En qué medida sería eficaz cada una de las siguientes respuestas para mantener sus relaciones?

Respuesta 1: Puesto que todo va tan bien, es bueno sentirse orgulloso por ello. Pero Lisa también se dio cuenta de que algunas personas ven esto como una actitud arrogante o pueden estar celosas de ella y por tanto sólo hablaría sobre sus sentimientos con amigos muy cercanos.

a. Muy ineficaz b. Algo ineficaz c. Neutral d. Algo eficaz e. Muy eficaz

Respuesta 2: Lisa pensó sobre todas las cosas que podrían ir mal en el futuro, así tendría una visión más completa de su vida. Comprendió que los sentimientos positivos no duran siempre.

a. Muy ineficaz b. Algo ineficaz c. Neutral d. Algo eficaz e. Muy eficaz

Respuesta 3: Lisa compartió sus sentimientos con su marido esa noche. Luego, decidió que la familia debería pasar más tiempo junta los fines de semana y hacer más actividades familiares para estar unidos.

a. Muy ineficaz b. Algo ineficaz c. Neutral d. Algo eficaz e. Muy eficaz

POR FAVOR, COMPRUEBE QUE NO HA DEJADO NINGUNA FRASE SIN CONTESTAR

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO M6. *Hoja informativa de entrevista individual y cuestionario.* (Hoja 1 de 2)

Estimado Señor/a:

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

Título de la Investigación

Experiencia de vida y satisfacción en ancianos institucionalizados: caracterización de una respuesta humana.

Investigador

Sr. Fernando Guerra Arévalo. Director de Enfermería. Hospital San Juan Grande (Jerez).

Participación voluntaria

Debe conocer que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento. Si en usted decide en alguna parte del proceso revocar su consentimiento, los datos recogidos hasta ese momento no afectarán a la investigación y no se recogerán nuevos datos.

Propósito de la investigación

El propósito es conseguir una mayor comprensión de la respuesta humana a la institucionalización, de ancianos con capacidades cognitivas conservadas. Por ello, esta investigación explora los elementos del discurso de ancianos que residen en la Residencia San Juan Grande.

Descripción de la investigación

En una primera fase se realizan entrevistas semiestructuradas grabadas a ancianos que viven en la Residencia.

Las entrevistas tendrán una duración aproximada de entre 30 y 60 minutos y el contenido quedará registrado para su posterior trascripción y análisis. Se realizarán 1 entrevistas a ancianos con puntuación superior o igual a 23 puntos en el examen cognitivo (mini-mental), si son participantes geriátricos (>65 años), o con puntuación igual o superior a 27 puntos si no son participantes geriátricos.

En una segunda fase se realizará un cuestionario que recoge datos sociodemográficos y de inteligencia emocional, afectividad, y percepción de ancianos institucionalizados sobre su experiencia de vida y satisfacción.

Confidencialidad

Se garantiza el anonimato y la confidencialidad de los datos y de la identidad del entrevistado/a. Toda la información recogida se mantendrá estrictamente confidencial.

ANEXO M6. *Hoja informativa de entrevista individual y cuestionario.* (Hoja 2 de 2)

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal utilizados durante la realización de este estudio se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.
De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a su entrevistadora.
Sus datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y solo el investigador del estudio y colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna salvo en caso de requerimiento de la administración sanitaria o requerimiento legal.
El acceso a su información personal quedará restringido al investigador del estudio/colaboradores, y personal autorizado por la Universidad de Cádiz, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

Beneficios potenciales e inconvenientes
Su contribución permitirá comprender mejor los patrones de respuesta humana ante la institucionalización. Las conclusiones que se extraigan del análisis, formarán parte de un informe final que se entregará a cada uno de los participantes.
Los beneficios del estudio no les repercutirán directamente, inicialmente, pero proporcionará información para mejorar la satisfacción de los usuarios ancianos que viven en Residencias. Su participación en este estudio no le supondrá ningún riesgo.

Compensación económica
No existirá ninguna relación económica entre el investigador principal y sus colaboradores y los participantes.
Su participación en el estudio no le supondrá gasto alguno.
El investigador principal y colaboradores no recibirán compensación económica por su participación en el estudio y no existe ningún conflicto de interés.
Agradeciéndoles su interés y atención,

Fdo. Fernando Guerra Arévalo Jerez de la Frontera a… de..… de 201...

ANEXO M7. *Resolución de aprobación Proyecto Tesis Doctoral Comisión de Doctorado Universidad de Cádiz*

UCA Universidad de Cádiz

NUESTRA REFERENCIA OFICINA DE POSGRADO
ASUNTO : COMUNICACION REGISTRO PROYECTO DE TESIS
FECHA : 24 de julio de 2013

DESTINATARIO:
D. FERNANDO GUERRA AREVALO
SÉNECA 4 PORTAL 1, 3ºB
JEREZ DE LA FRONTERA 11407

UNIVERSIDAD DE CADIZ - REGISTRO AUXILIAR
Salida
0021Nº. 2013000000553 5
25-07-2013 10:30:19

Visto el informe emitido por el Departamento de ENFERMERIA Y FISIOTERAPIA, en relación con el Proyecto de Tesis Doctoral presentado por D. FERNANDO GUERRA AREVALO, con el título de "EXPERIENCIA DE VIDA Y SATISFACCIÓN EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS: CARACTERIZACIÓN DE UNA RESPUESTA HUMANA" bajo la dirección de los Doctores/as Dª./D. CONSUELO LÓPEZ FERNÁNDEZ y Dª./D. JULIO DE LA TORRE FERNÁNDEZ-TRUJILLO, la Comisión de Doctorado de esta Universidad, en aplicación del Acuerdo del Consejo de Gobierno de 3 de abril de 2009 (BOUCA nº 92 de 05/09), por el que se aprueba el nuevo modelo de Programas de Doctorado de la Universidad de Cádiz, regulados por el Real Decreto 1393/2007 de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, acordó con fecha 19/07/2013, la aprobación y el registro del mismo en el expediente del interesado/a.

Contra esta Resolución, que no pone fin a la vía administrativa, podrá interponer recurso de alzada en el plazo de un mes a partir del día siguiente al de la presente notificación ante esta Comisión o ante el Excmo. y Mfco. Sr. Rector de la Universidad de Cádiz, a su elección, según preceptúa el art. 114 de la Ley 4/99 de 13 de Enero (BOE 14/01/99), de modificación de la Ley 30/92 de 26 de Noviembre (BOE 27/11/92), de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

SIGILLUM UNIVERSITATIS GADITANAE

El Presidente de la Comisión de Doctorado

Miguel Ángel Pardo Molénder

ANEXO M8. *Solicitud de colaboración al director del centro.*

Estimado Sr. Director/a Centro Geriátrico San Juan Grande

La intención de esta carta es solicitar la colaboración de su centro en la captación de participantes con capacidades cognitivas conservadas e institucionalizados en el geriátrico de San Juan Grande, para la investigación que lleva de nombre **"Experiencia de vida y satisfacción en ancianos institucionalizados: caracterización de una respuesta humana"**, donde se pretende estudiar los patrones de respuesta humana, para conseguir una mayor comprensión de los mismos. Por ello, esta investigación quiere explora los elementos del discurso de los ancianos que residen en su centro.

Se trata de dos fases bien delimitadas, donde los participantes contestarán a preguntas realizadas por investigadores que serán grabadas.

Las entrevistas tendrán una duración aproximada de entre 30 y 60 minutos y el contenido quedará registrado para su posterior trascripción y análisis.

En la segunda fase, los ancianos contestaran a un cuestionario de datos que explora la inteligencia emocional, la afectividad, y la percepción de ancianos institucionalizados sobre su experiencia de vida y satisfacción.

La tesis pertenece al programa de doctorado en Ciencias de la Salud y cuenta con la aprobación de la Comisión de Doctorado de la Universidad de Cádiz, aprobado el 19/07/2013.

Agradezco de antemano su colaboración y la de la institución, con este proyecto. Reciba un saludo cordial.

Fdo. Fernando Guerra Arévalo

Investigador principal

Máster en Innovación e Investigación en Cuidados de Salud

Jerez, a de de 201....