



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

**FACULTAD DE EDUCACIÓN Y
TRABAJO SOCIAL**

MÁSTER PSICOPEDAGOGÍA

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**EVALUACIÓN DEL BIENESTAR Y LA CALIDAD
DE VIDA EN LAS PERSONAS MAYORES
INSTITUCIONALIZADAS
DENTRO DEL PROYECTO “EN MI CASA”**

ALUMNA: LAURA BARRIOS MARTÍNEZ

TUTORA: M^a A. INMACULADA CALLEJA GONZÁLEZ

CURSO ACADÉMICO: 2014/2015

FECHA: 1/07/2015

“No puedes evitar envejecer, pero no tienes por qué hacerte viejo”

George Burns

AGRADECIMIENTOS

A M^a A. Inmaculada Calleja González, por haberme acompañado y ayudado en la realización del trabajo.

A Olga de Vega Vegas, psicóloga de la Residencia, por su disponibilidad y colaboración.

A todo el equipo de auxiliares del Proyecto “En mi casa”, por su colaboración y realización de los checklists.

A la dirección del centro, ya que sin su aceptación no se habría podido realizar la investigación.

A todas las personas mayores que participaron en este proyecto, ya que sin su colaboración nada de esto hubiera sido posible.

A mis padres, los cuales me han enseñado que todo esfuerzo tiene su recompensa.

Y a mis compañeros, por su ayuda y disposición en todo momento.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	7
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	9
1. LAS PERSONAS MAYORES.....	9
1.1. Definición.....	10
1.2. El envejecimiento.....	10
1.2.1. Definición.....	10
1.2.2. Causas del envejecimiento.....	10
1.2.3. Envejecimiento y demografía.....	11
a) Población envejecida UE.....	11
b) Población envejecida en España.....	13
c) Población envejecida en Castilla y León.....	14
1.3. Características generales de las personas mayores.....	15
1.3.1. Cambios biológicos.....	15
a) Cambios físicos.....	15
b) Cambios sensoriales.....	15
c) Cambios orgánicos.....	16
d) Cambios cerebrales.....	17
1.3.2. Cambios psicológicos.....	17
a) Cambios cognitivos.....	17
b) Cambios de la personalidad.....	18
1.3.3. Cambios sociales.....	18
a) La jubilación.....	18
b) La pérdida de los seres queridos.....	19
c) El cuidado de los/as nietos/as.....	19
d) La marcha de los hijos.....	20
e) Psicopatologías asociadas a la vejez.....	20
2. BIENESTAR.....	21
2.1. Medidas del bienestar.....	23
2.2. Calidad de vida.....	24
2.2.1. Dimensiones de la calidad de vida.....	26
2.2.2. Componentes de la calidad de vida en las personas mayores.....	28
2.2.3. Calidad de vida y variables sociodemográficas.....	29
a) Género.....	29
b) Edad.....	30
c) Estatus económico.....	30
2.2.4. El anciano institucionalizado.....	30
2.2.5. Programas que se llevan a cabo en una residencia.....	31
a) Proyecto “en mi casa”.....	32

3. EVALUACIÓN.....	34
3.1. Tipos de evaluación.....	35
3.2. Evaluación en la vejez.....	35
3.2.1. Características y condiciones del proceso de evaluación en la vejez.....	35
3.2.2. Áreas de evaluación en la vejez.....	36
3.2.3. Técnicas de evaluación en la vejez.....	37
a) La entrevista.....	38
b) Técnicas de observación.....	38
c) El autoinforme.....	39
d) El autorregistro.....	39
e) Checklist.....	39
3.2.4. Objeto y estrategias de evaluación en los distintos agentes del centro residencial.....	40
 METODOLOGÍA.....	 42
1. CONTEXTO.....	42
2. OBJETIVO DEL ESTUDIO.....	43
3. PROYECTO EN MI CASA.....	43
3.1.Participantes.....	43
3.2. Instrumentos de recogida de información.....	47
3.3. Análisis de resultados.....	50
 CONCLUSIONES.....	 79
 BIBLIOGRAFÍA.....	 81

RESUMEN

El presente documento persigue como objetivo general conocer y evaluar el bienestar de la tercera edad en centros institucionalizados, si bien se presta una mayor atención a los usuarios que participan en el Proyecto “En mi casa”, experiencia propuesta por la Gerencia de Servicios Sociales de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, y llevado a cabo en la Residencia “Cardenal Marcelo” de Valladolid. Mediante una serie de registros y observaciones se pretende dar cuenta del nivel de bienestar y calidad de vida de las personas mayores que participan en el proyecto. Se ha contado con la colaboración de 13 residentes, además de 5 auxiliares que participan en el Proyecto.

Palabras clave: bienestar, calidad de vida, vejez, persona mayor, evaluación

ABSTRACT

The general aim of this document is to identify and evaluate the welfare of the elderly in institutionalized nursery centers. That is, if greater attention is paid to the users that participate in the project called “En mi casa; ”an experience proposed by *la Gerencia de Servicios Sociales de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades* which was developed in the nursery home “Cardenal Marcelo” in Valladolid. Through a series of records and observations, the aim is to show the level of welfare and quality of life of the elderly who took part in the project. People who participated in this project are 13 nursery home residents and 5 assistants.

Keywords: welfare, quality of life, old age, the elderly, evaluation

INTRODUCCIÓN

En los últimos años la población ha ido envejeciendo y el bienestar y la calidad de vida pueden estar en aumento. Entre todos los temas expuestos por la coordinación del máster, el tema de la tercera edad pareció muy interesante, aún más a través de la realización de las prácticas en la Residencia Provincial “Cardenal Marcelo” de Valladolid, en las cuales se ha podido observar la implantación del Proyecto “En mi casa”. Es un tema apasionante para poder valorar y analizar el comportamiento, las pautas y condicionamientos del lugar en el que viven y conviven todas las personas mayores.

En relación a las motivaciones de realización de este trabajo, se considera es necesario que nuestros mayores, que han apostado toda su energía y validez cuando eran jóvenes, reciban por las nuevas generaciones toda la ayuda que necesiten para tener la mejor calidad de vida posible en esta última etapa de su vida.

El presente trabajo ha sido elegido con el fin de evaluar el nivel de bienestar y calidad de vida que presentan un grupo de 13 personas ubicados en el Proyecto “En mi casa”, y observar si éstos disponen de una correcta calidad de vida.

En relación al objetivo general del trabajo, podemos decir que éste busca observar y evaluar la calidad de vida y el bienestar en las personas mayores que forman parte de proyecto.

En cuanto al objetivo específico, se pueden destacar:

-Comprobar la eficacia del Proyecto “En mi casa” dentro de un centro institucionalizado.

Dicho trabajo puede contribuir al desarrollo de las competencias generales y específicas del Máster, como son:

- G3. Comunicar las decisiones profesionales y las conclusiones así como los conocimientos y razones últimas que las sustentan a públicos especializados y no especializados, de manera clara y sin ambigüedades.
- E4 Diseñar, implementar y evaluar prácticas educativas, programas y servicios que den respuesta a las necesidades de las personas, organizaciones y colectivos específicos.

El trabajo presentado a continuación cuenta con 3 bloques:

En primer lugar, se expone una fundamentación teórica, la cual contextualiza el trabajo para su comprensión global y el entendimiento de las conclusiones a las que se

llegan. A lo largo de este apartado se espera que el lector adquiera una visión global de cuáles son los conceptos de envejecimiento, bienestar, calidad de vida...además de cambios que se producen en la vejez o el concepto de evaluación con diferentes instrumentos.

En segundo lugar se profundiza en la metodología y el análisis de resultados, en la cual se desarrollan los diferentes instrumentos de recogida de información utilizados para la puesta en práctica de la evaluación. Dentro de este apartado se pueden contemplar diferentes instrumentos, como son: MEC, Índice de Barthel, rejillas de observación y checklists.

Por último, se llega a la conclusión del análisis de los datos, en la cual se dará respuesta al análisis de datos y se propondrá alguna sugerencia de mejora.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1. LAS PERSONAS MAYORES

1.1. Definición

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una persona "es mayor cuando alcanza los 60-65 años de edad, independientemente de su historia clínica y su situación particular". Es decir, cuando hablamos de este colectivo no nos referimos solo a las personas jubiladas o con gran deterioro físico, sino también aquellas que disponen de sus facultades mentales por completo, tienen una correcta condición física y están activas en la sociedad, pero debido a su edad, se las incluye dentro del colectivo de personas mayores. En este caso, hay diversidad de opiniones según diferentes autores. Hay autores que distinguen entre adultos mayores y ancianos, considerando adultos mayores a las personas entre 60 y 75 años, y ancianos a las personas de 80 años en adelante. Además, tampoco lo interpretan siempre desde el mismo punto de vista, asociando la vejez a la sabiduría o a enfermedad o muerte. Según Ramos, Meza, Maldonado, Ortega y Hernández (2009), en algunas culturas antiguas, como en Mesoamérica, otorgaban a la vejez el papel de sabiduría y experiencia, mientras que en otras culturas era contemplada como una etapa amarga e indeseable a la que los individuos no querían llegar.

Sin embargo, muchos autores están de acuerdo en que todas las personas, con el paso del tiempo, experimentan una etapa de envejecimiento, es decir, un proceso inalterable e inapelable en el que se producen cambios psicológicos, biológicos y sociales, y lleva consigo una fase de crecimiento pero también de deterioro, en la que actúan variables biológicas, psíquicas y sociales. Por lo tanto, podríamos decir que no todas las personas envejecen de la misma forma, sino que este curso de la vida está realmente influenciado por las características individuales de cada persona, como su economía, el estado de salud, o por ejemplo la educación que han recibido. Tanto es, que nos encontramos con personas mayores que a los 70, 75 y 80 años son capaces de vivir de forma autónoma e independiente, y personas mayores menores de 65 años incapaces de vivir de forma autónoma e independiente y necesitan cuidados y ayudas para poder vivir satisfactoriamente.

Así pues, podemos concluir con la idea de que no podemos marcar una edad para definir a las personas mayores, sino que todo depende de las características personales y las necesidades que presente cada sujeto.

1.2. El envejecimiento

1.2.1. Definición

Existen varias definiciones de envejecimiento, entre las cuales nos encontramos: Según Buendía (1997), se entiende por envejecimiento:

Todas aquellas modificaciones morfológicas, psicológicas, fisiológicas, bioquímicas que aparecen en nuestro organismo como consecuencia de su funcionamiento en el tiempo; no es éste el que produce los cambios sino el complejo funcionamiento fisiológico en el tiempo de nuestra vida y de los riesgos que encuentra. (p. 21).

Según Schneider y Rowe (citado en Pinazo y Sánchez, 2005), "el envejecimiento es el deterioro progresivo de un organismo vivo tras alcanzar su madurez de forma y función y que es universal, progresivo, intrínseco y degenerativo". (p. 95).

Además, Pinazo y Sánchez (2005) afirman que:

El envejecimiento es una realidad del ser humano, que debe considerarse a nivel individual y que por la evolución demográfica y social hace que deba ser además considerado como un fenómeno colectivo. (p. 93).

Finalmente, tal y como señala Fernández-Ballesteros (2009), "el envejecimiento de la población puede considerarse como una de las revoluciones demográficas más importantes a lo largo de la historia de la humanidad". (p.25).

1.2.2. Causas del envejecimiento

Según menciona el Imsero, y desde el punto de vista psicológico, nos encontramos con diferentes causas del envejecimiento, como son: el incremento de la esperanza de vida o el cambio en los patrones de enfermedad y muerte.

En cuanto al incremento de la esperanza de vida, cabe destacar el aumento del número de supervivientes de más de 65 años. Esto provoca el rejuvenecimiento de la estructura poblacional, aumenta la cantidad de personas mayores y por lo tanto se produce un sobre-envejecimiento de la población mayor. Y en relación a los patrones de enfermedad y muerte, podemos observar un gran cambio y continuas mejoras en los

cuidados sanitarios, la rehabilitación de las personas mayores y las industrias farmacéuticas, lo que favorece una posposición de la discapacidad y la muerte.

Además, Según Grundy (citado en Pinazo y Sánchez, 2005), y desde el punto de vista sociológico o demográfico, tres son las causas por las que se produce el envejecimiento de la población, las cuales son: la disminución de la tasa de natalidad, la disminución de la mortalidad y las migraciones.

La primera causa por la que se produce un envejecimiento de la población es la disminución de la tasa de natalidad, siguiéndola la disminución de la mortalidad. En primer lugar se produce el descenso de la mortalidad infantil, y a continuación de las personas mayores, lo cual conduce al envejecimiento de la población. Además la tercera causa a tener presente son las migraciones, la cual puede aportar efectos muy diferentes, siendo por un lado causante del envejecimiento si en el país se quedan personas mayores debido a la emigración de jóvenes, o todo lo contrario, si el país recibe inmigración, reciben a gente joven, lo cual hará que se produzcan tasas de natalidad y un rejuvenecimiento de la población.

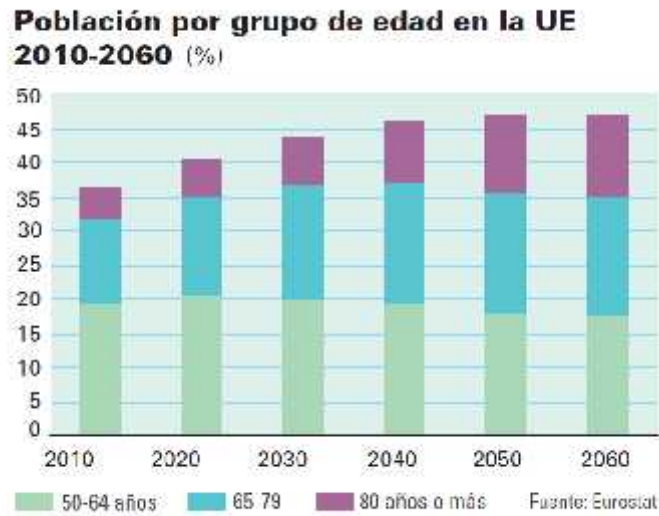
1.2.3. Envejecimiento y demografía

El aumento de la población mayor de 65 años se debe a diversas causas, explicadas anteriormente. Este aumento de la población seguirá aumentando en los próximos años y ello llevará a la producción de cambios sociales y económicos.

a) Población envejecida Unión Europea

La población envejecida en la Unión Europea se puede observar en la figura nº1, tomada del Instituto Nacional de Estadística en Octubre de 2012.

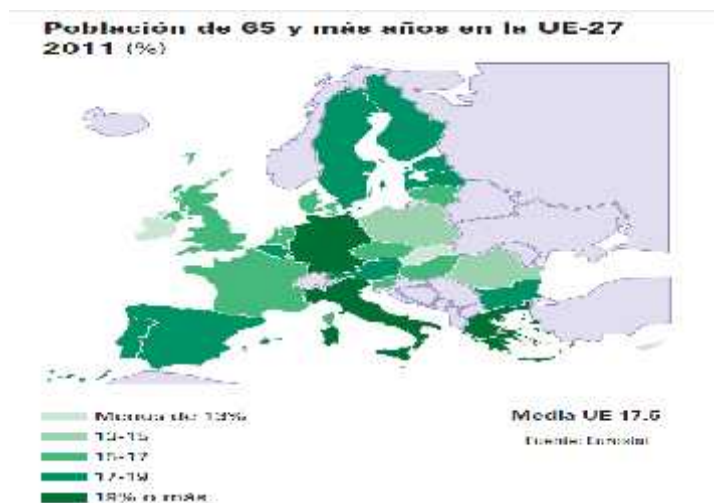
Figura 1: INE. Año Europeo del envejecimiento activo y la solidaridad intergeneracional.10/2012.



En este gráfico podemos observar cómo la población por grupo de edad en la UE tendrá un aumento en los próximos años. España no será el único país con un aumento de la población envejecida, aunque Europa será el continente con un crecimiento negativo en los próximos 50 años y con la mayor edad mediana del resto del mundo. (INE, 2012).

En la figura nº 2 se puede observar la población de 65 y más años en la Unión Europea durante el año 2011, tomada del Instituto Nacional de Estadística.

Figura 2: INE. Año Europeo del envejecimiento activo y la solidaridad intergeneracional.10/2012.



En Europa, los países con mayor número de personas mayores de 65 años son Italia, Alemania y Grecia, con un 19% o más de estas personas, seguidos de España, Finlandia y Suecia entre otros, con un porcentaje entre 17 y 19%.

b) Población envejecida en España

La población mayor de 64 años en España a 1 de Julio de 2012 se puede apreciar en la tabla nº1, tomada del Instituto Nacional de Estadística en Octubre de 2012.

Tabla 1: INE. Año Europeo del envejecimiento activo y la solidaridad intergeneracional.10/2012.

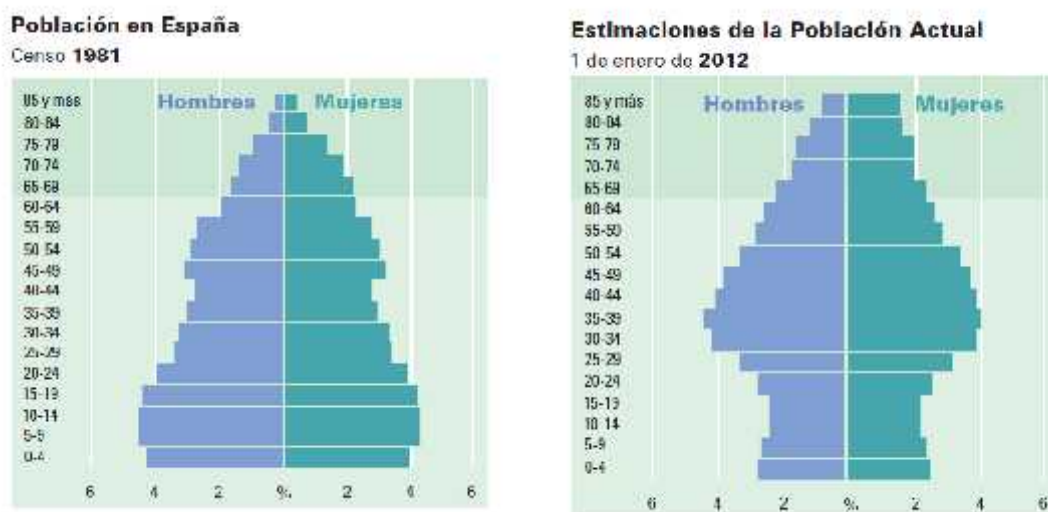
Población mayor de 64 años en España
A 1 de julio de 2012

Edad (años)	Total	% mujeres
Mayor de 64	8.106.652	57,3
65-69	2.210.557	52,8
70-74	1.758.586	54,4
75-79	1.681.210	57,1
80-84	1.317.219	60,6
85-89	763.519	65,1
90-94	296.230	69,8
95-99	70.192	75,1
100 o más	9.139	73,1

En España nos encontramos con 8.106.652 personas mayores de 64 años a fecha de 1 de julio de 2012, lo que representa un 17,6% de la población. De los 8,1 millones de este colectivo de personas, el 57,3% de la población son mujeres.

A continuación en la figura nº3 se puede observar la población en España en el año 1981 en comparación con las estimaciones de la población actual a 1 de enero de 2012.

Figura 3: INE. Año Europeo del envejecimiento activo y la solidaridad intergeneracional.10/2012.



En estas dos imágenes podemos observar cómo la población mayor de 65 años ha aumentado de manera considerable en los últimos años, la cual va teniendo mayor peso que la población joven. Esto se debe, como ya hemos mencionado antes, a que la esperanza de vida es mayor que hace algunos años y ha habido un descenso considerable en las tasas de natalidad.

c) Población envejecida en Castilla y León

La población mayor de 64 años por comunidades autónomas a 1 de enero de 2012 se puede observar en la figura nº4, tomada de la información recogida en el Instituto Nacional de Estadística en Octubre de 2012.

Figura 4: INE. Año Europeo del envejecimiento activo y la solidaridad intergeneracional.10/2012



En España, las comunidades autónomas con mayor número de personas mayores se sitúan en el noroeste de la península, dentro de las cuales Castilla y León es la CCAA con mayor número de estas personas, siendo de un 22,9%, seguida de Asturias, con 22,5% y Galicia, 22,4%. Además, Aragón y Navarra superan el 20%.

1.3. Características generales de las personas mayores

1.3.1. Cambios biológicos

a) Cambios físicos

Uno de los signos más evidentes producidos durante el envejecimiento es el cambio de la estructura de la piel, la cual se vuelve más seca, más fina y menos elástica. Según Feldman (2007) la piel se vuelve más flácida y arrugada debido "a que pierde elasticidad y colágeno, la proteína que forma las fibras básicas del tejido corporal" (p.596). Además se producen cambios en el cabello y la estatura. En cuanto al cabello, éste se vuelve mucho más fino, es el momento de la aparición de canas y en muchos casos acaba siendo totalmente blanco. En relación a la estatura, según Feldman (2007), "el individuo puede volverse perceptiblemente más pequeño, llegando a encoger hasta 101 milímetros" (p.596).

b) Cambios sensoriales

En este apartado se hará referencia principalmente a los cambios sensoriales que ocurren en personas de avanzada edad, en concreto a la vista y al oído.

En relación al sentido de la vista, cabe destacar la pérdida de capacidad visual. Según Stassen y Thompson (2001):

Aunque sólo el 19 por ciento de las personas mayores no necesita lentes correctoras, el otro 80 por ciento puede ver perfectamente con gafas. El 10 por ciento restante tienen problemas graves de visión, incluso con lentes correctoras. (p. 145).

En estas edades podemos encontrarnos con una disminución en el tamaño de la pupila, así como la agudeza visual y la discriminación de colores. Además el cristalino tiene menor transparencia y mayor espesor, por lo que dificulta la llegada de luz a la retina y la visión de lejos empeora.

Durante esta etapa aparecen tres principales enfermedades oculares, las cataratas, el glaucoma y la degeneración senil de la mácula.

En primer lugar, la aparición de cataratas, que según el Instituto de Microcirugía Ocular (IMO), consiste en "la pérdida de transparencia del cristalino", el cual se vuelve opaco e "impide el paso nítido de la luz a la retina". En segundo lugar otro problema grave encontrado en estas edades es el glaucoma, que se produce cuando "el paciente tiene dificultades para que el humor acuoso salga del espacio que lo contiene. Como consecuencia se produce un aumento de la presión intraocular y un daño en el nervio óptico", el cual si no se trata puede causar la pérdida completa de la visión, aunque, al igual que las cataratas, se puede corregir a través de la toma de fármacos o de cirugía láser. Y por último, destacar la degeneración senil de la mácula, o también llamada degeneración macular asociada a la edad (DMAE), causa principal de la ceguera en las personas mayores de 65 años, que consiste en "una enfermedad degenerativa de la zona central de la retina, o mácula, que provoca un deterioro progresivo de las células y del epitelio pigmentario de la retina, y como consecuencia se produce una pérdida de visión central".

Además, en relación a la audición, según Havik (1986) (citado en Stassen y Thompson, 2001) "una de cada cuatro personas de edades comprendidas entre los 65 y los 80 años, es decir, un tercio del total de los ancianos, presenta problemas auditivos". (p. 146). Muchas de las personas de estas edades suelen rechazar los aparatos de audición, ya que los consideran un objeto de vejez y prefieren dejar de oír a que se les considere personas viejas. Éstos tienen problemas relacionados con las conversaciones, el desciframiento de palabras transmitidas por teléfono o captar sonidos con una frecuencia muy alta. Según Coni y Cols (1992) (citado en Stassen y Thomson, 2001), "otro trastorno auditivo que se desarrolla a veces es el tinnitus, que consiste en un zumbido o tintineo en los oídos y que sufre el 10 por ciento de los viejos". (p.147).

c) Cambios orgánicos

En cuanto a los cambios orgánicos nos encontramos con que "algunos sistemas corporales se deterioran con mucha rapidez mientras que otros permanecen intactos" (Papalia, Wendhos y Dushkin, 2001, p.560). Podemos decir que con respecto a los cambios orgánicos, estos se producen entre otros en el aparato locomotor, el digestivo, el sistema respiratorio y el cardiovascular.

d) Cambios cerebrales

Burke y Barnes (2006) y Finch y Zelinski (2005) (citados en Papalia, Wendhos y Dushkin, 2001) destacan que:

En las personas normales saludables, los cambios en el cerebro durante la vejez suelen ser sutiles, hacen poca diferencia entre el funcionamiento y varían de manera considerable de una persona a otra, de una región del cerebro a otra y de un tipo de tarea a otra. (p. 561).

Además, Feldman (2007) afirma que:

El cerebro se hace más pequeño y más ligero con la edad, aunque, en ausencia de enfermedades, conserva su estructura y función. A medida que el cerebro se encoge, se separa del cráneo, y la cantidad de espacio entre el cerebro y el cráneo se duplica de los 20 a los 70 años. (p.597)

1.3.2. Cambios psicológicos

a) Cambios cognitivos

A nivel cognitivo, diversas investigaciones muestran que las capacidades intelectuales se ven alteradas con la edad. En este caso, la inteligencia, la memoria y la atención tienen un leve declive, lo cual va a influir en el aprendizaje de las personas mayores.

En relación a la inteligencia, los investigadores suelen utilizar la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS) para medir la inteligencia de las personas mayores. Botwinick (1984) (citado en Papalia, Wendhos y Dushkin, 2001) afirma que:

En las cinco subpruebas de la escala de desempeño, las calificaciones disminuyen con la edad, y en las seis pruebas que componen la escala verbal, las calificaciones sólo decrecen de manera ligera y gradual, lo cual se conoce como el patrón clásico de envejecimiento. (p. 574).

En cuanto a la memoria, numerosos autores afirman también que ésta se altera a medida que avanza la edad. Read y Lindsay (1994), (citado en González, 2000), exponen que "la memoria cambia con la llegada del envejecimiento". Sin embargo, Perlmutter y Hall (1992) afirman que "los cambios en la memoria se producen por la edad en base a capacidades y contenidos, de forma que las capacidades tienen en cuenta las estructuras y los procesos pueden decaer con la edad, mientras que los contenidos pueden, incluso, aumentar". (p. 476).

Por último, en relación a la atención, González et al. (2000) afirman que ésta comienza a disminuir alrededor de los 64 años, siendo para algunos autores por causas biológicas y para otros debido a factores motivacionales y emocionales. (p. 475).

b) Cambios de la personalidad

A nivel personal, muchas investigaciones muestran que los cambios de personalidad en las personas mayores no se producen de manera notable, por lo que tienen una cierta estabilidad. Numerosos estudios se han centrado en varias dimensiones de la personalidad: el egocentrismo, la dependencia, la introversión, la cautela, la conformidad o por ejemplo la creatividad, dando como resultado que ninguna de ellas se modifica con la edad. La principal conclusión que podemos sacar de los estudios realizados es la estabilidad del comportamiento, es decir, que la personalidad no se altera con la vejez a no ser que se produzcan una serie de cambios patológicos.

1.3.3. Cambios sociales

La vejez también implica una serie de cambios sociales, como la pérdida de los seres queridos, la jubilación, la marcha de los hijos, el cuidado de los nietos o por ejemplo la aparición de posibles enfermedades, cambios que deberán ir aceptando y asimilando para así poder envejecer de forma realmente feliz.

a) La jubilación

Otro aspecto importante que se produce en las personas mayores es la jubilación, y el momento y la decisión de jubilarse. Por un lado, para muchas personas la jubilación es algo negativo, supone desvincularse de la vida laboral y no sentirse satisfechos sin trabajar, debido a no encontrar ningún tipo de satisfacción fuera del trabajo, no saber en qué emplear su tiempo libre y cayendo en la rutina y monotonía. Por otro lado, hay otras personas que consideran la jubilación como un aspecto realmente positivo, ya que podrán disfrutar del tiempo libre y realizar todo aquello que no han podido hacer durante el tiempo trabajado.

Pese a todo esto, Feldman (2007) destaca que "cualquiera que sea la razón para jubilarse, el individuo suele pasar por una serie de etapas" (p.641). Una primera etapa denominada "luna de miel", en la que el individuo disfruta de su tiempo de ocio realizando actividades que antes no pudo hacer. La segunda etapa, el "desencanto", en la cual la persona observa que la jubilación no es lo que esperaba y se siente

insatisfecho por la falta de trabajo y por no saber en qué ocupar el tiempo libre. La tercera etapa es la "reorientación", en la que el jubilado se pregunta qué hacer con su vida y busca actividades que le mantengan activo y le entretengan. La cuarta etapa se denomina "rutina de jubilación", y la persona se adapta al periodo de jubilación y se siente realizado. Y la quinta etapa y última, la "terminación", en la cual aparecen ciertos problemas de salud que impiden a la persona desenvolverse con cierta autonomía. Según este autor, no todas las personas pasan por todas las etapas, y para muchas de ellas la jubilación es una etapa satisfactoria, en la que se encuentran libres y pueden realizar todo aquello que les hace felices.

b) La pérdida de los seres queridos

Uno de los momentos más dolorosos a los que hay que enfrentarse a lo largo de la vida es la muerte de un ser querido. Es un momento en el que la familia tiene que adaptarse y aprender a vivir sin el ser querido, es el denominado "duelo". Este momento puede crear en las personas mayores un estado de depresión.

Según Mullan, Pearlin y Skaff (1992), (citados en Warner y Willis, 2003), el proceso de adaptación comprende tres etapas:

La pérdida supone distanciarse de una parte de la propia vida que estaba emocionalmente pegada; el dolor implica las reacciones emocionales, cognitivas y perceptivas ante la pérdida de un ser querido; y la recuperación implica la reestructuración de la vida y usar los recursos de apoyo que permitan continuar sin la persona que ha muerto. (p.45).

El tiempo que transcurre de unas etapas a otras es diferente de unas personas a otras. Con el paso del tiempo terminan adaptándose a la pérdida y continúan su vida con la mayor normalidad posible.

c) El cuidado de los/las nietos/as

Según Kahana y Coe (1969) la investigación más precoz minimizaba el papel de ser abuelo/a, diciendo que este papel casi no tenía significado para la mayoría de los individuos. En estudios posteriores se han podido observar diferentes estilos y roles de ser abuelos/as. Dentro de los diferentes roles que desempeñan los abuelos, nos encontramos con el papel de cuidadores. Ya Neugarten y Weinstein (1964) introdujeron el rol de cuidador, el cual implica asumir responsabilidades diarias en el cuidado de nietos/as. Este rol de cuidadores produce satisfacción a los abuelos/as, pero en ocasiones

produce cierta ansiedad y demasiada sobrecarga, en especial para las abuelas, siendo el cuidado de los nietos/as una actividad añadida en sus tareas diarias. Los abuelos/as consideran necesario el cuidado de sus nietos/as cuando sus hijos tienen que trabajar, lo consideran su obligación, apareciendo un sentimiento de culpa si no cumplen con su deber.

Según Wood y Robertson (1976) varios son los estilos que aparecen en el cuidado abuelos-nietos, resumiéndose éstos en:

Permisivos: aceptan todo lo que les pide los nietos/as, les miman.

Simbólicos: solo hacen lo moralmente correcto.

Individualistas: los nietos son el camino para mantenerse al hacerse viejos y solitarios.

Lejanos: ponen un pequeño énfasis en un aspecto de la relación o en el ser abuelo en general.

d) La marcha de los hijos

Cuando los hijos se emancipan, es normal que los padres sientan un vacío, sientan soledad, tristeza o desmotivación. Aparece el llamado “síndrome del nido vacío”, etapa de la vida que dura unos meses, tiempo en el que los padres tienen que aceptar la marcha de sus hijos después de haber vivido toda la vida con ellos. Este síndrome suele aparecer a los 50-60 años, coincidiendo con el momento de la jubilación, por lo que los padres tienen más tiempo para “pensar”. Si la tristeza y la depresión aparecen de forma atenuada, es necesario buscar un correcto tratamiento para poner fin al sufrimiento por la marcha de los hijos.

e) Psicopatologías asociadas a la vejez

En primer lugar, cabe destacar la posible presencia de la depresión en la vejez.

Según Ferrey, Le Goues y Bobes (1994), tristeza, enlentecimiento y trastornos somáticos son los tres elementos que más se muestran en la depresión del anciano y los que mejor ayudan a configurar un diagnóstico de depresión.

La depresión en las personas mayores es un importante problema de salud mental dado su alto riesgo de suicidio y las numerosas dificultades para identificarlo de forma correcta. Además cabe mencionar la existencia de diferentes trastornos cognitivos y demencias que pueden aparecer en la tercera edad, como pueden ser el Alzheimer, la enfermedad de Pick o la demencia por cuerpos de Lewy, haciendo especial hincapié en

la más frecuente, el Alzheimer. Las causas pueden ser diversas, desde la edad, el sexo o la herencia familiar hasta un factor genético o factores medioambientales. Los síntomas característicos de esta enfermedad son la pérdida de las capacidades mentales (demencia), y los cambios en la personalidad.

Una vez tratado el concepto de envejecimiento, las características y la población envejecida, además de profundizar en las características generales de las personas mayores, se tratará a continuación el concepto de bienestar, así como el de calidad de vida.

2. BIENESTAR

Uno de los elementos más importantes en la evaluación de la calidad de vida es el bienestar que perciben las personas. El concepto de bienestar psicológico surgió en EEUU y poco a poco se fue precisando debido a la industrialización de la sociedad y la necesidad de mejorar las condiciones de vida.

Según Ryan y Deci (2001), el bienestar psicológico es el proceso de consecución de aquellos valores que nos hacen sentir vivos y auténticos, que nos hacen crecer como personas y no tanto en las actividades placenteras o displacenteras. Podemos encontrarnos con diferentes conceptos que parecen sinónimos, aunque con diferentes matices, como son la satisfacción con la vida, el bienestar emocional, la felicidad y la calidad de vida, la cual se tratará más adelante.

La satisfacción con la vida, según afirman Vázquez y Hervás (2009) (citado en Bisquerra, 2013) es:

Un juicio sobre cómo se considera la propia vida en su totalidad. Puede hacer referencia a toda la vida o a un espacio temporal más específico. También se puede referir a alguna área concreta: relaciones sociales, salud, familia, trabajo, instituciones, ocio, vida sexual, etc. (p.92).

El bienestar subjetivo consiste en la unión de la satisfacción en la vida y un balance afectivo, es decir, un componente cognitivo y uno afectivo. Ya Bradburn (1969) lo definía como el grado en el que un individuo juzga la satisfacción del conjunto de su vida global con la vida que lleva y para Bisquerra (2013) el *bienestar subjetivo* consiste en “una valoración sobre la satisfacción en la vida” (p. 92).

Este tipo de bienestar está integrado por un bienestar evaluativo y un bienestar experiencial, definiendo el bienestar evaluativo como la evaluación global de su vida y el experiencial con la experiencia del estado emocional aquí y ahora.

En relación al bienestar experiencial Rath y Harter (2010) preguntaban a los sujetos sobre diez aspectos diferentes:

1. Haber descansado bien durante la noche
2. Sentirse tratado con respeto
3. Sonreír o reír
4. Aprendizaje o intereses
5. Disfrute
6. Dolor físico
7. Preocupación
8. Tristeza
9. Estrés
10. Ira

Gallup y Healthways han descubierto que mejorar el bienestar de los ciudadanos puede traducirse en una mayor calidad de vida y una reducción de los costes sanitarios, entre otros resultados. Esto es particularmente importante entre las personas de mayor edad, quienes tienden a usar el sistema sanitario con mayor frecuencia que el resto de grupos de edades. (<http://www.gallup.com/businessjournal/181877/espa%C3%B1a-bienestar-social-vital-para-envejecer-con-salud.aspx>).

Según Bisquerra (2013) y gracias a diferentes estudios realizados sobre este concepto, varios son los factores predictivos que influyen en el bienestar (p.101):

- a) Relaciones sociales y familia
- b) Amor y relaciones sexuales

Ambos hacen referencia al bienestar social, y en concreto al subjetivo. Las relaciones sociales son aquellas relaciones con otras personas en general, desde amigos y compañeros de trabajo hasta relaciones profesionales o vecinos. Estas relaciones suelen ser más distantes que las relaciones de familia, más próximas e interpersonales.

En relación al amor y las relaciones sexuales, podríamos decir que las primeras se caracterizan por el grado de afecto sin llegar a la máxima

intimidad, mientras que en las segundas se dan relaciones de máxima intimidad y afectividad máxima.

c) Satisfacción profesional.

Según Bisquerra (2013), “el grado de satisfacción en el trabajo está en función del nivel profesional. Los trabajadores de alto nivel tienen a proporcionar más satisfacción que los trabajos de bajo nivel” (p.128).

d) Actividades de tiempo libre

Estas actividades se relacionan con el bienestar hedónico, es decir, el placer.

e) Salud

La salud está relacionada con el bienestar físico. Tenemos bienestar físico cuando tenemos salud. Según Bisquerra (2013), “la buena salud física de una persona no es sólo consecuencia del azar, sino sobre todo de las acciones intencionales de la persona”.

f) Características socioeconómicas

Satisfacer las necesidades básicas de carácter material es esencial para la supervivencia y el bienestar. Desarrollándonos económica y tecnológicamente, alcanzaremos el bienestar material.

g) Características personales

En todas las investigaciones realizadas sobre bienestar subjetivo, bien sea evaluativo o experiencial, las personas responden de forma subjetiva según lo que ellos mismos perciben.

2.1. Medidas del bienestar

Según Ryff (1989), el bienestar psicológico es entendido como el resultado de una evaluación valorativa por parte del sujeto con respecto a cómo ha vivido. Además, Ryff y Keyes (1995) señalan que el bienestar psicológico es un concepto complejo y multidimensional relacionado con la satisfacción y la calidad de vida.

Las dimensiones del bienestar planteadas por Ryff (1995) (citado en Véliz, 2012) en su escala son:

1. La auto-aceptación: Se relaciona con el hecho que las personas se sientan bien consigo mismas siendo conscientes de sus limitaciones. Tener actitudes

positivas hacia uno mismo es una característica fundamental del funcionamiento psicológico positivo.

2. Relaciones positivas: Se requiere mantener relaciones sociales estables y tener amigos en los que pueda confiar. La capacidad para amar y una afectividad madura es un componente fundamental del bienestar y de la salud mental.
3. Dominio del entorno: Habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para sí mismos. Las personas con un alto dominio del entorno poseen una mayor sensación de control sobre el mundo y se sienten capaces de influir sobre el contexto que les rodea.
4. Autonomía: Evalúa la capacidad de la persona de sostener su propia individualidad en diferentes contextos sociales. Se espera que personas con altos niveles de autonomía puedan resistir mejor la presión social y autorregular mejor su comportamiento.
5. Propósito en la vida: Se requiere que la persona tenga metas claras y sea capaz de definir sus objetivos vitales. Un alto puntaje en esta subescala indicaría que se tiene claridad respecto a lo que se quiere en la vida.
6. Crecimiento personal: Evalúa la capacidad del individuo para generar las condiciones para desarrollar sus potencialidades y seguir creciendo como persona.

2.2. Calidad de vida

Pinazo y Sánchez (2005) afirman que:

Si el estudio del bienestar psicológico tiene sus orígenes en los años 50, el concepto más amplio de calidad de vida no apareció en la literatura científica hasta la segunda mitad de los 60, y se consolidó en los 70. (p. 118).

Además, para García (2005):

El concepto calidad de vida no es nuevo, la aparición en 1974 de la publicación social Indicators Research marcó un hito en el estudio científico de la calidad de vida. En 1977 este término se convirtió en categoría de búsqueda en el índice Medicus, y en palabra clave en sistema Medline, aunque realmente su uso llegó a ser popular entre los investigadores de la salud durante la década de los 80. (p.120).

Una de las definiciones más importantes es la del Grupo de Estudios de Calidad de Vida, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que define calidad de vida como "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).

Además, Yanguas (2006), (citado en Molina, Meléndez, y Navarro) afirma que:

La calidad de vida es un concepto multidimensional que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos, incluye un número diverso de ámbitos de la vida, refleja las normas culturales de bienestar objetivo y otorga un peso específico diferente a los distintos ámbitos de la vida considerados más importantes para algunas personas que para otras. (p.313).

En los últimos años el término calidad de vida ha sido definido de diversas formas según diferentes autores. A continuación en la tabla nº 2 se exponen diferentes definiciones de la calidad de vida, según las aportaciones tomadas de Urzúa y Caqueo-Urizar.

Tabla 2.- Definiciones calidad de vida (Urzúa y Caqueo-Urizar,).

Referencia	Definición propuesta
Ferrans (1990b)	Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.
Hornquist (1982)	Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural.
Lawton (2001)	Evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo.
Haas (1999)	Evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al que se pertenece.
Bigelow et al., (1991)	Ecuación en donde se balancean la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar.
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 sus experiencia individual presente.
Martin & Stockler (1998)	Tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad a menor intervalo, mejor calidad de vida.
Opong et al., (1987)	Condiciones de vida o experiencia de vida.

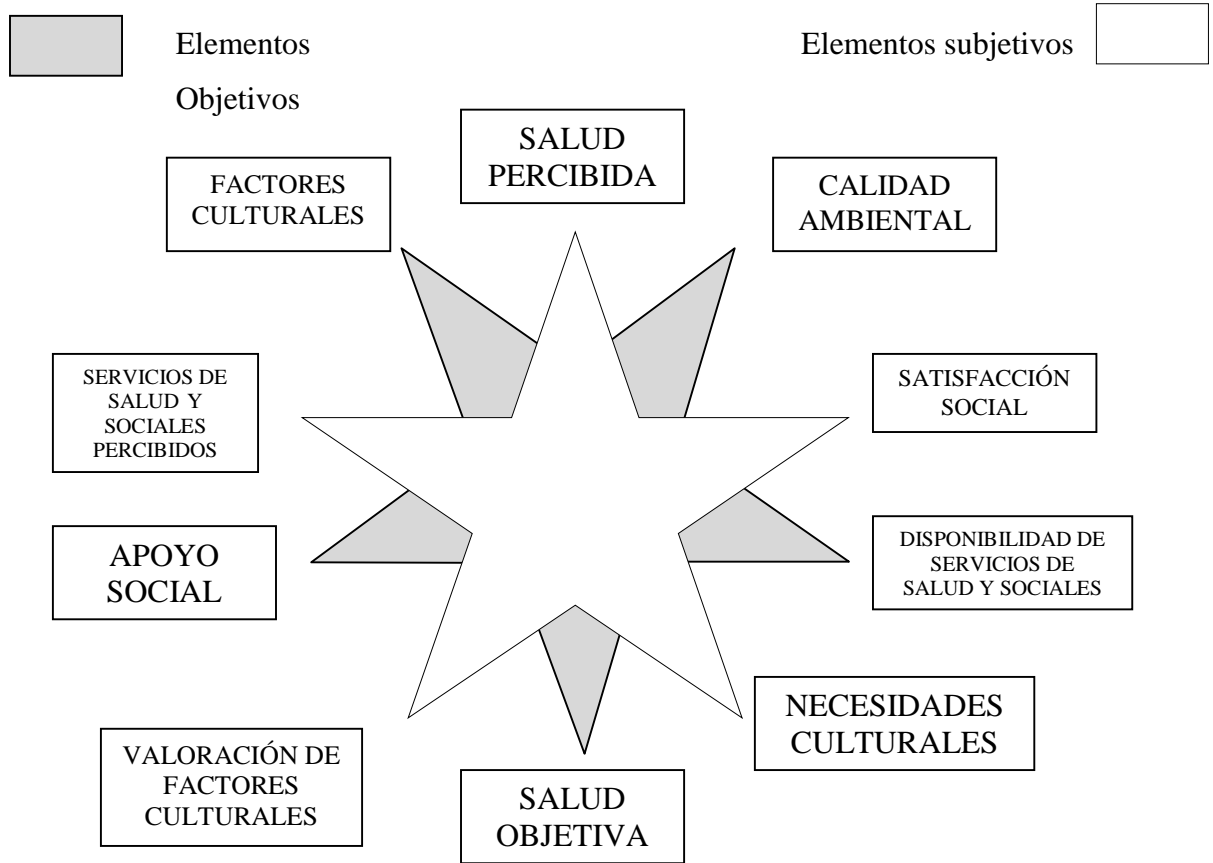
2.2.1. Dimensiones de la calidad de vida

Fernández- Ballesteros (1996), muestra la necesidad de contemplar elementos de naturaleza tanto objetiva como subjetiva, y propone dos dimensiones de la calidad de vida: la dimensión objetivo-subjetiva y la personal-socio.ambiental.

La figura nº 4 muestra los elementos objetivos y subjetivos en la calidad de vida, tomada de las aportaciones de Fernández- Ballesteros en el año 1996.

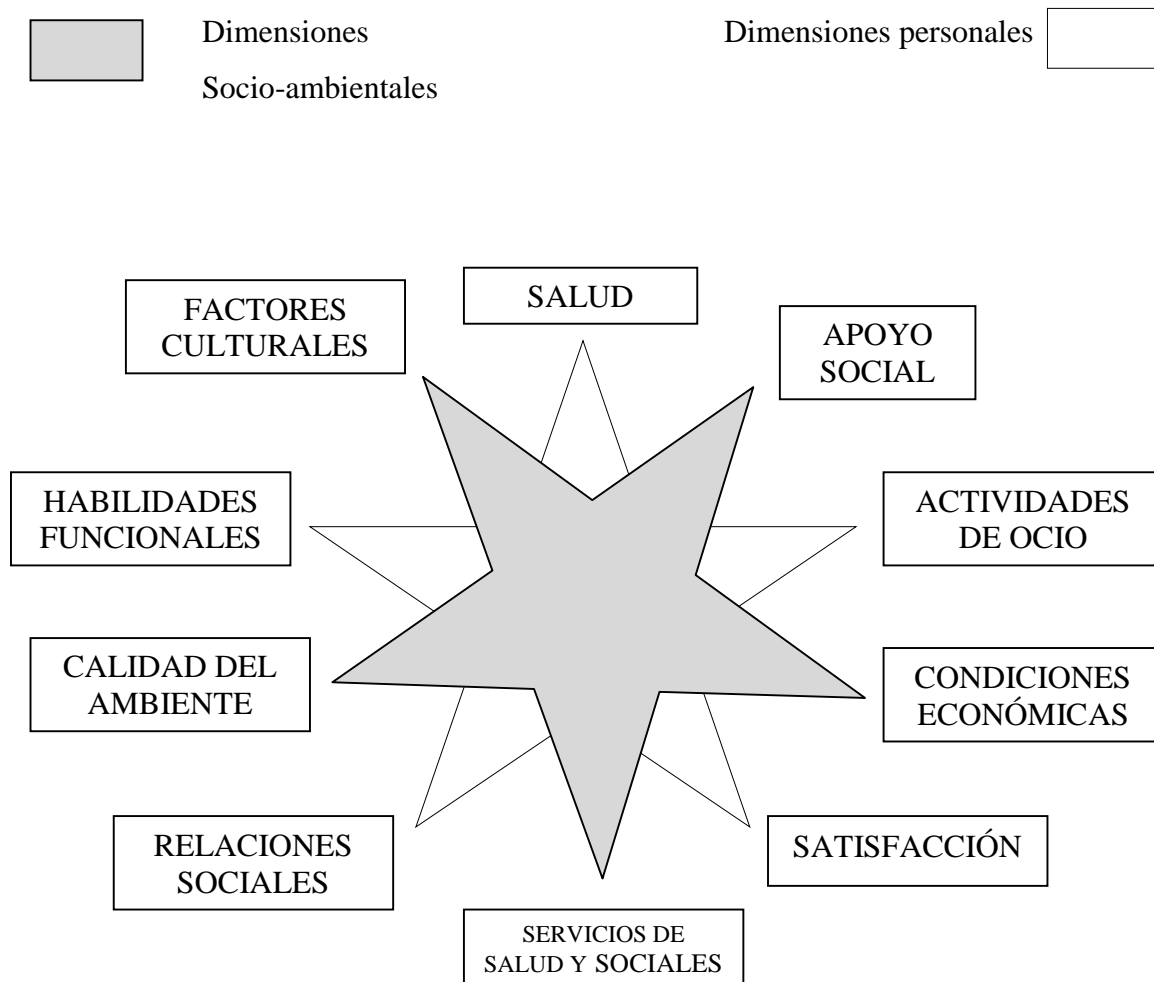
Figura 4.- Dimensiones de la calidad de vida. Calidad de vida en la vejez en distintos contextos (Fernández- Ballesteros, 1996)

ELEMENTOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS EN LA CALIDAD DE VIDA



Las dimensiones de la calidad de vida se pueden observar en la figura 5, tomada de las aportaciones de Fernández- Ballesteros en 1996.

Figura 5.- Dimensiones de la calidad de vida. Calidad de vida en la vejez en distintos contextos (Fernández- Ballesteros, 1996)



2.2.2. Componentes de la calidad de vida en las personas mayores

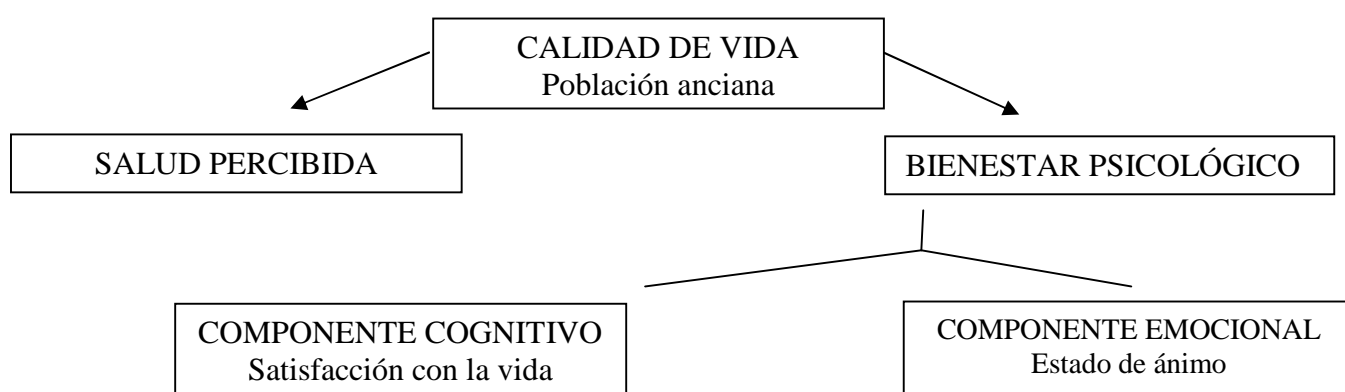
Según Martínez y García (1994) (citado en García Martín, M.A., 2001), "la calidad de vida en la población anciana pasa por la consideración de tres componentes o dimensiones: (p. 44).

1. La autovaloración de la salud: La mayoría de las personas afirma que tener buena salud es el principal aspecto para tener una correcta calidad de vida.

2. La percepción de satisfacción con sus propias ideas: Si una persona está satisfecha con sus ideas, mejorará de forma considerable su calidad de vida.
3. El estado de ánimo que presentan: se ha comprobado que un buen estado de ánimo fortalece la calidad de vida. En concreto la risa es uno de los aspectos más beneficiosos para la salud y el bienestar.

La figura 6 muestra la calidad de vida en la población anciana, tomada de las aportaciones de Fernández- Ballesteros en 1996.

Figura 6.- Calidad de vida en la vejez en distintos contextos (Fernández- Ballesteros, 1996)



2.2.3. Calidad de vida y variables sociodemográficas

a) Género

Antiguamente se creía que los varones tenían niveles superiores de bienestar en comparación con las mujeres, pero más adelante se pudo comprobar que eso no era cierto comprobándolo mediante variables como la edad, la salud, la viudedad o por ejemplo el nivel socioeconómico. Rubio, Aleixandre y Cabezas (2001), (citado en Pinazo y Sánchez, 2005) hallaron que "para ambos sexos los factores más importantes para la calidad de vida eran la familia, la salud, la vivienda y la situación económica, pero para las mujeres, la familia, la salud, y el entorno en general en el que viven, tienen una importancia mayor sobre la calidad de vida que para los hombres, y en cambio, el trabajo que realizaron tiene mayor importancia para ellos". (p. 125).

b) Edad

Muchos autores afirman que las personas más mayores poseen niveles más elevados de bienestar subjetivo. Durante el envejecimiento existe un alto porcentaje de pérdidas y se produce una disminución de los niveles de calidad de vida. Así pues, George y Clipp (1991) sugirieron que la gente mayor expresa satisfacción bajo condiciones que producirían insatisfacción entre los grupos de edad más jóvenes. Además Mercier, Peladeau y Tempier (1998) afirmaron que las personas mayores con enfermedades mentales poseían mayor satisfacción que los jóvenes con problemas similares.

c) Estatus económico

Cabe destacar la estrecha relación que existe entre la situación económica y la calidad de vida en la tercera edad. En esta etapa de la vida, el nivel de ingresos está determinado en su mayoría por la situación laboral que ha tenido la persona anteriormente. Además, la situación económica está relacionada con el género y la edad. En cuanto a los varones, éstos cobran una pensión por jubilación, y en las mujeres predomina la pensión por viudedad, con un valor inferior. Los hombres han tenido una tasa de actividad contributiva mucho más elevada que las mujeres, lo cual ha imposibilitado que muchas mujeres recibieran una pensión de jubilación adecuada.

2.2.4. El anciano institucionalizado

Según Buendía (1997):

La incorporación del anciano a una residencia conlleva muchas connotaciones sociales, familiares e individuales, que en todo caso suponen un importante cambio que va a marcar indudablemente la vida diaria tanto del anciano como de su familia, incluso antes de que tal acontecimiento se produzca. (p. 235).

Las personas mayores que abandonan sus lugares de residencia de toda la vida para incorporarse a una institución lo suelen hacer por causas diversas, como problemas de salud, la muerte del cuidador o por no poder ser atendidos por los familiares. Ronnberg (1998) alerta del riesgo que supone que algunas residencias prioricen el esmero en el cuidado físico y sanitario en detrimento de la atención a los aspectos psicológicos o afectivos de los residentes.

Algunas investigaciones se han interesado en estudiar hasta qué punto hay diferencias en la calidad de vida de los mayores institucionalizados y los no

institucionalizados. Según los estudios realizados por Pearlman y Uhlmann (1988), un 36 por ciento de las personas mayores que vivían en residencias percibían que su vida en la residencia era tan buena como era posible, en comparación con un 37 por ciento de las personas mayores que residían en sus domicilios. Un 19 por ciento decían que su calidad de vida era pobre en comparación con un 11 por ciento de los residentes en su domicilio. En relación a este estudio, las personas mayores, a partir de preguntas abiertas, aportaron diferentes aspectos positivos y negativos de la vida en una residencia. En relación a aspectos positivos mencionaron el correcto cuidado y facilidades en el acceso a servicios religiosos y actividades sociales, y en cuanto a los aspectos negativos citaron como más significativos la pérdida de privacidad, las comidas y haber tenido que abandonar vínculos emocionales.

Por otro lado, tal y como afirman Cava y Musitu (2000), las personas que residen en instituciones apenas difieren en sus niveles de bienestar autoinformado de los no institucionalizados. A través de este estudio no observaron diferencias en la percepción del estado de salud, los hábitos de vida saludables o por ejemplo el estado de ánimo depresivo. Donde sí encontraron diversas diferencias fue en que las personas institucionalizadas tenían una percepción más elevada en apoyo formal, mayor autoestima social y menor autoestima familiar. Los ancianos institucionalizados tenían una imagen más desfavorable en relación al grado en que son valorados por su familia respecto a los ancianos que residían en sus domicilios. Para finalizar, y según estudios realizados por Fernández-Ballesteros (1997), señaló que no había diferencias significativas en la satisfacción vital de los ancianos institucionalizados y no institucionalizados, aunque analizando dichas variables separadamente, sí aparecían pequeños matices.

2.2.5. Programas que se llevan a cabo en una residencia

A continuación se muestran diversos programas o servicios que pueden realizarse en una residencia de la tercera edad:

- Actividades educativas, tales como talleres (taller de memoria, talleres de apoyo...) o conferencias
- Actividades culturales, como pueden ser excursiones, visitas a museos o centros culturales
- Actividades lúdicas: Carnaval, Semana Santa, Navidad, Halloween...

- Programas de asesoramiento y consulta, en los que la persona mayor será entrenada, lo cual llevará a que el anciano sea capaz de tratarse mejor a sí mismo...
- Otros servicios, como pueden ser: fisioterapia, peluquería, podología, bingo...

a) Proyecto “en mi casa”

A partir de todos los programas que puede haber en una residencia para la tercera edad, actualmente en algunas residencias se está implantando un modelo innovador llamado proyecto “En mi casa”, el cual sigue el modelo de atención centrada en la persona (ACP) y, según la Junta de Castilla y León, “está basado en la calidad de vida y pretende cubrir los deseos explicitados en diversos estudios y foros, relativos a cómo quieren vivir las personas durante ese periodo de su vida”

El nuevo proyecto de atención a personas mayores en el centro residencial apuesta por “hacer de la vivienda alternativa un lugar grato y confortable, lo más parecido al propio hogar, en el que la persona siga manteniendo el control de su vida, se respeten sus derechos y decisiones, y no se interrumpa de forma brusca su proyecto y modo de vida anterior”

Este proyecto apuesta por la autodeterminación de las personas mayores y su fin es ampliar el modelo básico basado en la satisfacción de necesidades y proveer a estas personas de cuidados principalmente sanitarios y asistenciales.

Este modelo tuvo sus comienzos en EE.UU, sin embargo, en España se ha hecho una adaptación al mismo desde la Fundación Matía, la cual ha elaborado 11 cuadernillos con las principales características y métodos de intervención para la aplicación de este modelo, entendiendo este modelo como “el desarrollo de diversas medidas en el entorno físico, social y organizativo, con el fin de promover la calidad de vida de las personas que necesitan cuidado. Es una forma de entender la relación asistencial, donde la persona es protagonista activa, donde el entorno y la organización se convierten en apoyos para desarrollar los proyectos de vida y asegurar el bienestar de las personas” (Fundación Matía, 2011, 1)(p. 11).

El nuevo modelo, asentado en la calidad de vida, propone un cambio en el funcionamiento de las residencias, tanto en las prácticas de la atención, que se fundamentan en la metodología de la “planificación centrada en la persona”, como en la mejora del entorno físico, con la creación de “unidades de convivencia”, que no son

otra cosa que estructuras que intentan reproducir ambientes y dimensiones similares a un hogar. El proyecto pretende un cambio de perspectiva, que las personas mayores se sientan como “en casa”, que se controle su vida respetando sus preferencias, tomando decisiones cotidianas y haciendo énfasis en los principios de autonomía, independencia e intimidad.

Las diferencias entre el Modelo Tradicional y este nuevo modelo “En mi casa” se pueden observar en la Tabla nº3, tomada de la información que nos presentaron en una sesión informativa-formativa los técnicos de la Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León en abril de 2015.

Tabla 3. Tomada de las exposiciones que presentan los técnicos de la Junta de Castilla y León. Modelo tradicional VS nuevo modelo “En mi casa”

Modelo tradicional	Nuevo modelo
El centro, la institución....	Mi hogar / mi casa
Vivir en grandes espacios comunes	Vivir en unidades de convivencia
La prioridad de la salud	La dignidad/ el cuidado
Historia clínica	Proyecto de vida: Autodeterminación
La gestión como eje: La organización, el control, el personal...	El usuario como eje: ¿Qué quiere, como le gustaría vivir, cómo se siente?
Yo sé lo que le conviene	Dime lo que quieres: Existen las limitaciones, pero siempre se puede hacer algo
Cuidar de	Apoyar la autonomía de
Todos para todos: Visión fragmentada de cada profesional	Coordinador personal: Visión global del profesional de referencia
Aquí vas a estar muy bien	Cómo te gustaría vivir
Informamos a la familia	La familia participa

En relación a la autonomía, se pretende que las personas que participan en el modelo sean las encargadas de la elección de horarios en la actividad diaria (cuándo quieren acostarse, levantarse, leer, pasear...), y que además elijan su propia imagen (el vestido, los complementos, el peinado...) los diferentes menús y las actividades que les gustaría realizar.

En cuanto a la planificación centrada en la persona, es importante y necesario realizar historias de vida, en las cuales se reflejan los aspectos más importantes de su vida, con quién se relacionan, lo que son capaces de hacer y sus ilusiones, y proyectos de vida, en los que se recogen sus gustos, preferencias e intereses. Para que la atención

sea más individualizada dispondrán de un profesional de referencia, el cual tendrá como máximo 4 usuarios, y será el encargado de conocer al usuario, prestarle su apoyo, atenderle, interpretar sus deseos y demandas, establecer una relación de afecto e intentar establecer vínculos con las familias. La ratio será de 2 profesionales de atención directa por unidad por las mañanas y de 1.5 por las tardes. Además, se deben evitar las rotaciones por las mañanas, para que no se produzca una estabilidad en el usuario.

Los módulos de convivencia pueden estar formados hasta de 15 personas, los cuales disponen de habitaciones individuales, con un máximo de 2 personas por habitación, y cuentan con una cocina, un cuarto de estar y rincón de lavado. Con el fin de sentirse como en casa, los usuarios pueden colocar elementos personales tanto en sus habitaciones como en las zonas comunes. Para la selección del personal que formará parte del proyecto, se intenta conseguir un grupo voluntario de personas mayores que quieran participar en el proyecto y beneficiarse de la experiencia. Además, los profesionales encargados de llevarlo a cabo se seleccionan también de forma voluntaria, disponiendo de un gran interés y entusiasmo.

El proyecto “En mi casa” es un proyecto por el que está apostando la Junta de Castilla y León y en concreto la Conserjería de Familia, el cual se está promoviendo en diferentes centros de la comunidad, tanto en capital como en provincia.

Una vez tratados los conceptos de bienestar y calidad de vida, además de tratar diferentes programas que se pueden llevar a cabo en una residencia y en concreto el Proyecto “En mi casa”, se expondrá el concepto de evaluación en general, además de diferentes aspectos de la evaluación en relación con la vejez.

3. EVALUACIÓN

Según la RAE, evaluar significa:

1. “Señalar el valor de algo”
2. “Estimar, apreciar, calcular el valor de algo”
3. “Estimar los conocimientos, aptitudes y rendimiento de los alumnos”.

Además, centrándonos en el tipo de evaluación que vamos a utilizar en este trabajo, Fernández- Ballesteros (2004), define la evaluación psicológica como:

Aquella disciplina de la psicología científica que se ocupa de la exploración y análisis del comportamiento (a los niveles de complejidad que se estime oportunos) de un sujeto humano(o grupo especificado de sujetos) con distintos objetivos aplicados (descripción, diagnóstico, selección/predicción, explicación, cambio y/o valoración de los tratamientos o intervenciones aplicadas) (p.23).

3.1. Tipos de evaluación

Nos encontramos con diferentes tipos de evaluación:

Por su finalidad o función	Formativa. Sumativa.
Por su extensión	Global. Parcial.
Por los agentes evaluadores que intervienen	Interna: autoevaluación, heteroevaluación, coevaluación. Externa.
Por el momento de aplicación	Inicial. Procesual. Final.

Como el interés de la evaluación se va a llevar a cabo con las personas mayores nos centraremos en diferentes tipos de evaluación, principalmente en evaluar el proceso desde que comienza hasta que finaliza (evaluación inicial y evaluación final), pasando por una evaluación procesual, evaluando a lo largo de todo el proceso. Además se utilizará una evaluación global, evaluando todos los elementos que se han utilizado en el proceso de enseñanza-aprendizaje y se usarán diferentes tipos de agentes evaluadores en la intervención, centrándonos en una autoevaluación, en la que la propia persona valoriza y evalúa su propia actuación y una heteroevaluación, con la cual una persona se encarga de evaluar lo que otra persona ha realizado.

3.2. Evaluación en la vejez

3.2.1. Características y condiciones del proceso de evaluación en la vejez

Según Fernández- Ballesteros (2009) “evaluar a la persona mayor tiene una serie de características propias” (p. 37).

En primer lugar, la evaluación de la persona mayor debe ser integral y/o multidimensional, es decir, se deben de cubrir todas las condiciones bio-psico-sociales

para llegar a una correcta explicación y un buen control. Es necesario el estudio de diferentes variables, tanto variables biomédicas, como variables personales y ambientales. El fin último de la evaluación en la vejez debe dirigirse a la prevención de discapacidades o por ejemplo la mejora de la autonomía personal y la calidad de vida. El evaluador debe tener en cuenta la mayor fatigabilidad de este colectivo. Para ello, se recomienda realizar tareas breves. En segundo lugar, en las personas mayores es necesaria tanto una evaluación idiográfica como una normativa, para las cuales se utilizarán una serie de instrumentos debidamente estandarizados. Y por último, el evaluador deberá cuidar mucho su relación con el cliente, ya que las personas mayores no están tan familiarizadas como los jóvenes con este tipo de tests psicológicos. Además, tendrá que tener especial cuidado con sus características físicas y sensoriales, ya que alguna persona podría tener problemas visuales o auditivos y será más difícil la puesta en marcha de la exploración psicológica. Para ello, el evaluador deberá comprobar si la agudeza visual del evaluado es suficiente para poder utilizar todos los materiales y comprobar también su capacidad auditiva. Si la persona no oye lo suficientemente bien, es recomendable utilizar la comunicación no verbal.

3.2.2. Áreas de evaluación en la vejez

La OMS (1990) (citado en Fernández- Ballesteros, 2009), especifica las áreas que se deben evaluar en la vejez (p.40):

a) Actividades de la vida diaria:

1. Movilidad física
2. Actividades básicas de la vida diaria (mantenimiento de las funciones de autocuidado básicas).
3. Actividades instrumentales cotidianas (realización de tareas domésticas)

b) Estado funcional (o funcionamiento) en salud mental:

1. Funcionamiento cognitivo
2. Presencia de sintomatología psicopatológica o mental

c) Funcionamiento psicosocial, o bienestar emocional en el contexto social y cultural.

d) Salud física:

1. Percepción subjetiva del estado de salud

2. Sintomatología física de tipo médico, y condiciones diagnosticadas
3. Utilización de servicios de salud
4. Niveles de actividad y medidas de incapacidad (por ejemplo, días en cama).

e) Recursos sociales:

1. Accesibilidad a la familia, amigos o a una comunidad familiar
2. La disponibilidad de estos recursos cuando se necesitan

f) Recursos económicos:

Evaluados típicamente comparando los ingresos económicos y una medida estándar socioeconómica externa.

g) Recursos ambientales:

1. Disponibilidad de hogar, suficiencia de medios económicos para llevar la casa o condiciones en las que ésta está
2. Situación del hogar en relación a los medios de transporte colectivos, lugares de compra y servicios públicos.

3.2.3. Técnicas de evaluación en la vejez

Según Montorio (1994), “ la evaluación psicológica implica una metodología o estrategia básica de evaluación (el proceso), una tecnología general de evaluación (técnicas de medidas, tales como la entrevista, la observación y el autoinforme) y, por último, unos dispositivos concretos de medida (la instrumentación)” (p. 23).

Tal y como afirma Fernández- Ballesteros (1983), los procedimientos de recogida de información pueden ser clasificados en técnicas de observación, entrevista, autoinformes, técnicas objetivas, subjetivas y proyectivas.

En relación a los ancianos, se han seleccionado la observación, la entrevista, el autoinforme y los registros dada la importancia de la técnica en sí misma y su importancia en el trabajo con este colectivo de personas.

a) La entrevista

La entrevista es la técnica más antigua y se utiliza para obtener información de todo tipo. Uno de los problemas principales de esta técnica es la fatigabilidad. Dado que es habitual que aparezca la fatiga, es recomendable realizar sesiones breves y que se

ajusten a las necesidades de cada individuo. Además, nos podemos encontrar con el problema de la vulnerabilidad, por lo que se deben alternar las preguntas estresantes e incómodas que provoquen que el sujeto sea consciente de sus incapacidades. Y por último, un problema que suele aparecer también en la entrevista es la ineffectividad y poca fiabilidad de la recogida de datos por parte del evaluador debido al mantenimiento de actitudes negativas hacia la vejez.

b) Técnicas de observación

La observación es una de las técnicas más ventajosas de recogida de datos debido a que no se ve influida por la edad y ninguna persona puede quejarse. A pesar de ello, la observación puede acarrear una serie de problemas, tales como la intrusión en la intimidad o la cantidad de tiempo necesario para obtener datos precisos y valiosos. Las escalas de observación presentan una serie de ventajas, como pueden ser evitar problemas o quejas por parte del evaluado, ahorro de tiempo a los profesionales debido al contacto directo del personal con la persona mayor o por ejemplo son técnicas realmente útiles al ser utilizadas como medida de la efectividad de la intervención. Según Kane y Kane (1981), es importante prestar atención al momento de observación de las conductas, ya que la mayoría de las escalas no están basadas en un sistema aleatorio de representatividad temporal, siendo un aspecto relevante en relación con la fiabilidad. Para realizar una correcta observación, lo primero que tenemos que hacer es plantearnos una serie de preguntas: ¿qué es observar? ¿para qué observar? ¿qué observar? ¿cómo observar? ¿cuándo observar?, para llegar a realizar una correcta observación. Barberá (1999) se refiere a la observación como la manera de captar de un modo descriptivo y contextualizado lo que sucede, en un período de tiempo limitado, en una secuencia didáctica elegida en función de unos criterios establecidos previamente, que son el objeto de la observación.

Podemos dividir en tres momentos el proceso de observación: antes, durante y después. Por lo tanto, observaremos durante todo el proceso aunque las estrategias de observación irán cambiando dependiendo del momento.

Diferentes autores han estructurado una serie de fases para sistematizar y facilitar el proceso de la observación. Castejón (1999) elige una serie de etapas para realizar una observación:

1. Planteamiento de la valoración: definir el objetivo que se pretende con la observación

2. Selección de las conductas a observar: habrá que optar por las que se consideren más relevantes
3. Diseño de la aplicación: determinar la herramienta que va a permitir obtener el máximo de información
4. Recogida de la información
5. Análisis de los datos: examinar los datos y sacar conclusiones.

c) El autoinforme

Los autoinformes deben ser breves, comprensibles e incluir ítems relacionados con la edad de la persona que los va a realizar. Nos encontramos con una serie de problemas que se pueden dar en relación a estas técnicas de recogida de datos, como son la relevancia, ya que muchos autoinformes están elaborados para la población en general y no están centrados para un colectivo concreto. Además, las personas mayores pueden mostrar problemas relacionados con la ansiedad, la inhibición de respuesta o la dificultad a la hora de comprender las instrucciones y llevar a cabo la realización de los cuestionarios.

d) El autorregistro

El autorregistro permite recoger diferentes conductas o situaciones que son difíciles de recoger con la puesta en práctica de otras técnicas, aunque este tipo de recogida de datos presenta una serie de problemas, como pueden ser la deseabilidad social, el deterioro cognitivo de la persona o no disponer de la suficiente capacidad para llevar a cabo la observación y la realización del autorregistro.

e) Los checklists

Checklist significa lista de comprobación. El objetivo del checklist es definir una buena directriz que le permita al auditor seguir un camino lógico y coherente y al auditado conocer previamente cuáles serán las líneas maestras de la auditoría.

El auditor puede y tiene el derecho de abordar cualquier cuestión que considere necesaria, aunque no se encuentre incluida en el checklist previo.

Un checklist bien diseñado es una herramienta fantástica para evitar olvidos y asegurarse que las cosas se hacen de acuerdo con un procedimiento rutinario establecido. Una variante es el diseño de formularios adecuados que faciliten la recogida de los datos que se analizarán posteriormente. Por ejemplo, existen formularios

diseñados de modo que a base de marcar palotes o "x" se construye el propio histograma de los datos.

3.2.4. Objeto y estrategias de evaluación en los distintos agentes del centro residencial

El objeto de evaluación y sus respectivas técnicas e instrumentos utilizados en los distintos agentes de una residencia de la tercera edad se pueden observar en la tabla 2, tomada de Fernández- Ballesteros del año 2009.

Tabla 2.- Objeto y estrategias de evaluación en los distintos agentes del centro residencial (Fernández-Ballesteros, 2009)

	OBJETO DE EVALUACIÓN	TÉCNICAS/ INSTRUMENTOS
PERSONA MAYOR	Evaluación biopsicosocial <ul style="list-style-type: none"> • Salud física • Nivel funcional • Nivel cognitivo • Nivel relacional 	Entrevista Tests, escalas y baterías estandarizadas que evalúan de modo específico los diferentes niveles Cuestionarios de calidad de vida Cuestionarios individuales de opinión sobre distintos aspectos del centro Técnicas cualitativas de evaluación desde grupos de opinión
FAMILIA	Cogniciones Nivel psicoafectivo Nivel relacional familia extensa Dificultades relacionales con la persona mayor (trastornos de conducta, dificultades en la comunicación...) Satisfacción con el centro	Entrevista Listado de pensamientos disfuncionales Escalas de estrategias de afrontamiento de los cuidados Escalas de estado de ánimo Escalas de carga en el cuidador Listados de trastornos de conducta

		<p>y dificultades en la comunicación</p> <p>Cuestionarios de opinión sobre distintos aspectos del centro</p> <p>Técnicas cualitativas de evaluación desde grupos de opinión.</p>
<p>PERSONAL</p> <p>ATENCIÓN</p> <p>DIRECTA</p>	<p>Cualificación en el cuidado a la persona mayor (grado de conocimientos, habilidades y actitudes)</p> <p>Dificultades relacionales con la persona mayor (trastornos de conducta, dificultades de comunicación...)</p> <p>Cogniciones</p> <p>Nivel psicoafectivo</p> <p>Satisfacción con el centro</p>	<p>Entrevista</p> <p>Autoinformes</p> <p>Test de conocimientos específicos</p> <p>Observación directa</p> <p>Listados de dificultades cotidianas en la prestación de cuidados</p> <p>Escalas de estrategias de afrontamiento de los cuidados</p> <p>Escalas de detección de burn-out</p> <p>Escalas de estado de ánimo</p> <p>Cuestionarios de opinión sobre distintos aspectos del centro</p> <p>Técnicas cualitativas de evaluación desde grupos de opinión</p>

Una vez expuesto el concepto de evaluación, sus tipos y todo lo relacionado con la evaluación en la vejez, se procede a la explicación de la metodología.

METODOLOGÍA

1. CONTEXTO

El siguiente trabajo se enmarca dentro de un proyecto de investigación más amplio que se está llevando a cabo entre el Departamento de Psicología de la Universidad de Valladolid, en concreto por las profesoras M^a A. Inmaculada Calleja González y Valle Flores Lucas, y la Gerencia de Servicios Sociales de la Conserjería de Familia e Igualdad de Oportunidades.

El trabajo tiene como objetivo principal evaluar la percepción del bienestar de los usuarios que participan en el Proyecto “En mi casa”, en la Residencia Provincial “Cardenal Marcelo”. Dicha residencia pertenece a la Diputación de Valladolid y se encuentra ubicada en la Avenida de los Recreos nº 5, dentro del Barrio Girón, en el distrito Noroeste de la ciudad de Valladolid.

El barrio Girón es un barrio residencial y obrero situado a las afueras de la ciudad con bastante población de la Tercera Edad. Fue uno de los primeros barrios sociales edificados en la ciudad a principios de los años 50. Limita con los barrios de Villa del Prado, La Victoria y Huerta del Rey, y cuenta con una extensión de 1,9km².

Esta Residencia es una edificación construida a comienzos de la década de los 70 que abrió sus puertas para acoger a personas mayores de ambos sexos de la provincia de Valladolid en enero de 1974, como consecuencia de asumir la Diputación de Valladolid, el Patronato de la Fundación “Santa María de Esgueva”, y es inaugurada oficialmente el 18 de enero de 1975.

En cuanto a la estructura física, el edificio de la Residencia “Cardenal Marcelo” corresponde a un tipo de arquitectura funcional, desarrollándose en su primera etapa en una base de bloque lineal, cuyas plantas superiores albergan las habitaciones, y se asienta sobre un bloque más extenso en plantas inferiores donde se encuentran los servicios y áreas comunes. La residencia cuenta con seis plantas a las que se accede por las escaleras o por los distintos ascensores de los que dispone. Además cuenta con un sótano, un pabellón de enfermería y una unidad de dependientes.

En estos momentos, una parte de la segunda planta presenta un gran cambio con otras plantas, ya que está siendo utilizada para abarcar el proyecto “En Mi Casa”, destinado a mejorar la calidad de vida de 13 residentes.

En ella nos encontramos con un salón con diferentes mesas y sillas, donde los usuarios de este proyecto realizan las comidas. También cuenta con una cocina, destinada para que ellos mismos realicen algún tipo de comida sencilla, pero en este momento sólo es utilizada en ocasiones muy puntuales, normalmente en los cumpleaños mediante la elaboración de alguna tarta, ya que no disponen del material necesario para la ejecución diaria de comidas complejas. Además, disponen de una amplia terraza, donde, con el buen tiempo, salen y se sientan, dan paseos. Parte de ella se ha adaptado para incorporar una zona con un pequeño huerto con tomates y pimientos, y con la plantación de diferentes tipos de flores.

En relación a las habitaciones, éstas presentan una gran diferencia con respecto al resto del centro, ya que todas ellas son individuales y están personalizadas con una foto en la entrada y su nombre, los usuarios pueden traer objetos personales de sus casas, fotos o cualquier complemento que quieran para sentirse “como en casa”.

2. OBJETIVO DEL ESTUDIO

- Observar y evaluar el nivel de bienestar y calidad de vida de un grupo de usuarios institucionalizados que se encuentran participando en el Proyecto “En mi casa” a través de rejillas de observación y de checklists, estos últimos cumplimentados por las auxiliares, ambos documentos han sido elaborados por el equipo del Departamento de Psicología y técnicos de la Gerencia de Servicios Sociales, tal y como anteriormente se ha descrito.

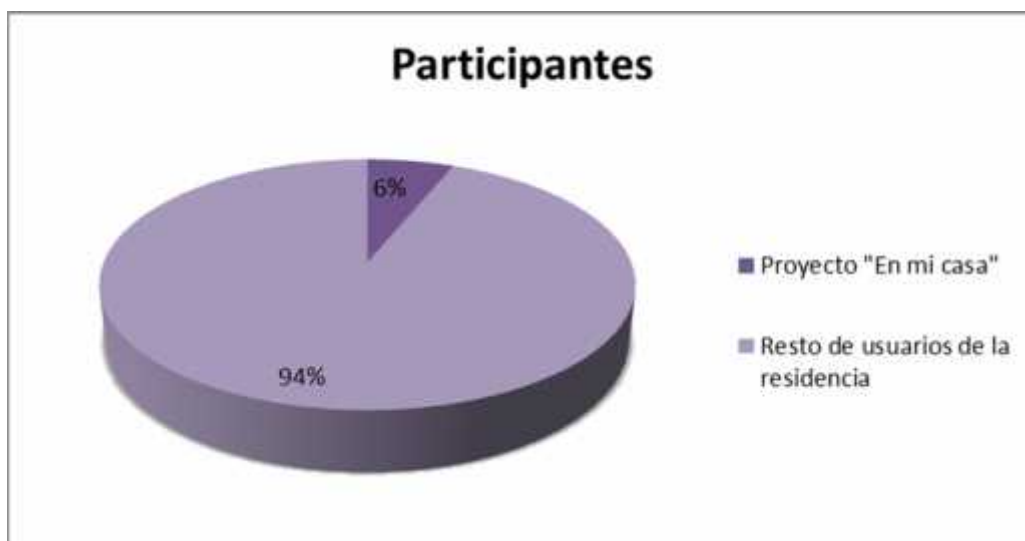
3. PROYECTO “EN MI CASA”

3.1. Participantes

En la residencia participan un total de 210 personas, y la muestra con la que se ha trabajado ha sido un total de 13 personas que son las que participan en el Proyecto “En mi casa”.

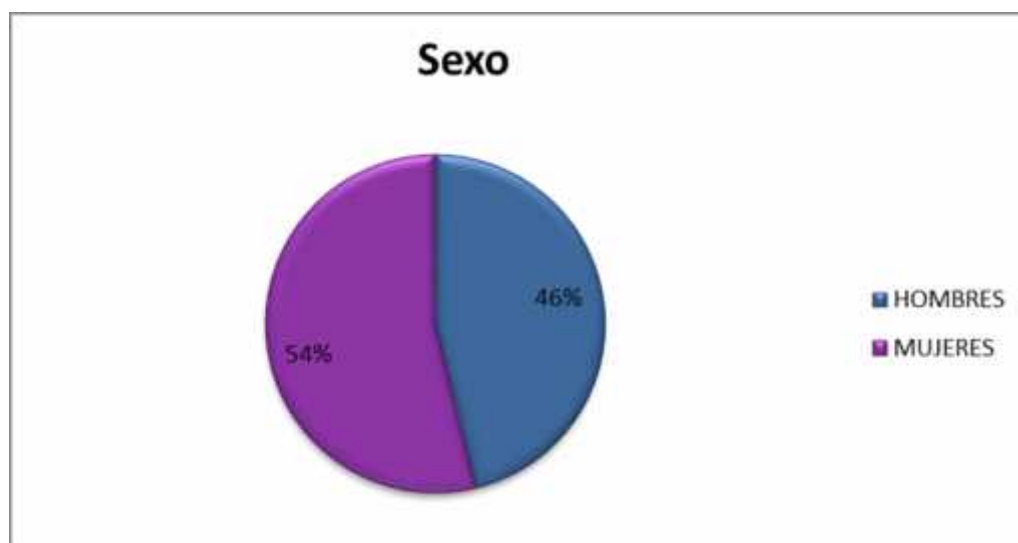
El Proyecto “En mi casa” está compuesto por 13 usuarios que han sido seleccionados según los criterios del MEC y el Índice de Barthel junto con los profesionales que han optado a él de forma voluntaria. El inicio de la muestra y los datos fueron de 13 usuarios, aunque al finalizar el estudio uno de ellos falleció.

Gráfico 1: Porcentaje de personas participantes en el Proyecto “En mi casa” en relación al total de residentes



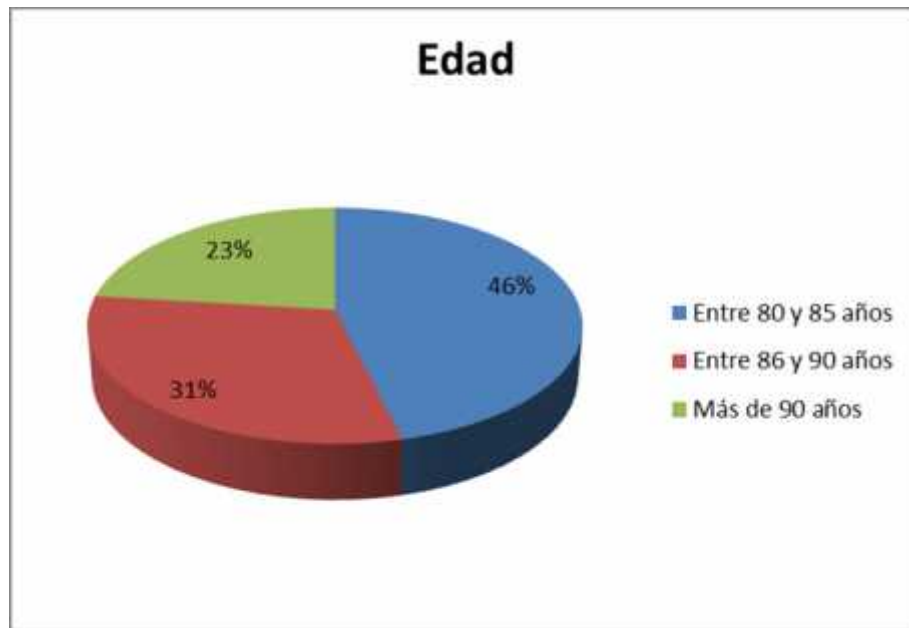
En cuanto al sexo, un 46% son hombres y un 54% son mujeres.

Gráfico 2: Distribución en cuanto al sexo



Respecto a la distribución por edades, un 46% tienen entre 80 y 85 años, un 23% entre 86 y 90 años y un 31% más de 90 años.

Gráfico 3: Distribución en relación a la edad



El estado civil de la muestra está distribuido de la siguiente forma: un 61% son viudos, un 31% son solteros y un 8% separados.

Gráfico 4: Porcentaje de personas participantes en el Proyecto “En mi casa” en relación al estado civil



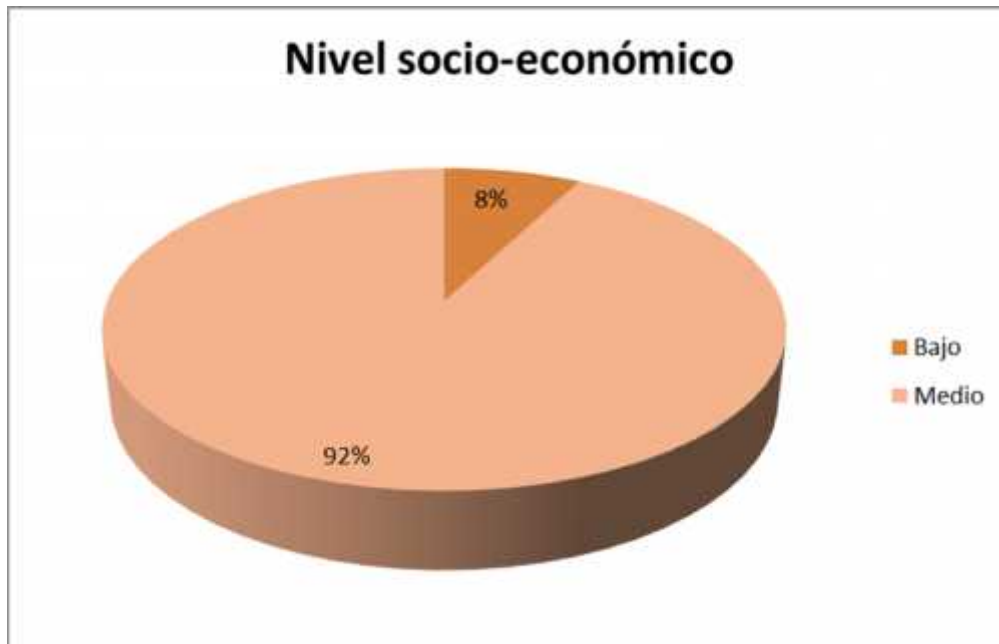
En lo referente a los estudios encontramos un 8% sin estudios, y un 92% con estudios primarios.

Gráfico 5: Distribución en cuanto al nivel de estudios



En relación al nivel socioeconómico un 8% es bajo, y un 92% medio.

Gráfico 6: Porcentaje de personas participantes en el Proyecto “En mi casa” en relación al nivel socio-económico



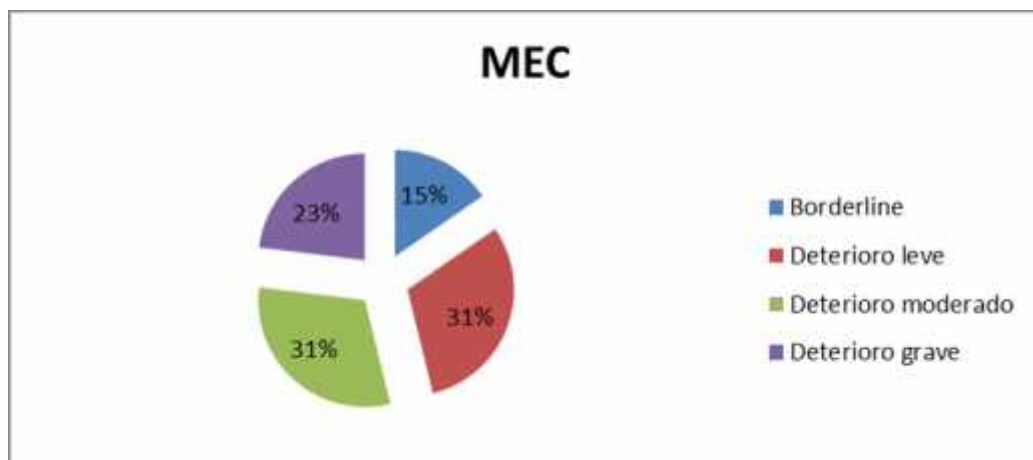
3.2. Instrumentos de recogida de información

En la selección de la muestra se han llevado a cabo diferentes pruebas de evaluación y diagnóstico. En cuanto al diagnóstico, se han tomado como base dos instrumentos de recogida de información: Mini examen cognoscitivo (MEC) e Índice de Barthel.

El *mini-examen cognoscitivo* (MEC), es un test breve de cribado del deterioro cognitivo, producto de la adaptación española del instrumento original por Lobo et al, realizada en 1979, 1999 y 2002. El instrumento original es el Mini-Mental State Examination —MMSE o Mini-Mental— de Folstein et al, publicado en 1975, 1998 y 2001.

Según los datos obtenidos, los sujetos se pueden clasificar de la siguiente forma: un 15 % borderline, un 31% con deterioro leve, un 31% con deterioro moderado y un 23% con deterioro grave.

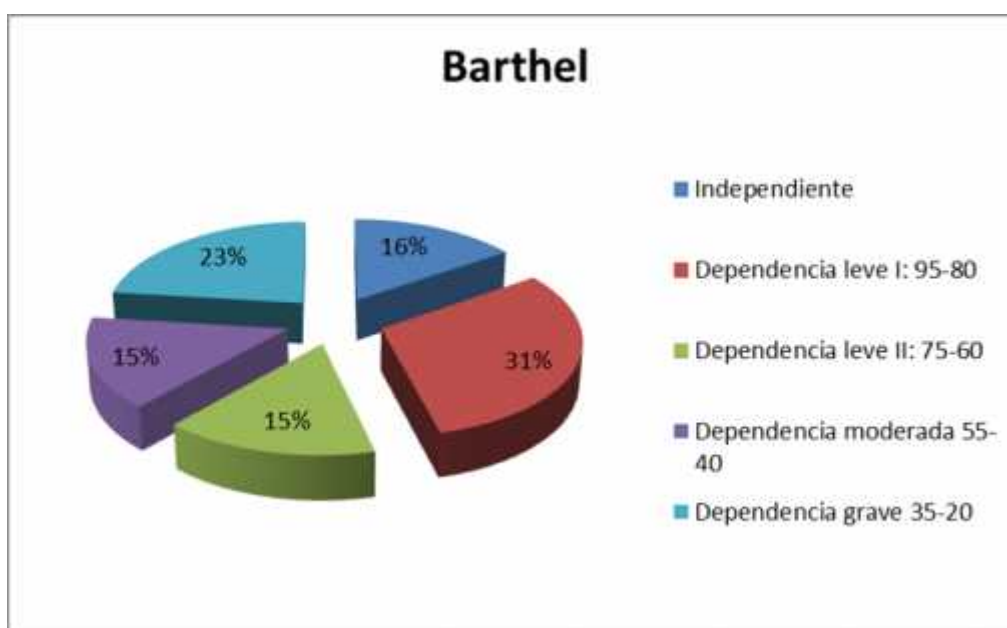
Gráfico 7: Distribución en cuanto al MEC



Respecto al *Índice de Barthel*, es un instrumento que mide la capacidad de la persona para la realización de actividades básicas de la vida diaria, dando como resultado una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto. Fue publicado en 1955 y ha tenido muchas versiones.

Según las puntuaciones obtenidas en las evaluaciones, nos encontramos con un 16% independientes, un 31% tienen dependencia leve I: 95-80, un 15% dependencia leve II: 75-60, un 15% dependencia moderada y un 23% dependencia grave.

Gráfico 8: Distribución en relación al Índice de Barthel



En cuanto a la percepción del bienestar, se han utilizado dos instrumentos de recogida de información: checklists y rejillas de observación.

En primer lugar se han aplicado *rejillas de observación*. Mediante esta técnica se observa directa y atentamente el fenómeno, situación o caso y se registra la información para su posterior análisis. Estas rejillas se han aplicado a las 13 personas que forman parte del Proyecto “En mi casa”. Gran parte del registro se ha realizado durante el periodo que se estuvo realizando las prácticas.

Estas rejillas de observación constan de 52 ítems, divididos en diferentes áreas de observación: 22 ítems de comunicación, 8 ítems de relaciones con los otros, 13 de expresión emocional y 9 de la participación en las actividades. Se han realizado un total de 25 sesiones, cada sesión de 1 hora de duración, en horario de 12:30 a 13:30 de la mañana, sin modificar el horario, puesto que se ha querido observar el mismo horario todos los días para comprobar cualquier cambio. Para la puesta en práctica se ha recibido un entrenamiento previo por parte de las tutoras de la facultad, además de la revisión y lectura de diferentes documentos que han servido para profundizar en el tema y poder llevar a cabo la práctica de la mejor forma posible.

En segundo lugar, y para la obtención de parte de la información, se han llevado a cabo los checklists, cuyo fin es evaluar el bienestar y la calidad de vida en las personas mayores institucionalizadas dentro del Proyecto “En mi casa”. Dado que ciertos

usuarios tienen una dependencia grave o moderada, para tener una información precisa ha sido necesario recurrir a las cuidadoras ya que son ellas las que mejor saben las necesidades de ayuda que precisan en actividades sobretodo de autonomía funcional. 5 auxiliares han sido las encargadas de participar en el proyecto, las cuales tenían un grado de participación muy diferente en dicha investigación. Dentro de la observación, se puede observar cómo existían diferencias actitudinales.

Cada checklist consta de 85 ítems, organizados en 5 bloques o áreas, las cuales son: autonomía funcional, comunicación, relaciones con los otros, participación en actividades y expresión emocional.

El área de autonomía funcional está compuesta por 22 ítems, los cuales se encargan de evaluar el grado de autonomía del que dispone cada usuario, desde si es capaz de controlar esfínteres, si utiliza diferentes instrumentos de cocina o pasea solo o con ayuda de algún objeto.

El bloque de comunicación está formado por 24 ítems, con los que se busca comprobar el nivel de comunicación que se posee, si mantiene conversación, o si realiza gestos con el fin de comunicarse.

En cuanto al área de relaciones con los otros nos encontramos con 14 ítems, con el fin de buscar la capacidad que tiene de relacionarse, si presenta actitud de disposición o su conducta es esquiva.

El área de participación en actividades cuenta con un total de 9 ítems, buscando la capacidad del usuario para realizar actividades, su participación en ellas o incluso su participación con ayuda de otros.

Y por último, el área de expresión emocional está compuesta por 16 ítems, con los cuales se podrá comprobar el grado de expresión de las emociones que el usuario presenta, bien sea sonriendo, llorando o mostrando sorpresa o temor.

Todos los checklists han sido evaluados con respecto al antes y al después de la puesta en marcha del proyecto. Cada ítem está valorado del 1 al 4, siendo el 1 nunca/muy poco, el 2 casi nunca/rara vez, el 3 a veces/bastante y el 4 siempre/mucho.

Una vez introducidos todos los datos en una Excel, se han realizado diferentes gráficos que pretenden explicar los resultados obtenidos. Para llevar a cabo el análisis

de datos, se ha procedido a dividir al grupo que forma parte del proyecto en 4 bloques según el deterioro cognitivo que presentan: borderline (entre 30 y 27 puntos), deterioro cognitivo leve (entre 27 y 24 puntos), deterioro cognitivo moderado (entre 24 y 12 puntos) y deterioro cognitivo grave, (menos de 12 puntos).

El grupo que se puede clasificar en su rendimiento como borderline, estaba compuesto por dos personas, que tienen una discapacidad visual y auditiva, lo que dificulta la observación de ciertos ítems, ya que, por ejemplo, al ser ciegas no pueden establecer contacto ocular, ni sonreír cuando se les habla o mirar a quien le habla. No obstante, si pueden ser competentes para mantener la conversación cuando alguien la establece con ellos, no rompen el tema de conversación y ésta es coherente.

El grupo de deterioro leve está compuesto por tres personas con características similares, además de observar en el grupo de deterioro moderado a cinco personas y en el de deterioro grave a tres.

Siguiendo esta clasificación se han analizado los datos en las 5 áreas trabajadas. Además, como se ha hecho con las rejillas de observación, se ha procedido a realizar una distinción entre los ítems positivos y negativos, puesto que sin realizar esta distinción, los resultados podrían resultar confusos y difíciles de interpretar.

3.3. Análisis de resultados

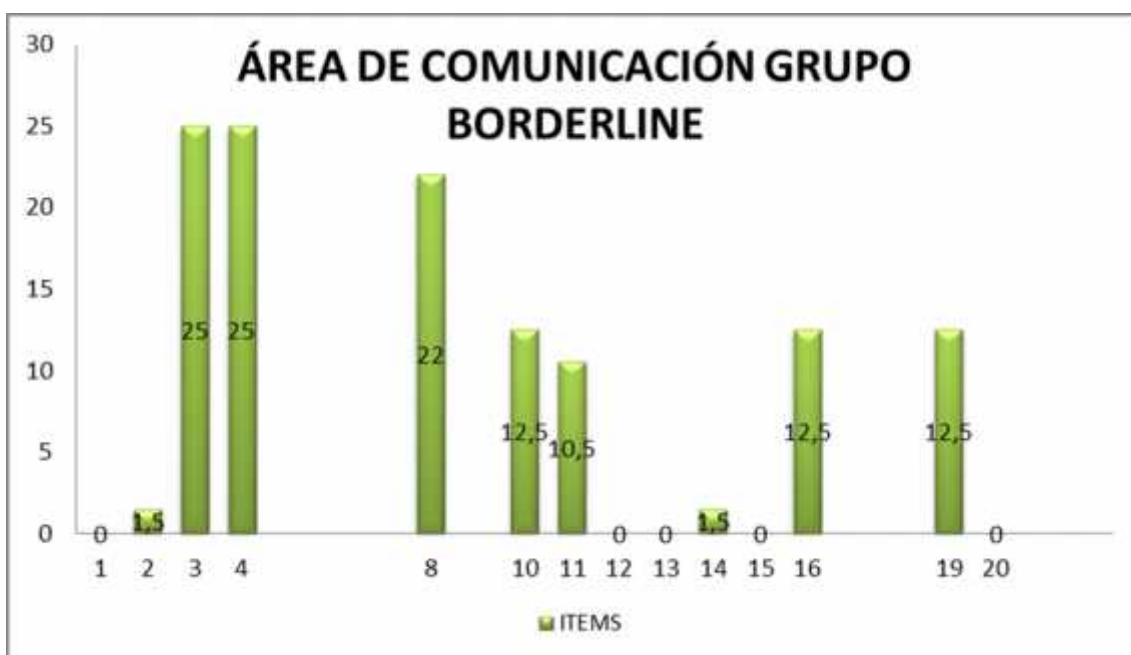
Para llevar a cabo el análisis de datos de las rejillas de observación, se han elaborado diferentes muestras descriptivas de frecuencias, según el deterioro cognitivo que presentan los usuarios y 4 áreas diferentes: área de comunicación, área de relaciones con los otros, área de expresión emocional y área de participación en actividades. Además se ha realizado una distinción entre los diferentes ítems positivos y negativos. La cuantificación de los ítems se ha realizado de forma positiva, observando la buena disposición en cada área.

Puesto que en el grupo borderline se observa a dos personas con discapacidad visual y auditiva, y ha sido imposible la evaluación de todos los ítems de las áreas, para poder hacer un análisis comparativo con los otros grupos, se ha procedido a la eliminación de estos ítems para el análisis de resultados. Por ello, se han observado aquellos en los que pueden responder y se les ha podido valorar. Además, puesto que se va a realizar una comparación entre varios grupos de deterioro, los ítems que se

eliminan en el grupo borderline también se han eliminado en el resto de los grupos, puesto que sino no se podría realizar una correcta comparación.

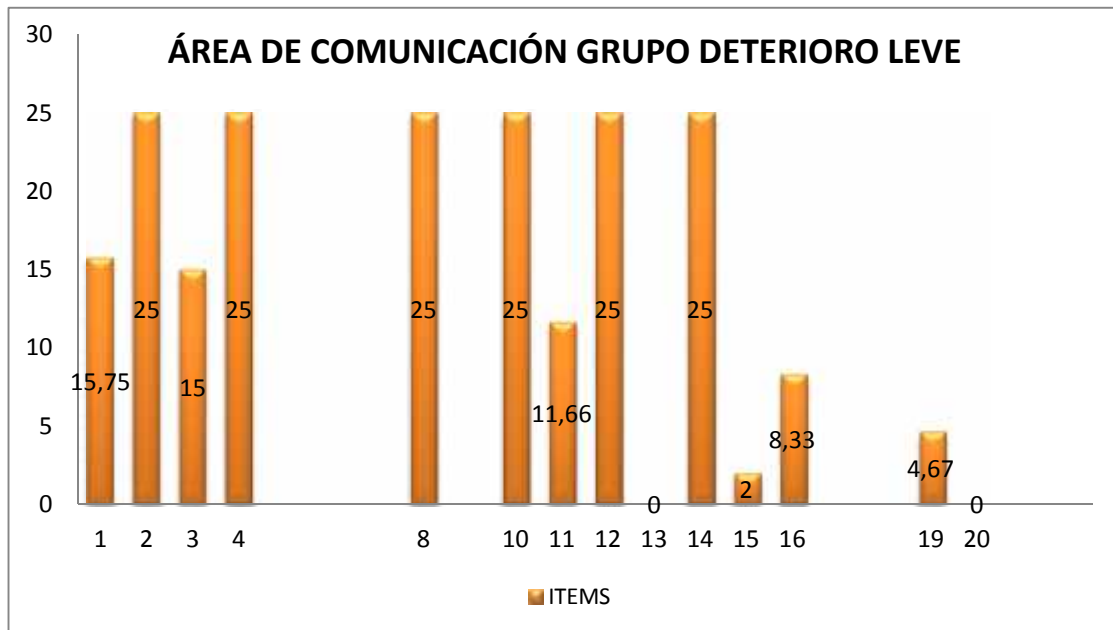
Dentro del área de comunicación se han eliminado los ítems 5, 6, 7, 9, 17, 18, 21 y 22. En el área de relaciones con los otros el 3 y el 6. En relación al área de expresión emocional, el ítem 12, y por último, dentro del área de participación en actividades se han eliminado los ítems 1, 2, 7, 8 y 9.

Gráfico 9: Frecuencia de ítems positivos en relación al área de comunicación del grupo de deterioro borderline



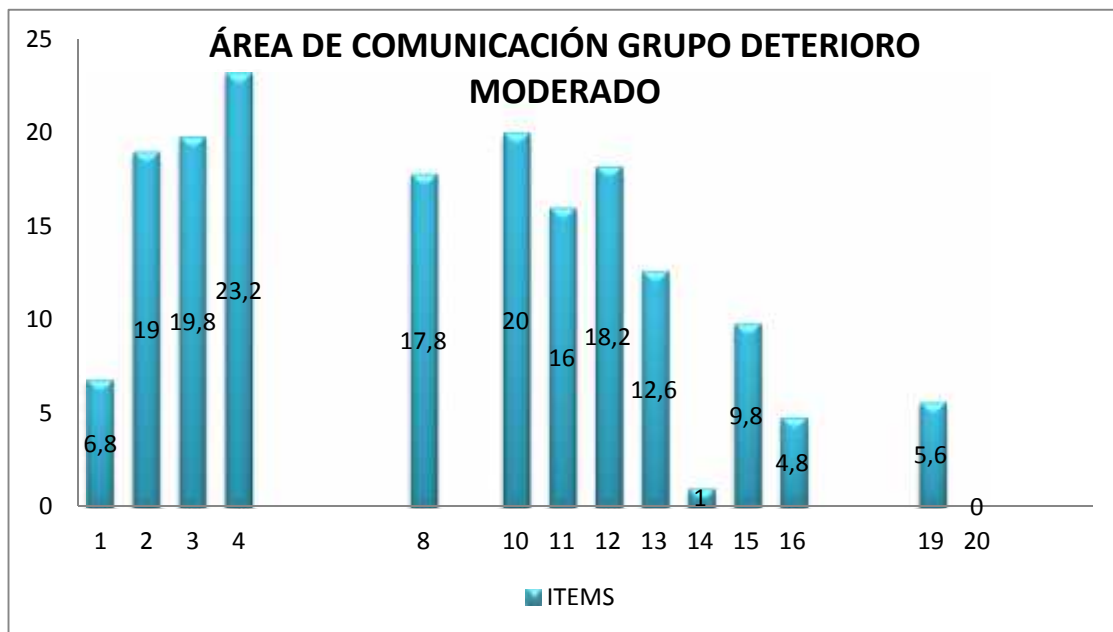
Dentro del área de comunicación y en concreto en el grupo de deterioro borderline nos encontramos con 13 ítems positivos, y 1 ítem negativo, en concreto el nº 3. En este gráfico se puede observar una alta frecuencia en el ítem nº 3, “rompe el tema de conversación”, ya que nunca lo realiza, por lo que sería un aspecto positivo, además de observar en el ítem nº4, “su conversación es coherente”, la frecuencia positiva más alta que se puede obtener. En cambio, se puede observar en los ítems 1, 12, 13, 15 y 20 cómo nunca lo realizan. Ejemplos de estos ítems son: “inicia conversación”, “realiza gestos de pedir que le muevan o le levanten” o “habla a quien le da de comer”.

Gráfico 10: Frecuencia de ítems positivos en relación al área de comunicación del grupo de deterioro leve



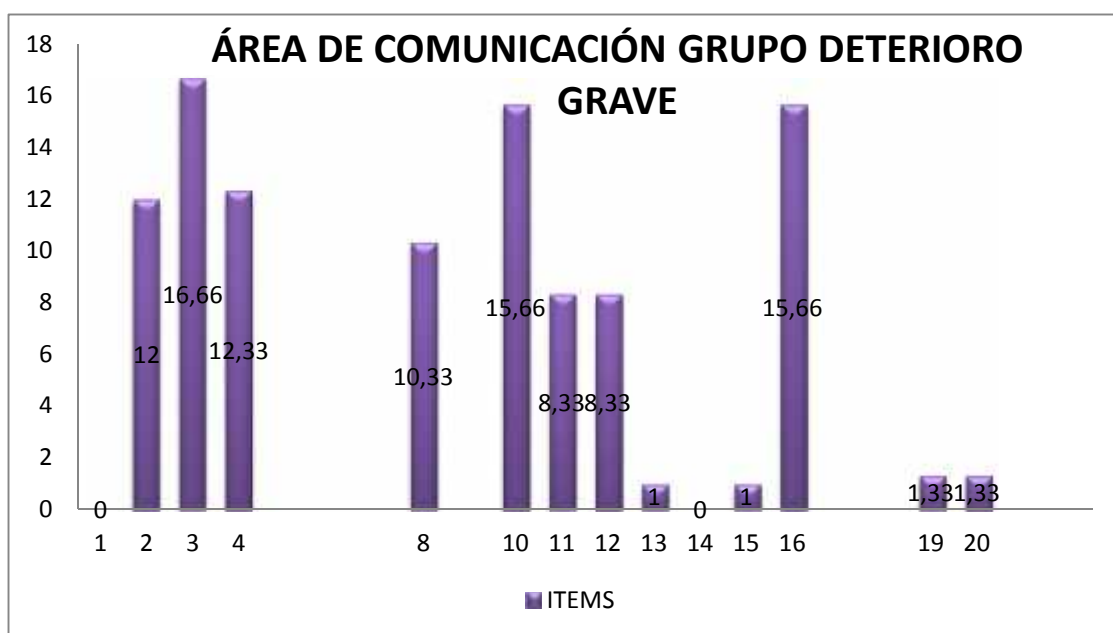
En relación al grupo de deterioro leve y en concreto en el área de comunicación, se puede observar una alta frecuencia de ítems positivos, lo cual nos lleva a comprobar que éstos disponen de una buena comunicación. Se puede comprobar cómo todos son capaces de “responder y mantener conversación verbalmente”, “su conversación es coherente” o por ejemplo “realiza gestos de asentimiento ante una pregunta o una petición del otro”. A mayor frecuencia de ítems positivos, mejor comunicación.

Gráfico 11: Frecuencia de ítems positivos en relación al área de comunicación del grupo de deterioro moderado



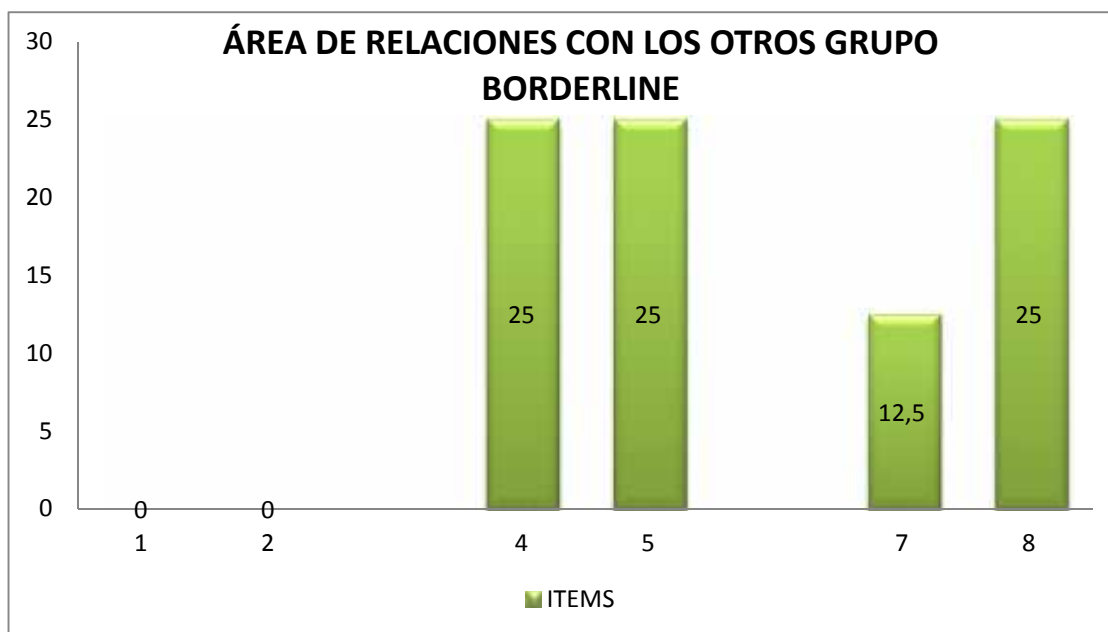
Dentro del área de comunicación y centrándonos en el grupo de deterioro moderado, no se puede observar el total de frecuencias positivas en ningún ítem. Además, se puede comprobar cómo nunca ninguno de los 5 que forman el grupo son capaces de realizar el ítem 20, “habla a quien le da de comer”.

Gráfico 12: Frecuencia de ítems positivos en relación al área de comunicación del grupo de deterioro grave



En relación al grupo de deterioro grave y el área de comunicación, se puede observar la frecuencia más alta en los ítems 3, 10 y 16, Sin embargo, nunca son capaces de realizar el ítem 1, “inicia conversación” y el ítem 14, “realiza gestos de mostrar algo”.

Gráfico 13: Frecuencia de ítems positivos en relación al área de relaciones con los otros del grupo borderline



Respecto al área de relaciones con los otros del grupo borderline, se puede observar una clara deficiencia en relación a los dos primeros ítems: “busca activamente la compañía de otros” y “sonríe a otros cuando se acercan o se dirigen a su persona”

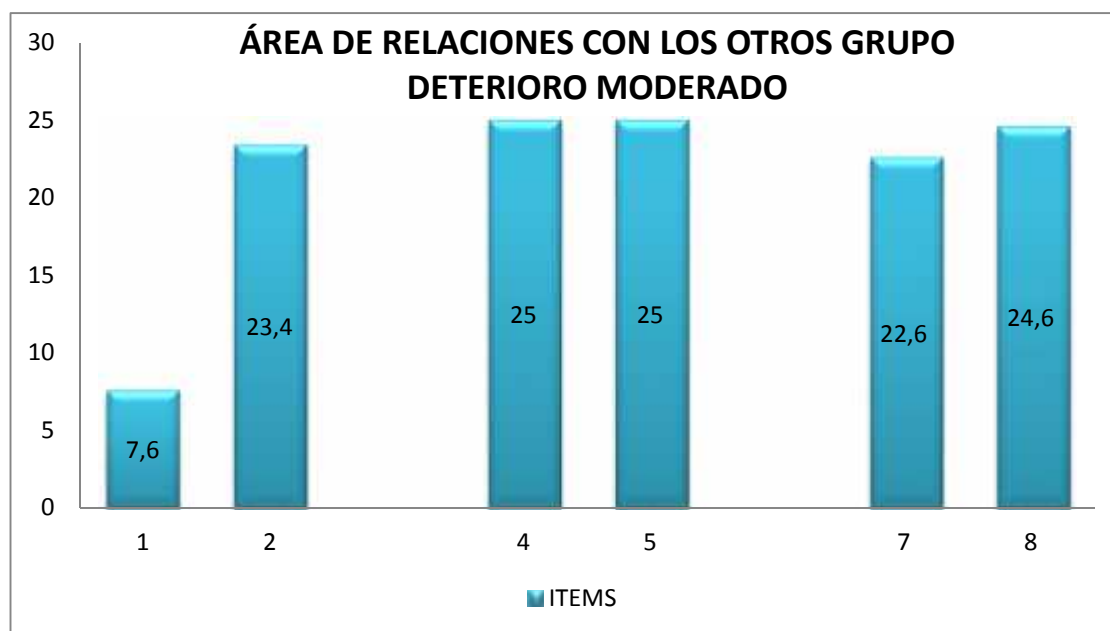
Sin embargo, los ítems 5, “vuelve la cabeza en dirección contraria a otros” y el 8 “reacciona con evitación hacia las personas nuevas” son ítems negativos. Mediante la observación de éstos se ha podido comprobar cómo no realizan ninguno de ellos, por lo que la frecuencia se valora de forma positiva.

Gráfico 14: Frecuencia de ítems positivos en relación al área de relaciones con los otros del grupo de deterioro leve



En cuanto al grupo de deterioro leve y centrándonos en el área de relaciones con los otros, nos encontramos con dos ítems negativos, el 5 y el 8. Al no haber realizado de forma errónea ninguno de estos ítems, la valoración ha sido 100% positiva en los dos casos. Además, se puede observar una alta frecuencia en todos los ítems excepto en el ítem 1, “busca activamente la compañía de otros”, siendo éste el único ítem en el que no se ha dado la frecuencia máxima.

Gráfico 15: Frecuencia de ítems positivos en relación al área de relaciones con los otros del grupo de deterioro moderado



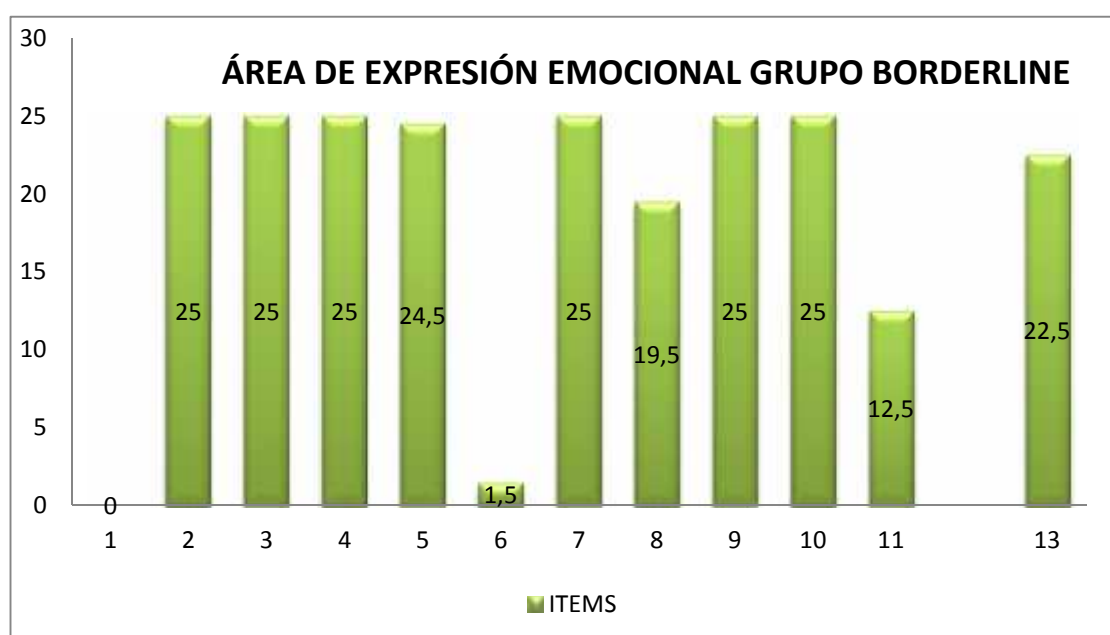
En relación al grupo de deterioro moderado y al área de relaciones con los otros, se puede observar una clara frecuencia positiva de todos los ítems, exceptuando el ítem 1, “busca activamente la compañía de otros”, el cual solo se realiza el 7,6 de las veces. Los ítems 5 y 8, como bien se ha dicho anteriormente, ítems negativos, no se realizan en ninguna ocasión, por lo que se valoran positivamente.

Gráfico 16: Frecuencia de ítems positivos en relación al área de relaciones con los otros del grupo de deterioro grave



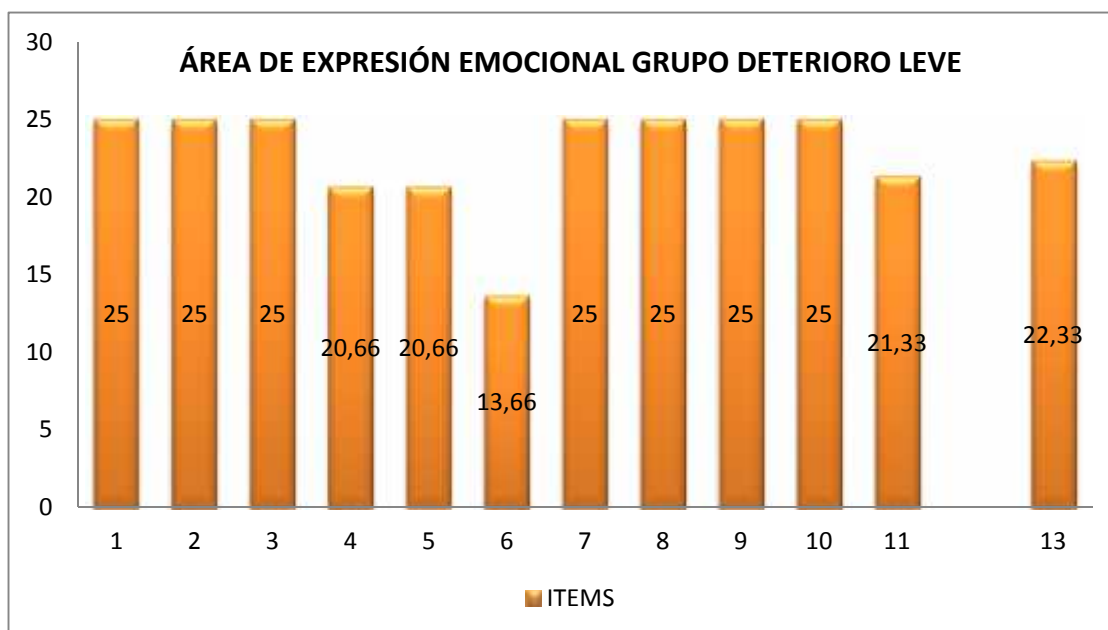
En este caso, centrándonos en el grupo de deterioro grave y en concreto en el área de relaciones con los otros, se puede observar cómo el ítem 1, “busca activamente la compañía de otros” no se realiza nunca, mientras que los ítems 5 y 8, ítems negativos, al no realizarse nunca, se valoran de forma positiva.

Gráfico 17: Frecuencia de ítems positivos en relación al área de expresión emocional del grupo borderline



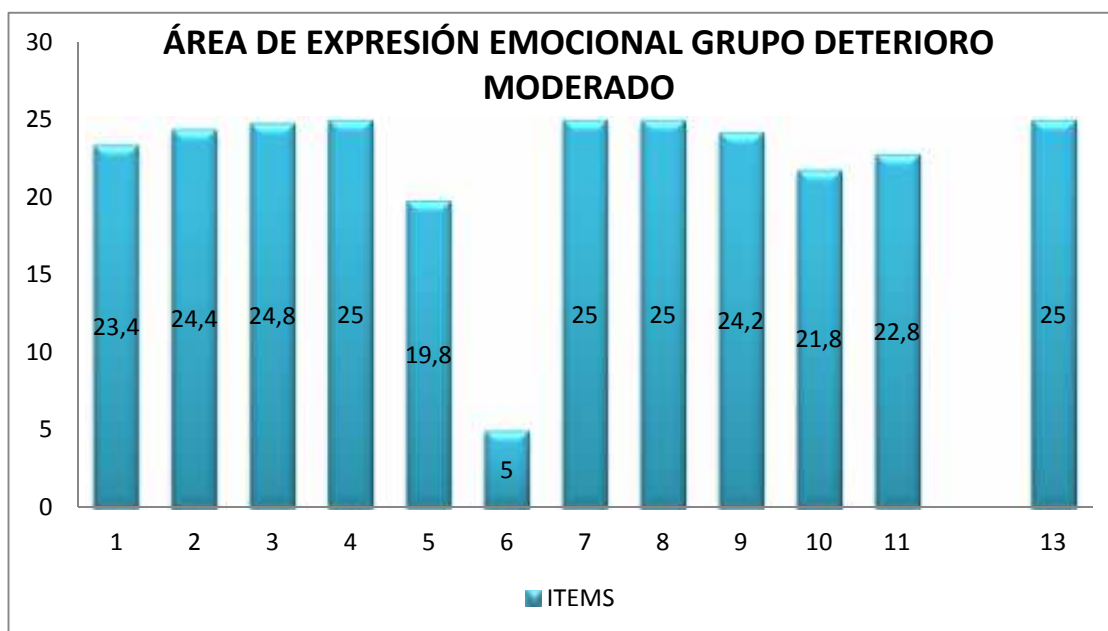
Dentro del área de expresión emocional y el grupo borderline, se puede ver cómo éstos se expresan bastante bien emocionalmente, exceptuando el ítem 1 “sonríe”, donde se puede observar que nunca lo hacen, y el 6 “muestra asombro o sorpresa”, el cual realizan con una frecuencia muy baja de 1,5.

Gráfico 18: Frecuencia de ítems positivos en relación al área de expresión emocional del grupo de deterioro leve



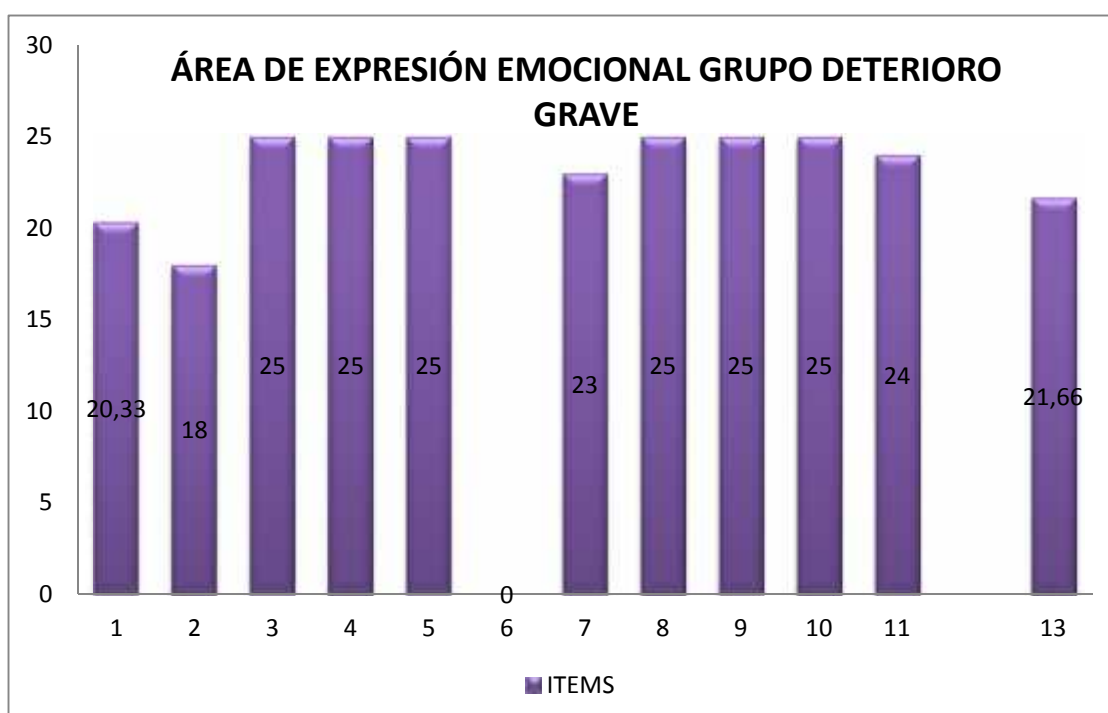
En este gráfico podemos observar cómo el grupo de deterioro leve se expresa emocionalmente de forma correcta, observando ítems negativos como pueden ser el 2 “muestra tristeza”, el 3 “llora” o el 4 “muestra enfado” donde nunca lo realizan, por lo que se valora de forma positiva.

Gráfico 19: Frecuencia de ítems positivos en relación al área de expresión emocional del grupo de deterioro moderado



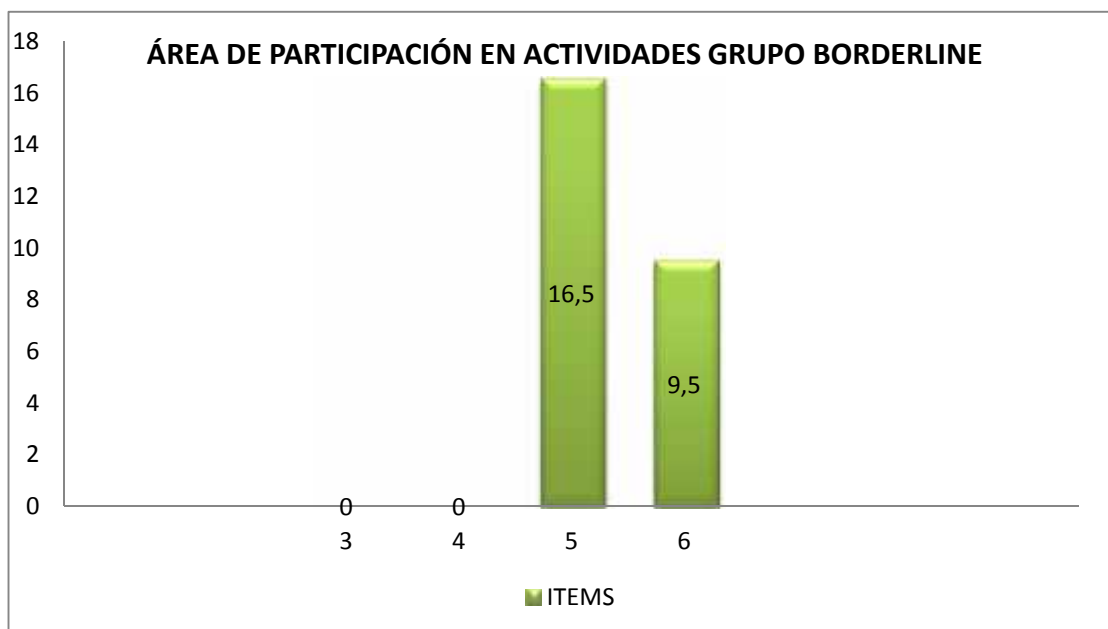
Respecto al área de expresión emocional en el grupo de deterioro moderado, podemos observar como ítem destacable el 6 “muestra asombro o sorpresa”, donde la frecuencia es muy baja.

Gráfico 20: Frecuencia de ítems positivos en relación al área de expresión emocional del grupo deterioro grave



En este gráfico se puede observar que el ítem 6 “muestra asombro o sorpresa” no se ha realizado en ninguna ocasión.

Gráfico 21: Frecuencia de ítems positivos en relación al área de participación en actividades del grupo borderline



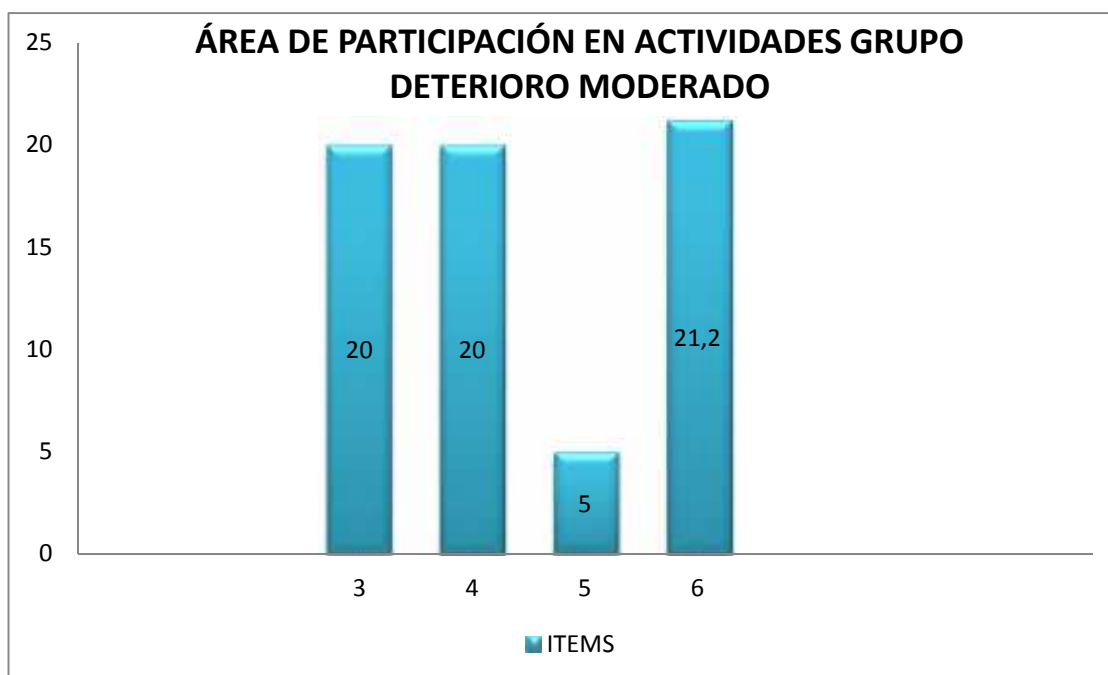
En relación al área de participación en actividades y tratando el grupo borderline, podemos observar de forma destacable cómo los ítems 3 “participa activamente en la tarea” y 4 “participa haciendo lo que le indican” no se realizan nunca.

Gráfico 22: Frecuencia de ítems positivos en relación al área de participación en actividades del grupo de deterioro leve



En relación al grupo de deterioro leve y en concreto dentro del área de participación en actividades, se puede observar de forma destacable la nula realización del ítem 5 “participa haciendo lo que le indican pero con ayuda”.

Gráfico 23: Frecuencia de ítems positivos en relación al área de participación en actividades del grupo de deterioro moderado



En este gráfico se puede observar la baja frecuencia que se produce en el ítem 5 “participa haciendo lo que le indican pero con ayuda”

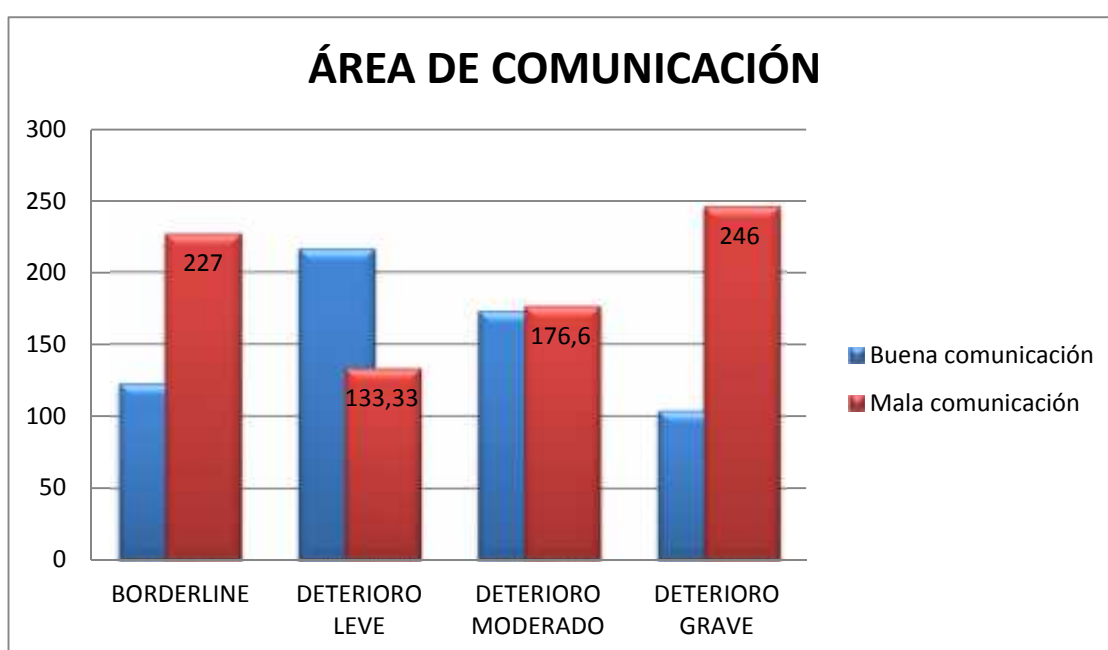
Gráfico 24: Frecuencia de ítems positivos en relación al área de participación en actividades del grupo de deterioro grave



En cuanto al grupo de deterioro grave, y dentro del área de participación en actividades, se puede observar la baja participación, destacando el ítem 3 “participa activamente en la tarea”, el cual nunca se realiza.

Una vez expuestas todas las gráficas, dependiendo del área, del grupo de deterioro cognitivo al que pertenecen y especificando la frecuencia en positivo de cada ítem, se analiza a continuación el total de frecuencias “buenas” y “malas” de cada área de estudio.

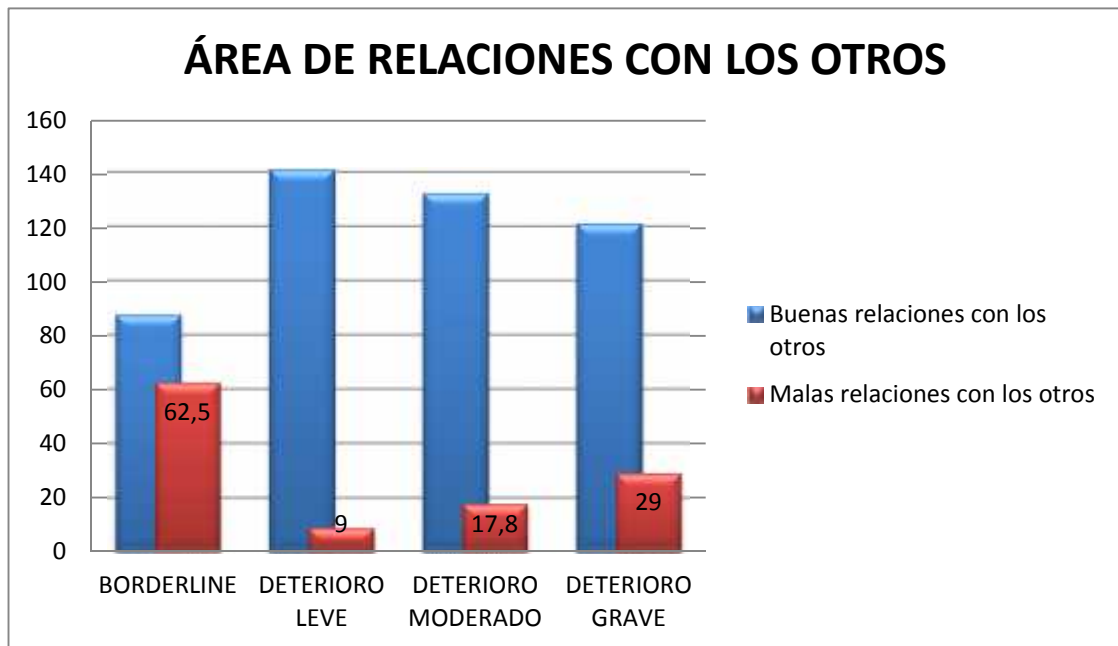
Gráfico 25: Media de los 4 grupos en el área de comunicación



Respecto a la comunicación, se pueden observar claras diferencias en cuanto a la comparación de unos grupos con otros. En este caso, podemos ver cómo el grupo borderline y deterioro grave tienen una frecuencia muy parecida, a pesar de tener diferentes puntuaciones en el MEC. Esto se debe a que los dos residentes del grupo borderline presentan ceguera, como bien se ha expuesto antes, por lo que su comunicación es menor debido a dicha deficiencia sensorial.

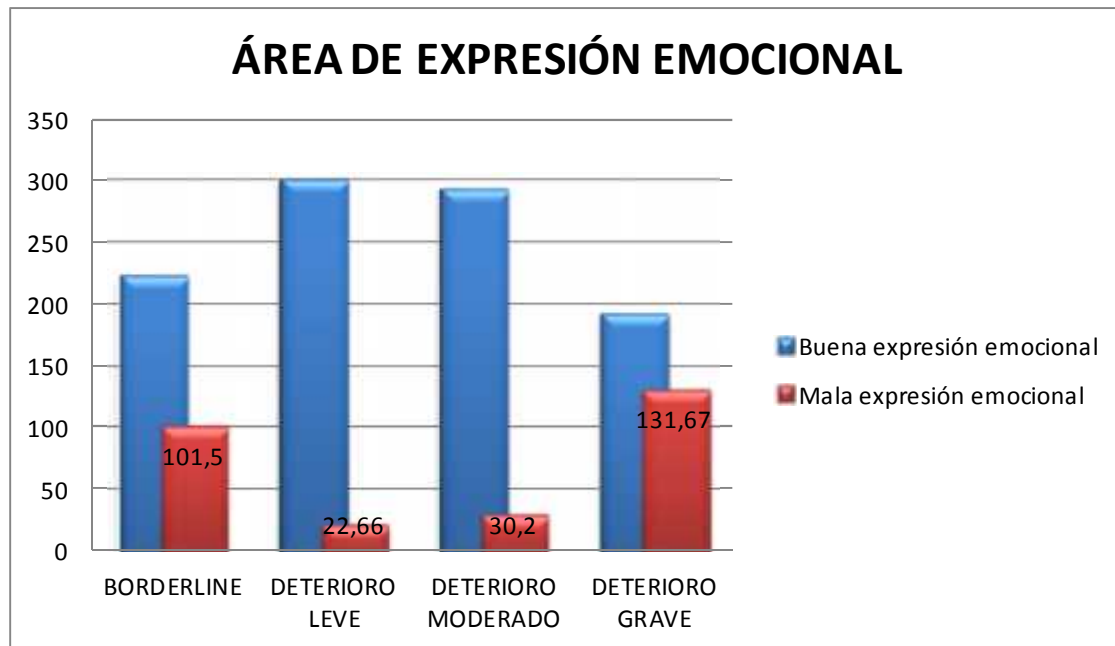
Así mismo, el grupo de deterioro leve y deterioro moderado presentan también una frecuencia similar. Se podría decir que el grupo borderline y de deterioro cognitivo grave son los que peor se comunican, destacando la mala comunicación del grupo de deterioro cognitivo grave debido a una menor puntuación en el MEC, entendiendo como mala comunicación una baja frecuencia de ítems positivos.

Gráfico 26: Media de los 4 grupos en el área de relaciones con los otros



En cuanto a las relaciones con los otros, en todos los grupos se puede observar una clara y buena relación con los otros, siendo el grupo borderline el que más destaca en las malas relaciones, puesto que estos residentes tienen deficiencia sensorial, lo que les puede impedir la correcta relación con el resto de usuarios. El grupo de deterioro leve es el que mejores relaciones con los otros establece, siguiéndoles de cerca el grupo de deterioro moderado y el de deterioro grave.

Gráfico 27: Media de los 4 grupos en el área de expresión emocional



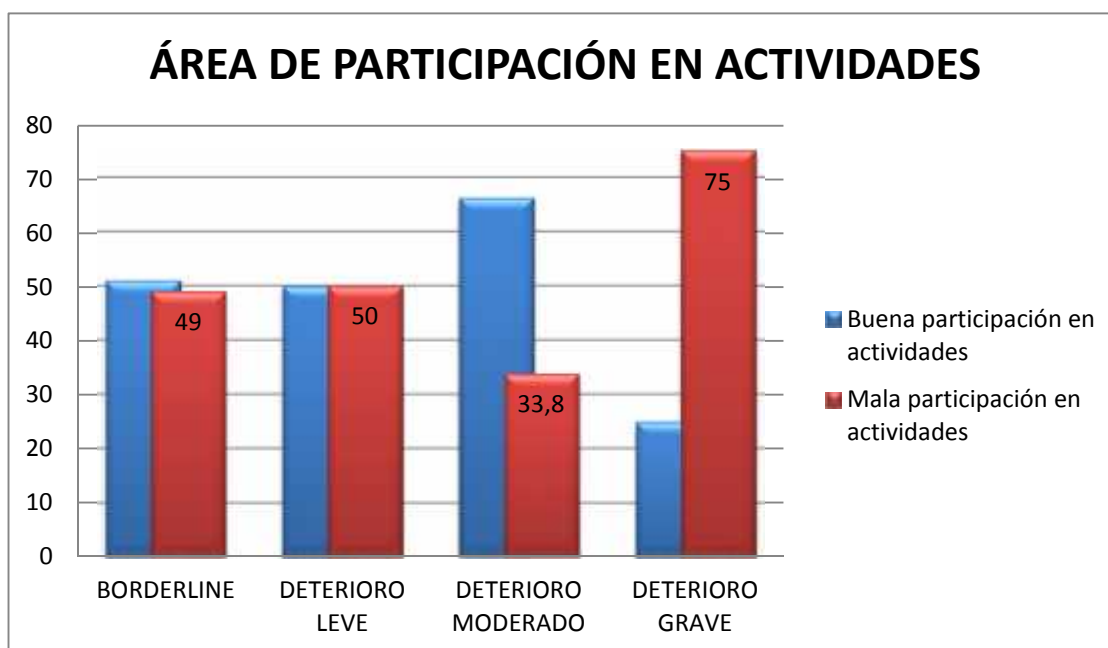
Respecto a la expresión emocional, se pueden observar diferentes categorías.

Los grupos de deterioro leve y deterioro moderado son los que mejor se expresan emocionalmente, observando una gran diferencia entre los buenos aspectos y los malos.

El grupo borderline dispone de una correcta expresión emocional, aunque se pueden observar ítems en los cuales la expresión emocional no es la correcta. Esto se puede deber, como bien se ha dicho antes, a la deficiencia sensorial que presentan los dos usuarios pertenecientes a este grupo.

Además, el grupo de deterioro grave presenta una alta frecuencia de mala expresión emocional. Este aspecto puede deberse al nivel de deterioro cognitivo que presentan los tres usuarios que se engloban dentro de este grupo.

Gráfico 28: Media de los 4 grupos en el área de participación en actividades



En relación a la participación en actividades, se puede observar una baja participación en éstas en el grupo de deterioro grave, pudiendo ser por el grado de deterioro cognitivo que presentan los 3 usuarios que forman este grupo.

A pesar de tener un deterioro cognitivo alto, el grupo de deterioro moderado es el que más se implica en la participación de las actividades, destacando con respecto al resto de los grupos.

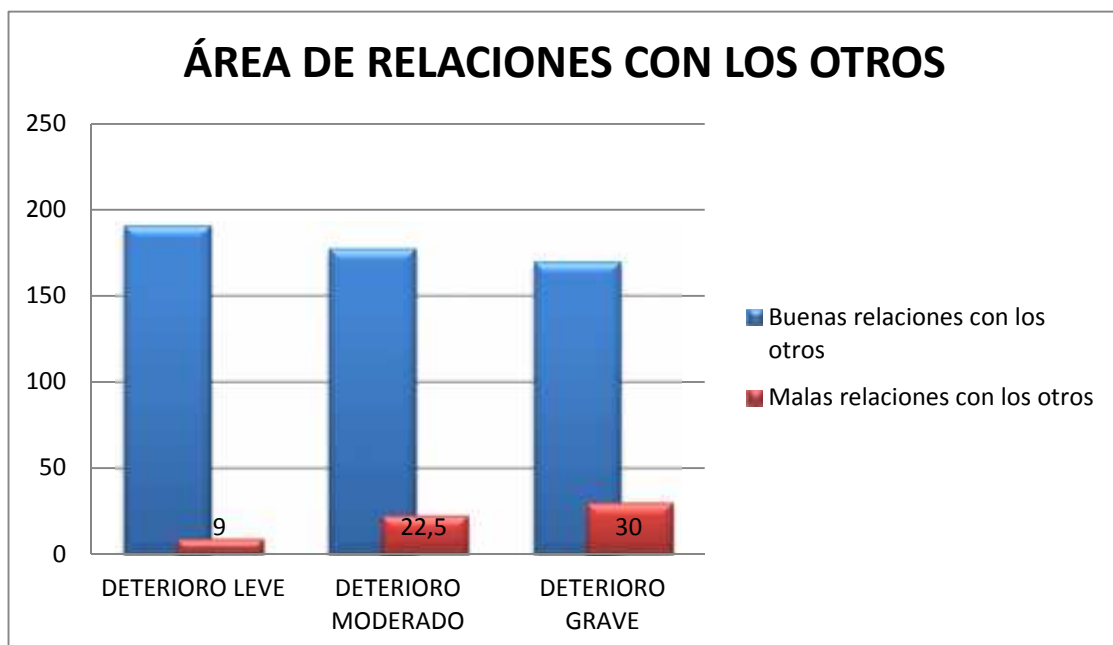
Debido a que hay muchos ítems importantes y significativos entre los que se han eliminado anteriormente, y resulta interesante observarlos todos, se va a hacer una comparación entre los 3 grupos que no presentan ningún tipo de discapacidad visual: grupo de deterioro cognitivo leve, moderado y grave.

Gráfico 29: Media de los 3 grupos en el área de comunicación



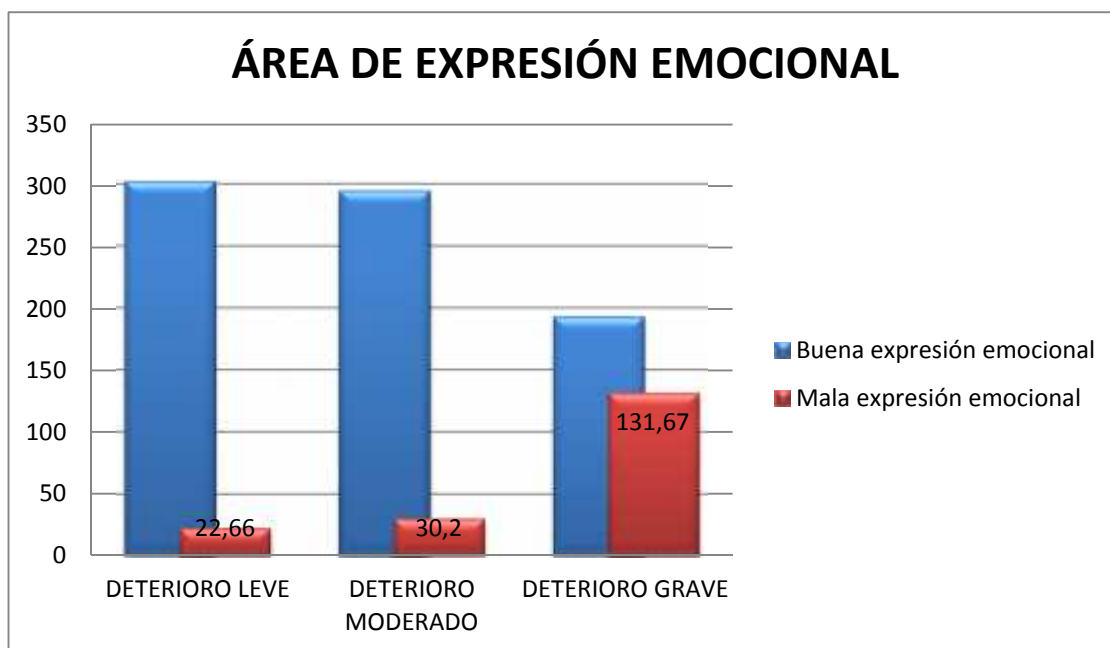
En relación al área de comunicación se puede observar cómo el grupo que presenta mejor comunicación respecto a los otros es el grupo de deterioro leve, observando cómo a medida que avanza el grado de deterioro cognitivo, empeora la comunicación.

Gráfico 30: Media de los 3 grupos en el área de relaciones con los otros



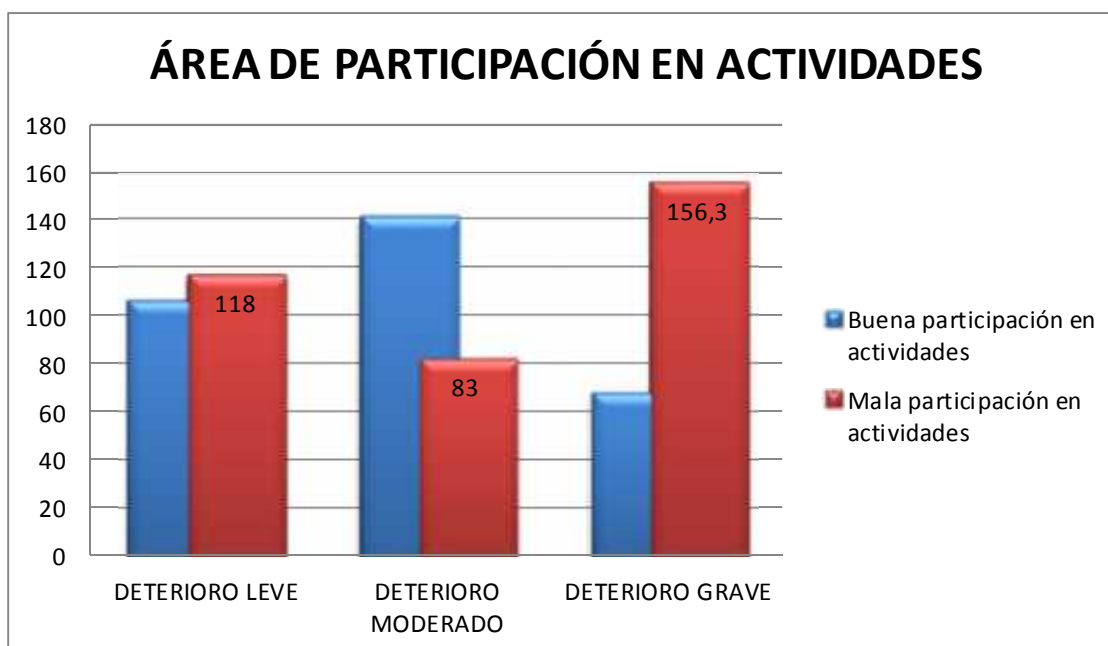
En este gráfico se puede observar cómo todos los grupos tienen buenas relaciones con los otros, observando en el grupo de deterioro leve solamente una puntuación de 9 frecuencias negativas. Al igual que en el área de comunicación, el área de relaciones con los otros empeora a medida que crece el deterioro cognitivo, a pesar de no observarse un número alto de frecuencias negativas en ninguno de los 3 grupos.

Gráfico 31: Media de los 3 grupos en el área de expresión emocional



En cuanto al área de expresión emocional se puede observar cómo los grupos de deterioro leve y deterioro moderado son los que disponen de una mejor expresión emocional, siendo las frecuencias negativas muy bajas respecto a las positivas. El grupo de deterioro grave es el que peor se expresa emocionalmente, a pesar de disponer de mayor frecuencia en la buena expresión emocional que en la mala.

Gráfico 32: Media de los 3 grupos en el área de participación en actividades



En el gráfico del área de participación en actividades se puede observar que el grupo que más participa en éstas es el de deterioro moderado, a pesar de disponer de mayor grado de deterioro cognitivo, debido posiblemente al alto interés que tiene este grupo en la realización y participación en actividades. En los grupos de deterioro leve y deterioro grave predomina la mala participación en actividades, destacando el grupo de deterioro grave, el cual tiene una frecuencia negativa muy alta, debido posiblemente al grado tan alto que tienen de deterioro cognitivo.

En cuanto al análisis de los datos de los checklists, la investigación ha sido realizada a través de las auxiliares, ya que son las personas que mejor pueden dar información acerca de los usuarios, al ser exquisitamente conocedoras de éstos y con los que tienen un trato directo. Además, todos ellos, una vez rellenados, han sido contrastados por la psicóloga del centro.

Los checklists se han dividido en 2 grupos: válidos y no válidos. En los no válidos no siempre tiene que estar identificada la dependencia con el deterioro cognitivo, puesto que las dos personas con mejor deterioro cognitivo se encuentran en el grupo de los no válidos.

Además, para observar correctamente si disponen o no de una correcta calidad de vida, se ha hecho una distinción del antes y el ahora de la participación en el Proyecto “En mi casa”, utilizando los siguientes datos de evaluación:

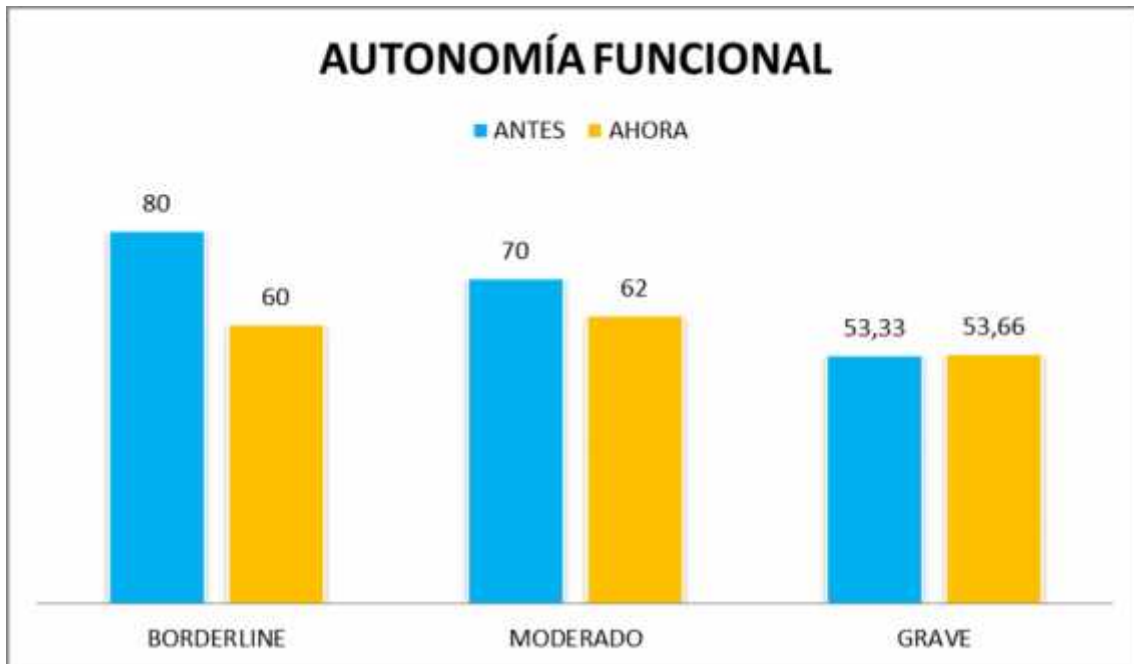
Puesto que los checklists muestran diferentes ítems positivos y negativos, si sumáramos la frecuencia de todos ellos sin hacer distinción, nos daría una frecuencia errónea, por lo que para los ítems positivos, se dará 1 punto a “nunca/muy poco”, 2 puntos a “casi nunca/rara vez”, 3 puntos a “a veces/bastante” y 4 puntos a “siempre mucho”.

Para los ítems que están en negativo se proporcionará la puntuación contraria: 4 puntos a “nunca/muy poco”, 3 puntos a “casi nunca/rara vez”, 2 puntos a “a veces/bastante” y 1 punto a “siempre/mucho”.

Por ejemplo, “come solo” sería un ítem positivo, así que le proporcionaremos 4 puntos, ya que lo hace “siempre/mucho”. Sin embargo, frente a un ítem negativo, como puede ser “muestra tristeza”, si lo realiza “siempre/mucho” le daremos 1 punto, puesto que es un ítem negativo y realizar muchas veces ese ítem no significa que disponga de una buena calidad de vida, sino todo lo contrario. Al finalizar el análisis de todos los ítems, se procederá a la suma de todos los puntos, y cuanto más puntos, mayor calidad de vida.

A continuación se muestran diferentes gráficos en relación al antes y al ahora del proyecto. En este caso solo valoraremos tres grupos de deterioro cognitivo, el grupo borderline (2 usuarios), el grupo de deterioro moderado (1 usuario) y el grupo de deterioro grave (3 usuarios), ya que dentro del grupo de deterioro leve no tenemos a ningún usuario no válido.

Gráfico 33: Media de los 3 grupos de no válidos en relación al área de autonomía funcional



Dentro del área de autonomía funcional se pueden observar claras diferencias en el antes respecto a los tres grupos estudiados, donde el grupo borderline dispone de una mayor autonomía funcional respecto a los otros dos grupos.

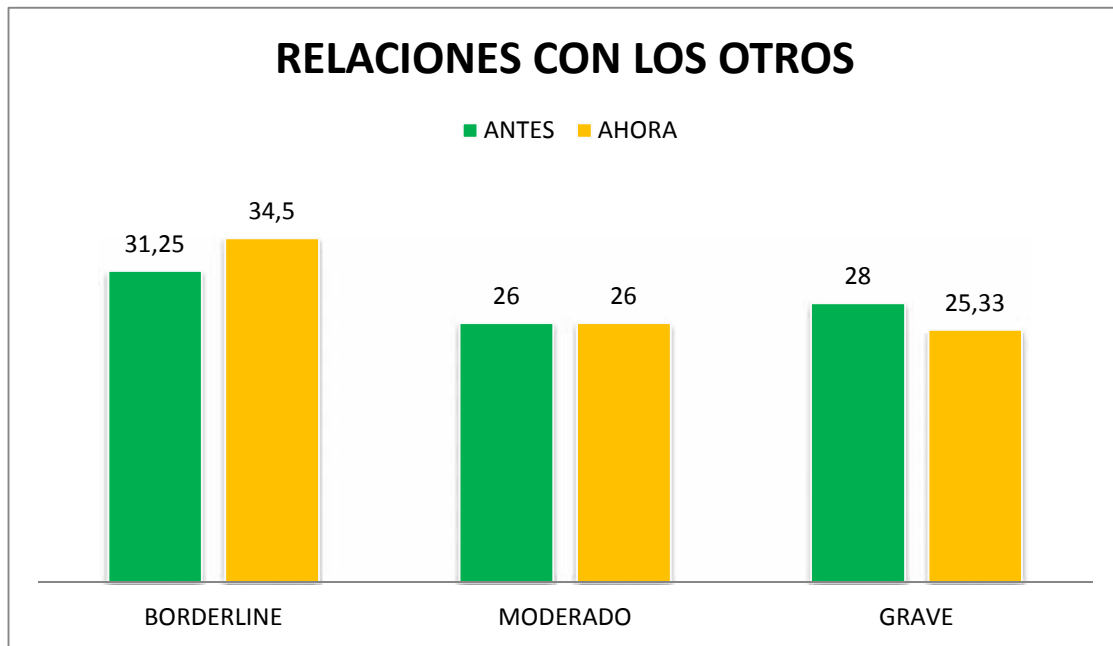
Tal y como se puede observar, el paso del tiempo ejerce una influencia negativa en las personas dependientes, sobretodo en el grupo borderline y moderado. En ambos grupos parece ser que ni la participación en el Proyecto En mi casa, es suficiente para mejorar en su dependencia, al cabo de un año, los dos grupos han empeorado, siendo aún más acuciante la dependencia en el grupo con menor deterioro cognitivo.

Gráfico 34 : Media de los 3 grupos de no válidos en relación al área de comunicación



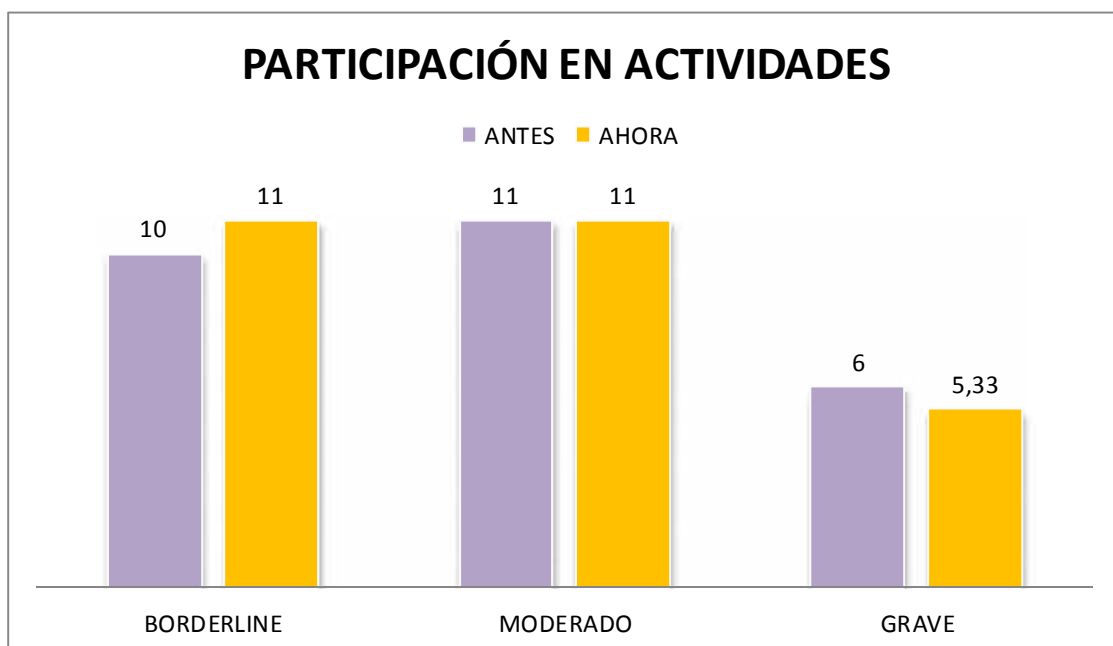
En cuanto a la comunicación, se puede observar una clara diferencia entre los dos primeros grupos respecto al grupo de deterioro grave, presentando éste casi menos de la mitad de calidad de vida que el grupo borderline. En relación al antes y el ahora, el grupo borderline dispone de mejor calidad de vida respecto a la comunicación. El grupo de deterioro moderado no ha modificado su calidad de vida, y el grupo de deterioro grave ha empeorado su calidad de vida, lo cual se puede deber a un deterioro cognitivo en aumento.

Gráfico 35: Media de los 3 grupos de no válidos en relación al área de relaciones con los otros



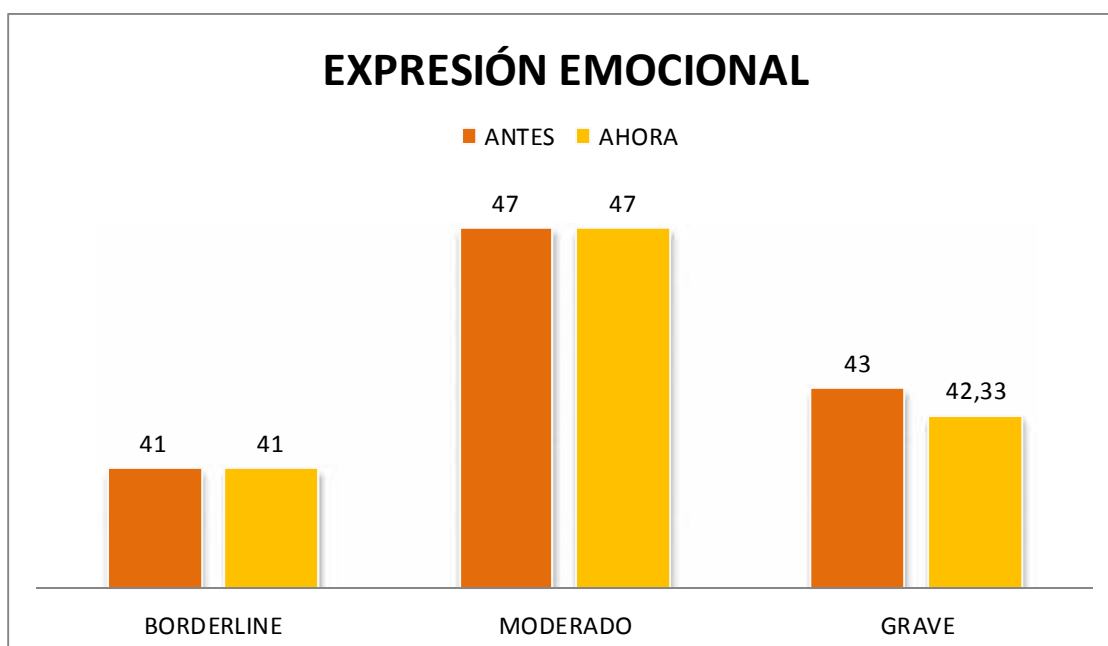
En el área de relaciones con los otros el grupo borderline ha mejorado en más de 3 puntos su calidad de vida. El grupo de deterioro moderado no ha modificado su calidad de vida, y el grupo de deterioro grave ha empeorado en casi 3 puntos.

Gráfico 36 : Media de los 3 grupos de no válidos en relación al área de participación en actividades



En cuanto al área de participación en actividades, exceptuando al grupo de deterioro moderado, que se encuentra igual en el antes que en el ahora, se puede observar una pequeña mejora en el grupo de deterioro cognitivo borderline de 1 punto, y en el de deterioro cognitivo moderado se ha empeorado, por lo tanto ha empeorado su calidad de vida.

Gráfico 37 : Media de los 3 grupos de no válidos en relación al área de expresión emocional

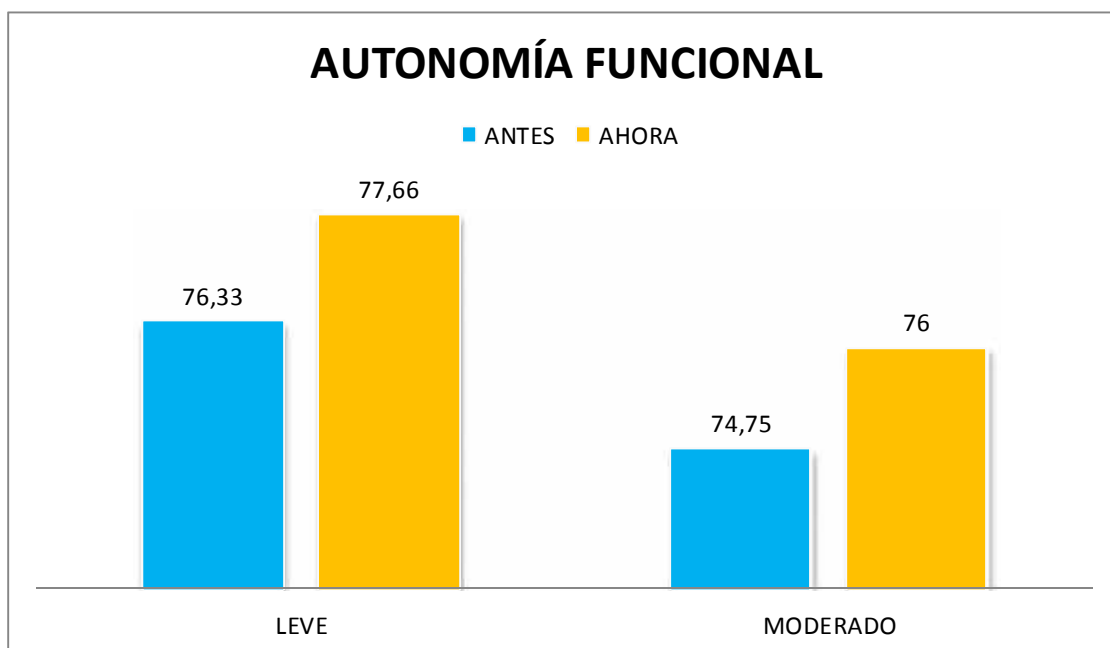


En el área de expresión emocional se puede observar cómo no ha habido mejora respecto al antes y al ahora de Proyecto, pero tampoco ha empeorado ninguno de los grupos, exceptuando el de deterioro cognitivo grave que lo ha hecho solo en 0,7 puntos, diferencia apenas significativa.

Se podría decir que la frecuencia de cada grupo es bastante baja, observando cómo los usuarios se expresan poco emocionalmente.

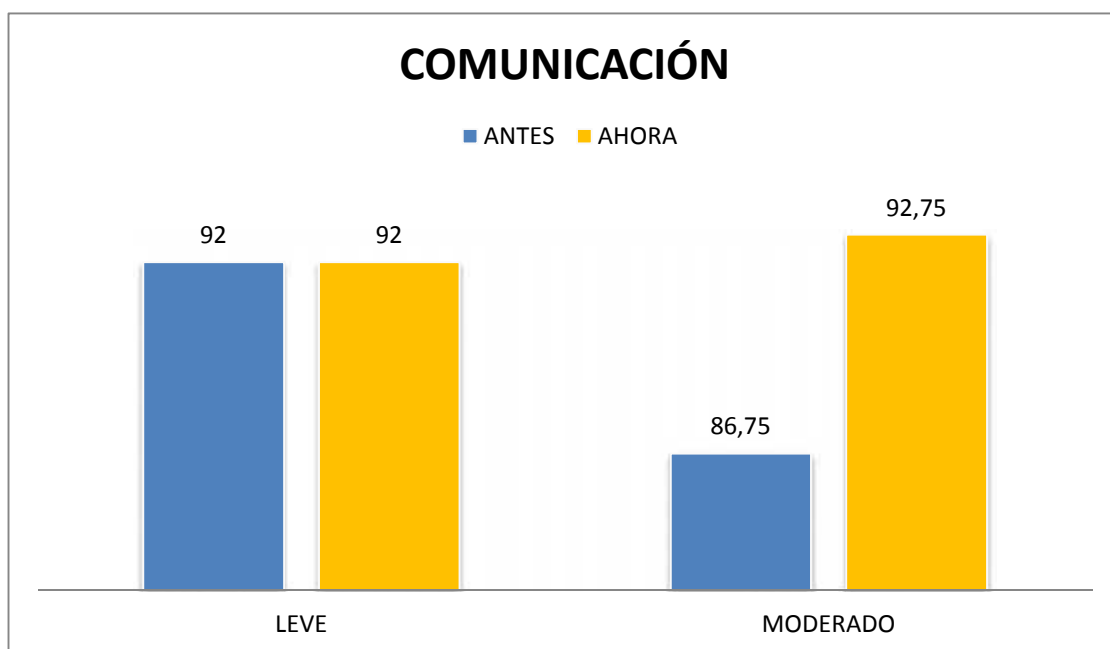
A continuación se procede a analizar los checklists en el grupo de usuarios válidos: Como se podrá observar, sólo se hará una distinción entre dos grupos de deterioro cognitivo, el grupo de deterioro cognitivo leve (3 usuarios) y deterioro cognitivo moderado (4 usuarios), ya que los usuarios del grupo borderline y de deterioro cognitivo grave se encuentran entre los residentes no válidos.

Gráfico 38 : Media de los 2 grupos de válidos en relación al área de autonomía funcional



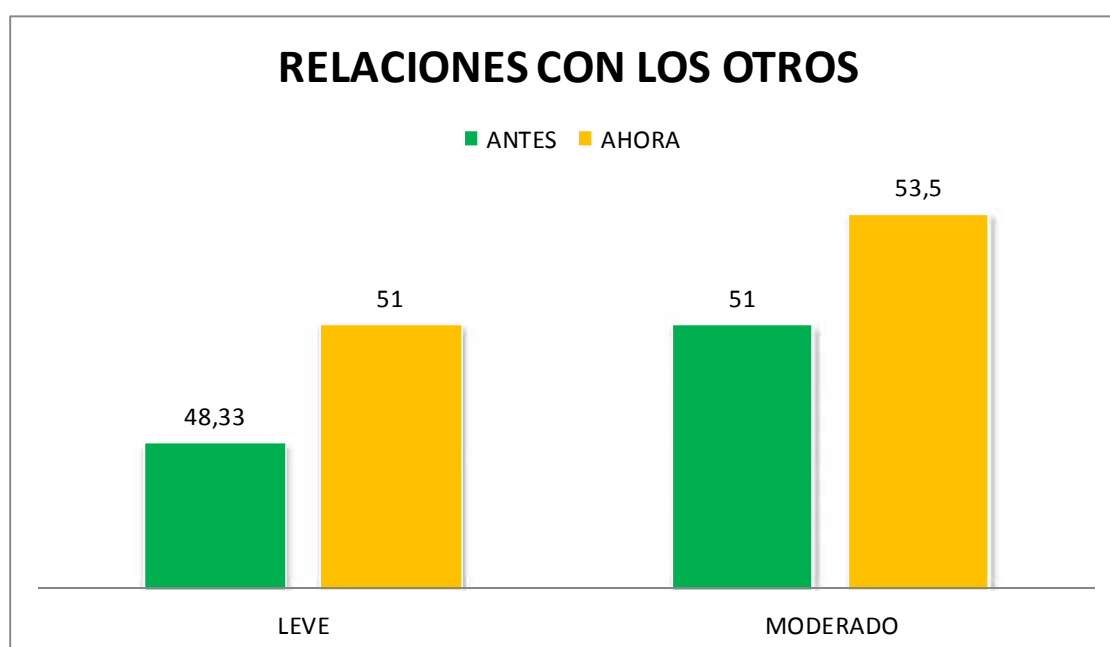
En relación al área de autonomía funcional se puede observar que durante el último año, en el que han participado en el Proyecto En mi casa, se ha producido una mejora en ambos grupos.

Gráfico 39 : Media de los 2 grupos de válidos en relación al área de comunicación



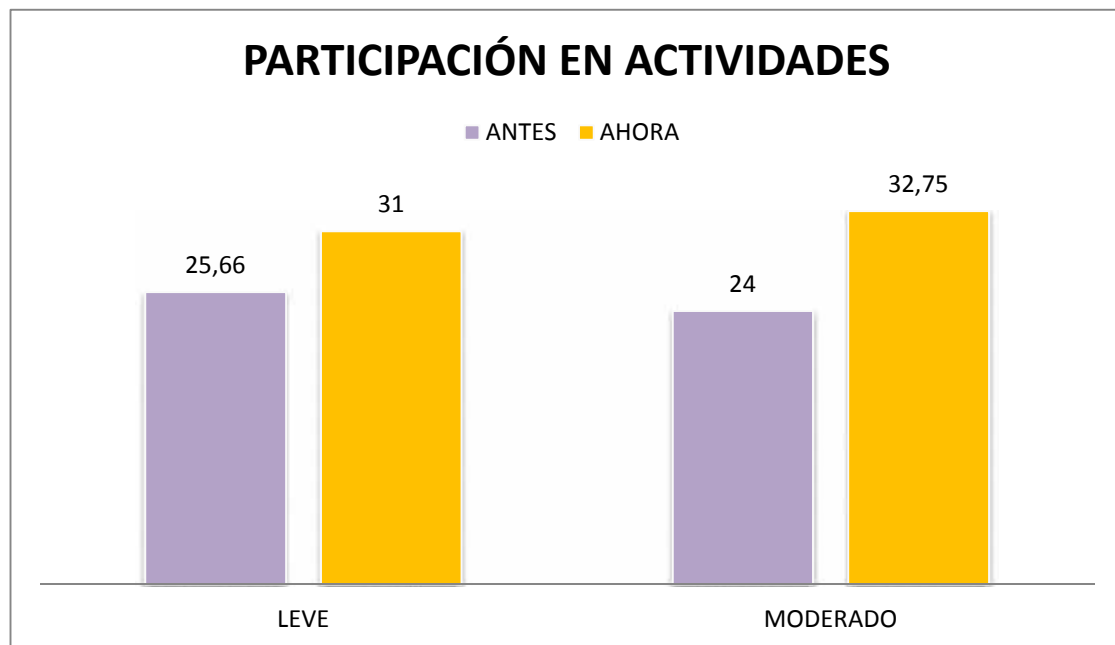
En cuanto al área de comunicación de los dos grupos de usuarios válidos, se puede observar cómo el grupo de deterioro leve sigue presentando la misma puntuación en el antes y el ahora respecto a la calidad de vida en la comunicación, mientras que el grupo de deterioro moderado ha mejorado de forma considerable, hasta alcanzar 0,75 puntos más que el grupo de deterioro leve, lo cual puede atribuirse a que la participación durante este año en el Proyecto “En mi casa” les puede ayudar a mejorar sobre todo a las personas con un deterioro moderado.

Gráfico 40 : Media de los 2 grupos de válidos en relación al área de relaciones con los otros



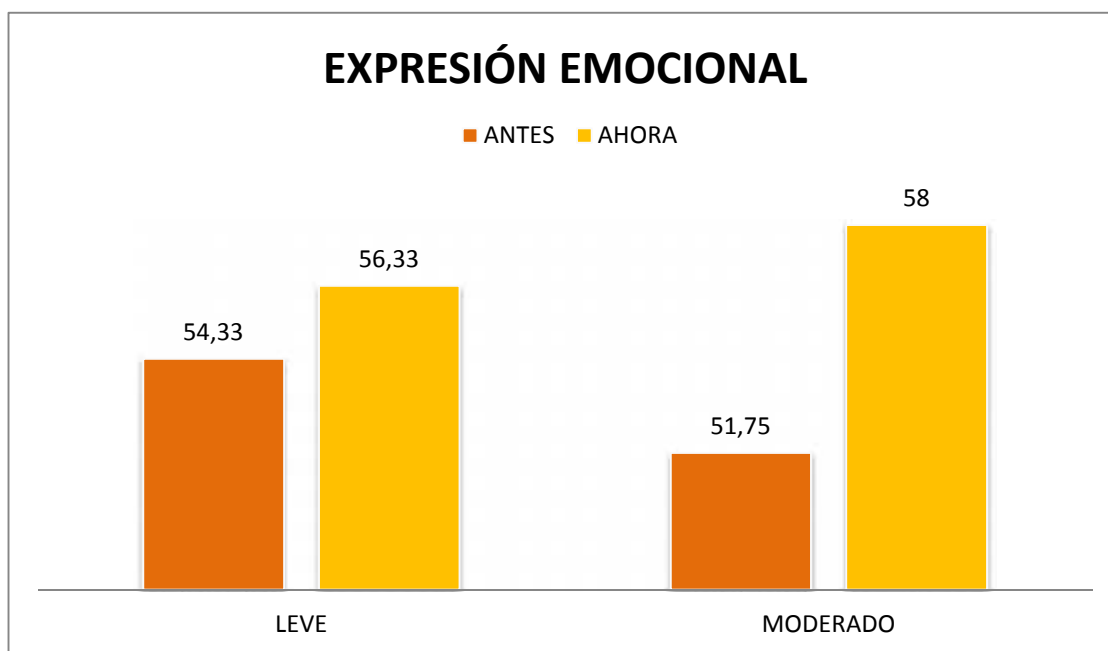
Respecto al área de relaciones con los otros, se puede observar en ambos grupos una mejora de las relaciones con respecto al antes del proyecto, comprobando cómo cada grupo aumenta casi 3 puntos.

Gráfico 41 : Media de los 2 grupos de válidos en relación al área de participación en actividades



En el área de participación en actividades se puede ver cómo los dos grupos mejoran considerablemente. En este caso podemos observar cómo el grupo de deterioro moderado ha mejorado incluso respecto al grupo de deterioro leve, presentando éste antes del proyecto una frecuencia menor que el grupo de deterioro leve, y aumentando esta frecuencia hasta alcanzar casi 2 puntos más que este grupo.

Gráfico 42 : Media de los 2 grupos de válidos en relación al área de expresión emocional



Y por último, en el área de expresión emocional se puede observar también como ambos grupos han mejorado respecto al antes del proyecto, observando cómo el grupo de deterioro moderado ha mejorado de forma considerable, incluso hasta superar al grupo de deterioro leve.

CONCLUSIONES

Como uno de los objetivos que se pretende es comprobar la eficacia del Proyecto “En mi casa” en la Residencia “Cardenal Marcelo”, a tenor de los datos recogidos y resultados podemos llegar a las siguientes conclusiones, organizadas en torno a dos ejes: los usuarios y el personal.

Respecto a la recogida de datos y su posterior análisis, se pueden observar diferentes conclusiones:

En relación a las rejillas de observación, el grupo borderline, dado que son dos personas con discapacidad visual, tal y como se ha comentado a lo largo del discurso, presenta más frecuencias positivas en las áreas de relaciones con los otros, expresión emocional y participación en actividades. Sin embargo, disponen de una mala comunicación. El grupo de deterioro leve tiene más frecuencias positivas en las áreas de comunicación, relaciones con los otros y expresión emocional, produciéndose una similitud de frecuencias positivas y negativas en el área de participación en actividades. El grupo de deterioro moderado cuenta con más frecuencias positivas en las áreas de relaciones con los otros, expresión emocional y participación en actividades, observándose una similitud entre las frecuencias positivas y negativas en el área de comunicación. Y por último, el grupo de deterioro grave, tiene más frecuencias positivas en las áreas de relaciones con los otros y expresión emocional, disponiendo de una mala comunicación y poca participación en actividades.

En relación a los checklists, se ha podido observar cómo los usuarios válidos presentan mejor calidad de vida que los no válidos. Además, dentro de los válidos se ha podido observar mejoras en todas las áreas estudiadas, además de destacar el grupo de deterioro moderado como el grupo que más ha mejorado respecto al antes y al después del Proyecto.

A pesar de la percepción que se puede tener del bienestar emocional en un año de aplicación del proyecto, se ha visto cómo el tiempo ha jugado en contra. No podemos olvidar que la edad es una circunstancia que no se puede modificar, ni tampoco el deterioro cognitivo que llega a presentar cada uno de los usuarios, pero lo importante es la mejora de la calidad de vida.

En relación al personal, 5 auxiliares han sido las encargadas de participar en el proyecto, como bien se ha explicado anteriormente.

Con las familias no ha habido relación, puesto que la participación en la investigación se ha realizado por las mañanas y las visitas son por las tardes, aunque se conoce que sí existe una buena relación con las familias, las cuales están implicadas en el proyecto.

Como sugerencias de mejora, se necesitaría un cambio de filosofía en relación al personal, la importancia de que la auxiliar se motive con el propio programa y accedan a esta experiencia con alta motivación al mismo, además de que se le proporcione más información y haya un cambio en algunas áreas.

Con estos datos se puede concluir que con el Proyecto En mi casa no se mejora de forma considerable la calidad de vida de todos los usuarios, pero si se han observado mejorías importantes sobre todo entre los grupos de personas válidas, sean éstas leves o moderadas. Además se ha podido observar una buena disposición por parte de los usuarios, lo animados que estaban...

Mediante la investigación que se está realizando se podrán ver si existen diferencias significativas entre el Proyecto “En mi casa” y un grupo control, sacado del resto de la residencia. A pesar de las limitaciones del proyecto, se ha podido comprobar la importancia de una atención integral centrada en la persona, así como el respeto por los derechos y la dignidad de todos los usuarios.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Gregori, J. y Macías Núñez, J.F. (2009). *Dependencia en geriatría*. Ediciones Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Barberá, E. (1999) *Evaluación de la enseñanza, evaluación del aprendizaje*. Ediciones Edebé. Barcelona.
- Bisquerra, R. (2013). *Cuestiones sobre bienestar*. Editorial Síntesis, S.A. Madrid.
- Bonita, R. (1998). *Women, Aging and Health: Achieving Health across the Lifespan*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://www.who.int/hpr/ageing/publications.htm>
- Bradburn, N.M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Buendía, J. (1997). *Gerontología y Salud. Perspectivas actuales*. Editorial Biblioteca Nueva, S.L., Madrid.
- Castañeda García, P. J. (2009). *Vejez, dependencia y salud. Guía práctica de gerontología*. Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A.), Madrid.
- Castejón, F.J. (1996) *Evaluación de programas en educación física*. Gymnos. Madrid.
- Causapié Lopesino, P., Balbontín López-Cerón, A., Porras Muñoz, M. y Mateo Echanagorría, A. (2011). *Envejecimiento activo. Libro blanco*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Secretaría General de Política Social y Consumo. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Recuperado de http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libro blancoenv.pdf
- Cava, M.J. y Musitu, G. (2000). *Bienestar psicosocial en ancianos institucionalizados y no institucionalizados*. Revista Multidisciplinar de Geriatría y Gerontología, V.10(4).
- Cid Ruzafa, J. y Damián Moreno, J. (1997). *Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel*. Revista Española de Salud Pública V.71 (2).
- Claramonte, M. *Superar el “vacío” cuando un hijo se marcha de casa*. Psicosalud. Recuperado de <http://www.psicoglobal.com/img/psicoglobal-salud-nido-vacio.pdf>
- Confederación Granadina en Empresarios (2008). *Programa Intersectorial para la Difusión de la Cultura Preventiva*. Fundación para la prevención de riesgos laborales. Recuperado de http://www.cge.es/portalcge/novedades/2009/prl/pdf_auditoria/capitulo4_1_3.pdf
- Consejería de Educación, Cultura y Deportes del Gobierno de Canarias. *Evaluación de actividades*. Recuperado de <http://www.gobiernodecanarias.org/educacion/3/Usrn/decufp/program/Evalua/evaluado wn.htm#tipos>
- VVAA. *Evolución Psicológica de la vejez*. Tema 8. Unidad II: Modificaciones en las demandas de autocuidado de la persona mayor. Recuperado de https://www.uam.es/personal_pdi/elapaz/mmmartin/2_asignatura/temas/unidad2/8/tema 8.pdf
- Feldman, R. (2007). *Desarrollo psicológico a través de la vida*. México: Pearson.
- Fernández-Ballesteros, R. (1997). *Calidad de vida en la vejez. Condiciones diferenciales*. Intervención psicosocial, V.6(1).

- Fernández-Ballesteros, R. (1996). *Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos*. Instituto Nacional de Servicios Sociales, Madrid.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo. Contribuciones de la psicología*. Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A.), Madrid.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos*. Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A.), Madrid.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología social*. Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A.), Madrid.
- Fernández-Ballesteros, R. (1983). *Psicodiagnóstico*. Madrid: UNED.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Psicología de la vejez. Una psicogerontología aplicada*. Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A.), Madrid.
- Ferrey, G., Le Goues, G y Bobes, J. (1994). *Psicopatología del anciano*. Barcelona: Masson.
- Fundación Matía (2011). *Modelo de atención centrada en la persona*. Cuadernos prácticos. Gobierno Vasco: Imago Soluciones de Comunicación.
- García, C.R., Gonzáles, B., Ruiz, V. (2005). *Calidad de vida y salud en la tercera edad*. Revista electrónica de Psicología Iztacala. Vol.8 (3).
- García Martín, M.A. (2001). *Los talleres de ocio y el bienestar de nuestros mayores: análisis de la experiencia malagueña*. Editorial Málaga: Junta de Andalucía, Consejería de Asuntos Sociales. Delegación Provincial, Málaga.
- George, L.K. y Clipp, F.C. (1991). *Subjective components of aging well*. Generations, 15.
- Gonzalo Sanz, L.M. (2002). *Tercera edad y calidad de vida. Aprender a envejecer*. Editorial Ariel, S.A., Barcelona.
- González, E., Muñoz, A.C., Bueno, J.A., Vílchez, L.F., de Andrés, T., Oñate, M^a.P., Morales, J., Fernández, M^a. P., González, M^a. P. (2000). *Psicología del ciclo vital*. Editorial CCS, Madrid.
- IMO. Instituto de Microcirugía Ocular. Recuperado de www.imo.es
- Junta de Castilla y León. *Nuevo modelo de atención residencial a personas mayores "En mi casa"*. Servicios sociales de Castilla y León. Recuperado de http://www.jcyl.es/web/jcyl/ServiciosSociales/es/Plantilla100/1284257146354/_/_/_
- Kahana, E. y Coe, R.N. (1969): *Perceptions of grandparenthood by community and institutionalized aged*. (Kalish, R.A.).
- Kane, R.A., y Kane, R.L. (1981). *Assesing the Elderly*. Lexington: Lexington Books.
- Keyes, C. (1998). *Social well-being*. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-140.
- López Miguel, J. y Martí Agustí, G. (2011). *Mini examen cognoscitivo (MEC)*. Revista Española de Medicina Legal. Vol. 37 (3).
- Mc graw-hill. *Unidad 2. El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales*. Recuperado de <http://www.mcgrawhill.es/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf>
- Mercier, C., Peladeau, N. y Tempier, R. (1998). *Age, gender and quality of life*. *Community Mental Health Journal*, 34.

- Molina, C., Meléndez, J.C. y Navarro, E. (2008). *Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados*. Universidad de Valencia. Vol. 24, nº 2 (diciembre), 312-319.
- Montorio, I. (1994). *La persona mayor. Guía aplicada de evaluación psicológica*. Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO). Madrid.
- Muñoz Tortosa, J. (2002). *Psicología del envejecimiento*. Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A.), Madrid.
- Neugarten, B.J. y Weinstein, K. (1964). *The changing american grandparent*. *Journal of Marriage and the Family*, 26.
- Organización Panamericana de la Salud. *Género y el envejecimiento*. Recuperado de <http://www1.paho.org/Spanish/DPM/GPP/GH/genderageingsp.PDF>.
- Papalia, D., Wendhos, S., Duskin, R. (2001). *Human development. Desarrollo humano*. Editorial McGraw-Hill, Bogotá, Colombia.
- Pearlman, M. y Sorensen, S. (2001). *Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: a meta-analysis*. *Journal of Gerontology. B. Social Sciences*, 56.
- Pinazo Hermandis, S. y Sánchez Martínez, M. (2005). *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*. Editorial Pearson Educación, S.A., Madrid.
- Ramos, J., Meza, A. M., Maldonado, I., Ortega, M.P., y Hernández, T. (2009). *Aportes para una conceptualización de la vejez*. *Revista de Educación y Desarrollo*, (11), pp. 47-56. Recuperado de http://file:/C:/Users/admin/Downloads/Aportes_para_una_conceptualizacion_de_la_veje.pdf.
- Rath, T. y Harter, J. (2010). *Well-being. The five Essential Elements*. Nueva York: Gallup Press.
- Real Academia Española (RAE). *Recuperado de* <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?id=MWRFjC2DSDXX2QIJYzMW>
- Rojo-Pérez, F., y Fernández-Mayoralas, G. (2011) *Calidad de vida y envejecimiento: la visión de los mayores sobre sus condiciones de vida*. 1ª edición, Bilbao.
- Ronnberg, L. (1998). *Quality of life in nursing-home residents an intervention study of the effect of mental stimulation through an audiovisual program*. *Age and Aging*, 27.
- Ryan, R.M. y Deci, E.L. (2001). *On happiness and human potentials: A re-view of research on hedonic and eudaimonic wellbeing*. *Annu. Rev. Psi-col.*, 52, 141-166.
- Ryff, C. (1989). *Happiness is everything, or Is It? Exploration on the Meaning of Psychological Well-Being*. *Journal of Personality an Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. & Keyes, C. (1995). *The Structure of Psychological Well-Being Revisited*. *Journal of Personality and Social Psychology*. V. 69(4), 719-727.
- Stassen, K., y Thompson, R. (2001). *Psicología del desarrollo: Aduldez y vejez*. (4ª. Ed.) México: Panamericana.
- The Whoqol Group. (1995). "The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science Medicine* V. 41 (10).

Universidad Pontificia de Comillas. *Módulo 7: Herramientas de calidad*. Recuperado de <http://web.cortland.edu/matresearch/HerraCalidad.pdf>

Urzúa, A., Caqueo-Urizar, A. *Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto*. Recuperado de [www.researchgate.net>publication>links](http://www.researchgate.net/publication/links).

Véliz Burgos, A. (2012). *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, Vol. 11, No. 2 (2012). Recuperado de: www.psicoperspectivas.cl › Inicio › Vol. 11(2)

Warner, K. y Willis, S. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez*. (5ª.ed.) Editorial Pearson Educación, S.A., Madrid.

Wood, V. y Robertson, J.F. (1976). *The significance of grandparenthood*. Nueva York. Human Sciences Press. Time, roles and self in old age (Gubrium, J.R., ed).

ANEXOS

CHECKLIST CUIDADORES

(documentos elaborados por M^a A. Inmaculada Calleja González, Valle Flores Lucas, y la Gerencia de Servicios Sociales de la Conserjería de Familia e Igualdad de Oportunidades)

-
Datos de identificación del usuario:
Nombre y apellidos _____
Edad _____ Procedencia _____
Profesión _____ Estado civil _____

Datos de identificación del cuidador:
Nombre y apellidos: _____
Puesto laboral _____ Años de experiencia: _____
Tiempo desde que conoce al usuario: _____

Responder a las preguntas en función del grado en el que se presenta cada una de las situaciones, de acuerdo con la siguiente escala:

1= nunca/muy poco 2= casi nunca/ rara vez 3= a veces/bastante 4= siempre/mucho

AUTONOMÍA FUNCIONAL

ANTES				Situación	AHORA			
1	2	3	4		1	2	3	4
				1. Controla los esfínteres				
				2. Es capaz de comer solo				
				3. Es capaz de utilizar la cuchara				
				4. Es capaz de utilizar el cuchillo				
				5. Es capaz de utilizar el tenedor				
				6. Es capaz de beber solo				
				7. Bebe pero con ayuda				
				8. Es capaz de usar por si solo la servilleta				
				9. Come mediante sonda				
				10. Come mediante jeringuilla				
				12. Abre la boca y facilita que se le alimente				

				13.Rechaza alimentos				
				14.No colabora en la alimentación				
				15.Tiene problemas de movilidad				
				16.Utiliza silla de ruedas				
				17.Utiliza andador				
				18.Utiliza bastón/muleta				
				19.Pasea solo				
				20.Se levanta solo de la cama				
				21.Se levanta solo del sillón				
				22.Es capaz de recoger objetos con las manos				

COMUNICACIÓN

ANTES				Situación	AHORA			
1	2	3	4		1	2	3	4
				1.Inicia conversación				
				2.Responde y mantiene conversación verbalmente				
				3.Sigue el tema de conversación				
				4.Rompe el tema de conversación				
				5.Su conversación es coherente				
				6.Establece contacto ocular				
				7.Responde al intento conversacional de otro				
				8.Sonríe cuando le hablan				
				9.Mira a quien habla				
				10.Responde con vocalizaciones al otro				
				11.Su postura se orienta hacia el foco de sonido				

				12.Coherencia entre el lenguaje verbal y la expresión facial				
				13.Realiza gesto de pedir algo				
				14.Realiza gestos de asentimiento ante una pregunta o una petición del otro				
				15.Realiza gestos de pedir que le muevan o le levanten				
				16.Realiza gestos de mostrar algo				
				17. Realiza gesto de dar algo				
				18.Habla con quien le asea o viste				
				19.Mira a quien le asea o viste				
				20.Sonrie a quien le asea o viste				
				21.Verbaliza su necesidad de ir al baño				
				22.Habla a quien le da de comer				
				23.Sonrie a quien le da de comer				
				24.Mira a quien le da de comer				

RELACIONES CON LOS OTROS

ANTES				Situación	AHORA			
1	2	3	4		1	2	3	4
				1.Busca activamente la compañía de otros				
				2.Acepta pasivamente la compañía de otros				
				3.Sonrie a otros cuando se acercan o se dirigen a su persona				
				4.Establece contacto ocular				
				5. Acepta el contacto físico				
				6.Inicia contacto físico				

				7.Evita la compañía de otros				
				8.Vuelve la cabeza en dirección contraria a otros				
				9.Esquiva o no establece contacto ocular				
				10.Hace gestos de disconfort o rechazo cuando se le acercan otros				
				11.Su postura corporal es de evitación				
				12.Su postura corporal es de acercamiento				
				13.Reacciona con acercamiento hacia las personas nuevas				
				14. Reacciona con evitación hacia las personas nuevas.				

PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES

ANTES				Situación	AHORA			
1	2	3	4		1	2	3	4
				1.Ayuda en tareas de cocina				
				2.Ayuda en tareas de poner y quitar la mesa				
				3.Participa activamente en la actividad				
				4.Participa haciendo lo que le indican				
				5.Participa haciendo lo que le indican pero con ayuda				
				6.Está y habla con los otros aunque no realice actividad				
				7.Está y mira atento a la actividad				
				8.Está y sonrío viendo la actividad				
				9.Está pero mira para otro lado				

EXPRESIÓN EMOCIONAL

ANTES				Situación	AHORA			
1	2	3	4		1	2	3	4
				1.Sonríe				
				2.Ríe				
				3.Muestra tristeza				
				4.Llora				
				5.Muestra enfado				
				6.Grita enfadado				
				7.Muestra dolor				
				8.Se queja de dolor				
				9.Muestra asombro o sorpresa				
				10.Muestra rechazo o asco				
				11.Muestra temor				
				12.Está relajado				
				13.Está agitado o tenso				
				14.No muestra ninguna emoción				
				15. Tiene la mirada perdida, ausente...				
				16.Muestra expresiones de aburrimiento				

Observaciones:

REJILLA DE OBSERVACIÓN

Datos de identificación del usuario:

Nombre y apellidos _____ Edad _____

Procedencia _____

Profesión _____ Estado civil _____

COMUNICACIÓN

Situación	FECHA	HORA INICIO	HORA FIN	Observaciones
1. Inicia conversación				
2. Responde y mantiene conversación verbalmente				
3. Rompe el tema de conversación				
4. Su conversación es coherente				
5. Establece contacto ocular				
6. Sonríe cuando le hablan				
7. Mira a quien habla				
8. Responde con vocalizaciones al otro				
9. Su postura se orienta hacia el foco de sonido				
10. Coherencia entre el lenguaje verbal y la expresión facial				
11. Realiza gesto de pedir algo				
12. Realiza gestos de asentimiento ante una pregunta o una petición del otro				
13. Realiza gestos de pedir que le muevan o le levanten				
14. Realiza gestos de mostrar algo				
15. Realiza gesto de dar algo				
16. Habla con quien le asea o viste				
17. Mira a quien le asea o viste				
18. Sonríe a quien le asea o viste				
19. Verbaliza su necesidad de ir al baño				

20.	Habla a quien le da de comer				
21.	Sonríe a quien le da de comer				
22.	Mira a quien le da de comer				

RELACIONES CON LOS OTROS

Situación	FECHA	HORA INICIO	HORA FIN	observaciones
1. Busca activamente la compañía de otros				
2. Sonríe a otros cuando se acercan o se dirigen a su persona				
3. Establece contacto ocular				
4. Acepta el contacto físico				
5. Vuelve la cabeza en dirección contraria a los otros				
6. Esquiva el contacto ocular				
7. Reacciona con acercamiento hacia las personas nuevas				
8. Reacciona con evitación hacia las personas nuevas.				

EXPRESIÓN EMOCIONAL

Situación	FECHA	HORA INICIO	HORA FIN	Observaciones
1. Sonríe				
2. Muestra tristeza				
3. Llora				
4. Muestra enfado				

5.	Se queja de dolor				
6.	Muestra asombro o sorpresa				
7.	Muestra rechazo o asco				
8.	Muestra temor				
9.	Está relajado				
10.	Está agitado o tenso				
11.	No muestra ninguna emoción				
12.	Tiene la mirada perdida, ausente				
13.	Muestra expresiones de aburrimiento				

PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES

Situación	FECHA	HORA INICIO	HORA FIN	observaciones
1. Ayuda en tareas de cocina				
2. Ayuda en tareas de poner y quitar la mesa				
3. Participa activamente en la tarea				
4. Participa haciendo lo que le indican				
5. Participa haciendo lo que le indican pero con ayuda				
6. Está y habla con los otros aunque no realice actividad				
7. Está y mira atento a la actividad				
8. Está y sonrío viendo la actividad				
9. Está pero mira para otro lado				