

AUTONOMÍA PERSONAL Y DEPENDENCIA

Julen ENÉRIZ DEL VALLE

***INGRESO DE PERSONAS MAYORES
EN RESIDENCIA, SENTIMIENTO DE
CULPA FAMILIAR Y GRUPOS DE
AYUDA MUTUA***

TFG/GBL 2020

upna

Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Grado en Trabajo Social

Grado en Trabajo Social

Trabajo Fin de Grado

Gradu Bukaerako Lana

***INGRESO DE PERSONAS MAYORES EN
RESIDENCIA, SENTIMIENTO DE CULPA
FAMILIAR Y GRUPOS DE AYUDA MUTUA***

Julen ENÉRIZ DEL VALLE

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
GIZA ETA GIZARTE ZIENTZIEEN FAKULTATEA

**UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA
NAFARROAKO UNIBERTSITATE PUBLIKOA**

Estudiante / Ikaslea

Julen ENÉRIZ DEL VALLE

Título / Izenburua

Ingreso de personas mayores en residencia, sentimiento de culpa familiar y Grupos de Ayuda Mutua.

Grado / Gradu

Grado en Trabajo Social

Centro / Ikastegia

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales / Giza eta Gizarte Zientzien Fakultatea
Universidad Pública de Navarra / Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Director-a / Zuzendaria

Iosune GOÑI URRUTIA

Departamento / Saila

Departamento de Sociología y Trabajo Social/ Soziologia eta Gizarte Laneko Saila

Curso académico / Ikasturte akademikoa

2019/2020

Semestre / Seihilekoa

Primavera / Udaberri

Resumen

El presente trabajo pretende conocer en mayor profundidad de qué manera se vive dentro de las familias el proceso de institucionalización de un ser querido y cómo evoluciona el sentimiento de culpa que se genera. El propósito es plantear un proyecto de intervención que trabaje con las familias que han iniciado recientemente este proceso, ese sentimiento de culpa por medio de un Grupo de Ayuda Mutua que esté supervisado por la persona profesional del Trabajo Social del centro en cuestión. Para ello he realizado una búsqueda bibliográfica y una entrevista a una trabajadora social de un centro residencial de personas mayores.

Palabras clave: Grupo de Ayuda Mutua; Institucionalización; Familiares; Sentimiento de culpa; Trabajo Social.

Abstract

The present dissertation tries to know in greater depth how the families experience the process of institutionalizing a loved one and how the feeling of guilt that is generated evolves. The purpose is to propose an intervention project that works with families who have recently started this process and that are feeling guilt through a Mutual Aid Group that is supervised by the professional Social Work person from each center. In order to achieve this, I have done a bibliographic search and an interview with a social worker from a residential center for the elderly.

Keywords: Mutual Aid Group; Institutionalization; Relatives; Guilty feeling; Social Work.

Índice:

INTRODUCCIÓN	1
1. MARCO TEÓRICO/CONCEPTUAL	4
1.1. Envejecimiento	4
1.2 La salud	5
1.3. Situación de dependencia.....	6
1.4. Cuidados familiares.....	8
1.5. La institucionalización en residencia	9
1.6. El ingreso en el centro residencial	11
1.6.1. El duelo asociado al ingreso	13
1.6.2. La implicación familiar tras el ingreso.....	15
1.7. Las emociones y el sentimiento de culpa	15
1.7.1. Las emociones	15
1.7.2. El sentimiento de culpa.....	17
1.8. Los grupos de ayuda mutua.....	18
1.8.1. El rol profesional en los GAM.....	19
1.8.2. Tipos de GAM y características	20
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	24
2.1. Objetivos	24
2.2. Hipótesis	24
3. METODOLOGÍA	25
3.1. Planteamiento inicial	25
3.2. Planteamiento final.....	26
4. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO	28
4.1. Experiencias similares	28
4.1.1. La familia contigo	28
4.1.2. Cuidarse para poder cuidar.....	30
4.1.3. Grupos de apoyo emocional y ayuda mutua de Barcelona	31
4.2. Beneficios de los GAM	32
4.3. Análisis de la entrevista a la Trabajadora Social	35
4.3.1. Idoneidad del proyecto	35
4.3.2. El proceso de duelo generado por el ingreso residencial	37
4.3.3. El sentimiento de culpa asociado al ingreso residencial.....	38
4.3.4. Factores que inciden en el sentimiento de culpa	39
4.3.5. Pautas a tener en cuenta en la elaboración del proyecto	41

5. DESARROLLO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN: “HABLANDO LA CULPA SE VA VOLANDO”	44
5.1. Naturaleza del proyecto	44
5.2. Fundamentación	45
5.2.1. Análisis de la situación	45
5.2.2. Necesidades a las que responde el proyecto	46
5.3. Objetivos	46
5.4. Personas destinatarias	47
5.5. Características del GAM	49
5.6. Metodología	50
5.6.1. Fases de constitución	50
5.6.2. Dinámica de las sesiones	51
5.6.3. Normas básicas del GAM	52
5.6.4. Incorporación de nuevos miembros	53
5.6.5. Formación	53
5.7. Organización	54
5.7.1. Temporalización	54
5.7.2. Calendarización	55
5.7.3. Recursos	56
5.8. Actividades	57
5.8.1. Difusión del proyecto	57
5.8.2. Sesiones	58
5.9. Evaluación	70
5.9.1. Evaluación de las personas participantes	70
5.9.2. Evaluación de las sesiones	71
CONCLUSIONES Y CUESTIONES ABIERTAS	73
REFERENCIAS	77
ANEXOS	81
Anexo I: Guion de la entrevista a la Trabajadora social	81
Anexo II: Entrevista a la Trabajadora Social	83
Anexo III: Ficha informativa	95
Anexo IV: Cartel informativo	96
Anexo V: Valoración final sobre GAM	97
Anexo VI: Ficha evaluativa para la figura profesional	99

INTRODUCCIÓN

El presente documento representa el Trabajo de Fin de Grado, correspondiente al Grado de Trabajo Social, impartido en la Universidad Pública de Navarra (UPNA). Su objetivo es desarrollar un proyecto de intervención para los centros residenciales de personas mayores, que se centre en ayudar a reducir o eliminar el sentimiento culpa que tienen las familias cuando se produce el ingreso de un ser querido en el centro. La propuesta que desarrollo más adelante consiste en la implantación de un Grupo de Ayuda Mutua (GAM), que permita a personas que están pasando por la misma situación compartir experiencias y trabajar entorno al sentimiento de culpa de forma conjunta.

La idea de este TFG surge en base a mi experiencia profesional como gerocultor de un centro residencial de personas mayores de la Comarca de Pamplona, ya que llevo 8 años dedicándome a ello. Para dar un rigor empírico a mi experiencia profesional se iban a realizar entrevistas a la trabajadora social y psicóloga del Centro Amavir Oblatas (centro en el que iba a realizar las prácticas de carácter especializado), además de entrevistar a diferentes familiares en dos momentos concretos; a los pocos días tras el ingreso y una vez pasado el primer mes que denominan “de adaptación”. Por la crisis sanitaria mundial del Covid-19 en la que nos vemos inmersos, este planteamiento no se ha podido realizar en su totalidad. Los centros residenciales se encuentran en un escenario muy complicado y no disponen de mucho tiempo para poder dedicarse a este tipo de asuntos de índole más académica, debido a la forma tan grave en la que el virus les ha afectado. Antes de que la situación se volviese preocupante en Navarra, estos centros decidieron terminar las prácticas con las personas estudiantes, y cerrar sus puertas a las visitas de sus familias. A pesar de ello, los datos muestran que Navarra, a 7 de mayo de 2020, cuenta con 476 personas fallecidas, de las cuáles 239 son personas de centros residenciales, lo que corresponde un 50'2% (Sosa, 2020). Por lo que la mitad de las personas fallecidas en nuestra comunidad foral provienen de este tipo de centros. Es un dato cuanto menos preocupante.

Existe mucha información sobre cómo la persona residente vive el proceso de ingreso en un centro residencial de personas mayores, pero en cambio, hay muy poca información sobre cómo este acontecimiento afecta a sus familiares, ya que es

importante tener en mente que puede ser un proceso traumático para las dos partes. Nos encontramos en una sociedad, en la que está “establecido moralmente”, que son los hijos e hijas quienes tienen que cuidar a sus padres y madres. El tener que delegar los cuidados en una institución, puede suponer la aparición de sentimientos de culpa.

El documento consta de diferentes partes. En primer lugar está el marco teórico/conceptual, que pretende dar respuesta a qué es el envejecimiento y qué factores están unidos a él, para entender el eje principal de mi proyecto; la institucionalización, el duelo y los grupos de ayuda mutua. El segundo punto son los objetivos e hipótesis, que pretenden ser un punto de partida para el TFG que estoy planteando. El tercer punto es la metodología. Ésta se divide en dos apartados: el planteamiento inicial y el planteamiento final. Pretende explicar qué es lo que tenía pensado hacer en un primer momento y de qué manera lo iba a llevar a cabo, y qué es lo que finalmente se ha realizado debido a la situación del Covid-19. La justificación del proyecto compone el cuarto punto del trabajo. Pretende analizar experiencias similares a la propuesta de intervención que vengo a presentar en este documento, que se realizan en otras Comunidades Autónomas o en otros centros residenciales. Además, pretende aportar datos de interés sobre los beneficios de implementar un Grupo de Ayuda Mutua. También se hace un análisis a una entrevista realizada a una trabajadora social de una residencia de personas mayores de la Comarca de Pamplona. El quinto punto representa el desarrollo del proyecto que he denominado “Hablando la culpa se va volando”. En este apartado explico detalladamente en qué consiste este proyecto y los mecanismos necesarios para poder llevarlo a cabo. El último punto son las conclusiones y cuestiones abiertas que pretende ser un apartado de reflexión personal sobre todo el proceso que he seguido para la elaboración del proyecto y establecer posibles cuestiones que se hayan podido quedar sin resolver. Para terminar, al final del documento aparecen todas las referencias bibliográficas que he utilizado para la realización del mismo y los diferentes anexos del documento.

Antes de empezar con la lectura del TFG, quiero señalar que he intentado en todo momento utilizar un lenguaje inclusivo y no sexista. Para ello he utilizado mucho el término “familia”, englobando a todos los tipos de familias que existen, no solamente la familia nuclear tradicional y el término “personas”, “personas profesionales”, etc. Por

ese motivo, en alguna ocasión aparecerá “la trabajadora social”, haciendo referencia a la persona profesional, no a que tenga que ser una mujer necesariamente.

1. MARCO TEÓRICO/CONCEPTUAL

1.1. Envejecimiento

Actualmente nos encontramos en una sociedad muy envejecida. Podemos entender el envejecimiento cómo “el conjunto de transformaciones que aparecen en el individuo a lo largo de la vida. Se trata de cambios bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales” (Filardo, 2011: 206). La autora, establece, que para determinar la edad efectiva de una persona, hay que tener en cuenta una serie de factores. Los diferencia cuatro tipos de edad: cronológica (el número de años cumplidos), fisiológica (basada en el envejecimiento de los órganos y tejidos), psíquica (determinada por los acontecimientos externos sociales y afectivos) y social (rol individual que se desempeña en la sociedad).

Es importante diferenciar entre envejecimiento fisiológico y envejecimiento patológico. Como explica Cristina Filardo (2011) (Filardo, 2011) en su artículo *Trabajo Social para la Tercera Edad*, estos dos tipos de envejecimientos hay que situarlos en los extremos de un continuum. El primero, hace referencia a cambios inevitables que no son de carácter patológico, como por ejemplo, la aparición de arrugas o de canas. En cambio el segundo, hace referencia a procesos de enfermedad, como por ejemplo, el Alzheimer o la descalcificación de los huesos.

Hay autores que amplían más la diferenciación anterior, y hablan de envejecimiento normal, patológico y óptimo. En cuanto a la vejez patológica, se sitúan las personas que “a pesar de no sufrir ninguna enfermedad inhabilitante, presentan un alto riesgo de padecerla amén de que su funcionamiento físico y cognitivo pudiera presentar alteraciones (aunque no patológicas)” (Fernández R. , 1998). Rocío Fernández (1998) define la vejez normal no solo como la ausencia de riesgo, sino también como el correcto funcionamiento biopsicosocial. Por último, la vejez óptima (también denominada envejecimiento con éxito o competente) se puede definir cómo “baja probabilidad de enfermedad y de discapacidad asociada, alto funcionamiento cognitivo y capacidad física funcional y compromiso activo con la vida” (Rowe y Kahn, 1997, citado por Fernández, 1998).

El envejecimiento, viene acompañado de una serie de cambios, que en mayor o menor medida, afectan a todas las personas. Según Cristina Filardo (2011), principalmente se dan tres cambios: físicos, psicológicos y sociales. El primero se caracteriza principalmente por cambios que son observables (disminución de la altura, caída del pelo, aparición de arrugas), pero además se sufren una serie de cambios en las funciones orgánicas vitales, reguladoras y ejecutivas (cambios en el sistemas cardiovascular, respiratorio y digestivo), que van acompañados de cambios sensoriales que afectan sobretodo a la percepción (visión, audición y gusto). En cuanto a los cambios psicológicos, nos encontramos con la disminución de funciones cognitivas, cambios que tienen que ver con el lenguaje, y con un cambio en sus estrategias de afrontamiento, que pasan a ser más pasivas y centradas en la emoción.

Por último, en cuanto a los cambios sociales, el principal es la jubilación, este acontecimiento afecta en el estilo de vida, estatus y rol social. También se sufren cambios dentro de las propias estructuras familiares, ya que con el paso de los años puedes ver como tus hijos e hijas inician su propio proyecto vital fuera del hogar familiar. Además las redes sociales se pueden ver debilitadas. Existen también una serie de estereotipos que se atribuyen a las personas mayores, como por ejemplo la inutilidad y el mal estado de salud, que pueden influir notablemente en el autoconcepto.

1.2 La salud

Generalmente las personas entendemos la salud como la ausencia de enfermedad. Este concepto que se tiene sobre ella, es una visión parcial y sesgada, ya que solamente hace referencia a la parte biológica. Es por ello, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad” (Organización Mundial de la Salud, 2014: 1). Esta definición es muy importante porque establece que en un buen estado de salud influyen aspectos biológicos y psíquicos, pero también sociales, y por lo tanto, nuestro contexto social incide en el estado de salud. Como recoge el *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud* de la OMS:

“hoy en día, por primera vez en la historia, la mayoría de las personas puede aspirar a vivir más allá de los 60 años. [...] En los países con ingresos altos, el

aumento sostenido de la esperanza de vida actualmente se debe sobre todo al descenso de la mortalidad entre las personas mayores” (Organización Mundial de la Salud, 2015: 3).

En relación con la natalidad, el mismo informe añade: “estas tendencias, combinadas con las caídas importantes en la fecundidad que se registran en casi todos los países comienzan a repercutir considerablemente en la estructura de las poblaciones” (Organización Mundial de la Salud, 2015: 3).

Este fenómeno puede encontrar relación con las mejoras del sistema sanitario y el avance en la medicina y en la tecnología, que inciden positivamente en nuestra salud situando “la mayoría de las muertes en personas mayores de 70 años” (Organización Mundial de la Salud, 2015: 47), siendo la causa principal enfermedades no transmisibles. En cuanto al descenso de la natalidad, la OMS explica en su informe que esto se debe al aumento del uso de técnicas anticonceptivas y a los cambios en las normas social que tienen que ver con el género.

1.3. Situación de dependencia

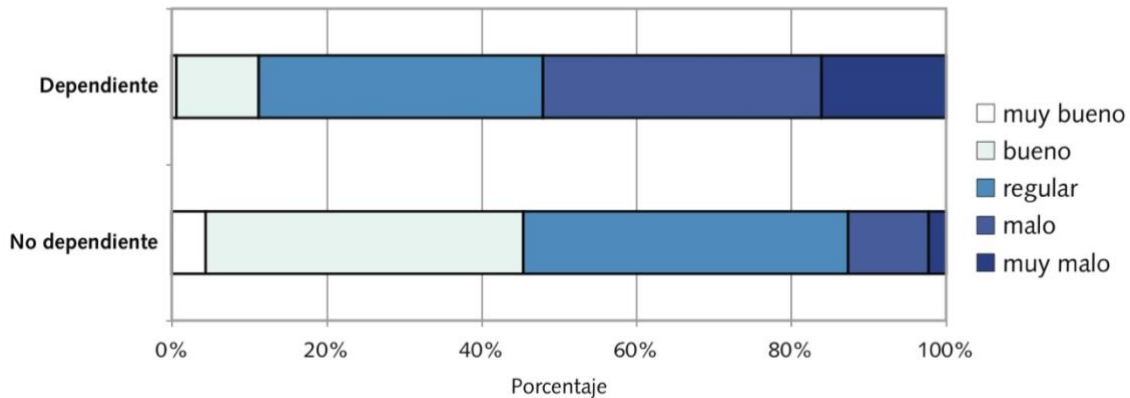
En nuestra sociedad, existe una creencia generalizada en la población, que asocia a las personas mayores y al envejecimiento con un deterioro del estado de salud, a pesar de que, como dice Salvà (2006):

“aproximadamente el 50% de las personas mayores manifiestan en las diferentes encuestas de salud que tienen una buena o muy buena salud, lo que suele asociarse a la ausencia de síntomas importantes de las posibles enfermedades crónicas existentes y a la ausencia de enfermedades discapacitantes” (Salvà, 2006: 3).

Como puede observarse en la siguiente imagen extraída del libro *Envejecimiento y Dependencia: Una mirada al panorama futuro de la población española* (Puyol & Abellán, 2006), más de la mitad de las personas de 65 años o más que se encuentran en una situación de dependencia, valoran su salud como mala o muy mala. En cambio, las personas de esa misma edad que no viven una situación de dependencia la valoran como buena o muy buena. Esto lo que muestra es que no necesariamente el deterioro

del estado de salud tiene que estar vinculado a la edad, sino más bien a la situación o no de dependencia.

Tabla I: Estado de salud de la población de 65 y más años



Fuente: Envejecimiento y Dependencia: Una mirada al panorama futuro de la población española (2006).

Salvà (2006) destaca en su artículo que existen dos vías por las que puede sucederse la situación de dependencia. La primera vía es como consecuencia de un proceso de enfermedad y, por lo tanto, llega de forma abrupta e inesperada. Por otro lado, puede darse una situación de dependencia de forma progresiva.

Según la *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* del año 2006, la dependencia se puede entender como “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal” (Gobierno de España, 2006). Es una definición muy importante porque empieza hablando de que es un estado, es decir, una situación que acompaña a la persona, en ningún caso la define. Por lo tanto, las personas nunca pueden ser dependientes, sino que se encuentran en una situación de dependencia.

1.4. Cuidados familiares

España, al igual que los países mediterráneos y de América Latina, puede considerarse un país muy familista. Esto quiere decir que, generalmente son las familias, y más concretamente las mujeres, las que asumen los cuidados de los menores y de las personas en situación de dependencia. A este tipo de cuidados, los denominamos informales, ya que como bien explican Crespo y López (2007), son cuidados no remunerados en los que no intervienen profesionales ni voluntarios, ya que se requiere un lazo emocional con la persona en situación de dependencia.

Por lo tanto, estos cuidados pueden estar compuestos por familiares o miembros extrafamiliares (amigos y vecinos). Los cuidados informales, en muchas ocasiones puede derivar en una situación de sobrecarga familiar. La sobrecarga puede entenderse como “el grado en que la persona cuidadora percibe que el cuidado ha influido sobre diferentes aspectos de su salud, vida social, personal y económica” (Zarit, Reever y Bach-Peterson, 1980, citado por Fernández & Martínez et al, 2011: 388).

El mayor nivel de sobrecarga lo padece la cuidadora principal de la familia, que es la familiar que destina más tiempo a satisfacer la necesidad de cuidados de la persona en situación de dependencia, es decir, “asume tareas del cuidado, con la responsabilidad que ello implica, es percibida por los restantes miembros de la familia como responsable de la persona dependiente y no es remunerada económicamente” (Fernández et al, 2011: 388).

Debido a esta situación, hay expertos que a las personas cuidadoras principales las denominan como víctimas secundarias de la situación de dependencia, ya que deben de dejar su vida de lado y vivir por y para la persona en situación de dependencia, con el único objetivo de facilitar las ayudas necesarias para que ésta pueda vivir con la mayor dignidad y calidad de vida posible. Por lo tanto, cuidar de alguien supone una gran responsabilidad que “si no se logra manejar adecuadamente puede traer repercusiones físicas, mentales y socioeconómicas, [...] comprometiendo la vida, salud, bienestar y el cuidado y autocuidado de la persona cuidadora y de la persona en situación de dependencia” (Flores, Rivas, & Seguel, 2012: 30). Es importante destacar la idea de Crespo y López (2007) sobre lo que denominan “carrera inesperada”, ya que hablan que ser cuidador o cuidadora no está en los planes de futuro de ninguna persona, pero que

cuando llega lo hace de forma inesperada. Esta experiencia, según estos autores pasa por tres etapas:

- **Preparación-adquisición:** La futura persona cuidadora empieza a ser consciente de las dificultades de la persona en situación de dependencia y de la necesidad de apoyo en los cuidados. Según los autores, esto viene motivado por el empeoramiento en la salud y una posible hospitalización.
- **Promulgación-actuación:** En esta segunda etapa, ya se ejerce el rol de cuidador con todas las consecuencias a nivel personal, laboral y social que eso conlleva. Los problemas de la persona dependiente son multidimensionales, esta situación hace que la persona cuidadora tenga que ir adaptando ese papel a las características de dichas necesidades. Es en esta etapa donde se puede producir la institucionalización de la persona en situación de dependencia en un centro residencial para personas mayores.
- **Abandono:** Esta última etapa se da cuando el familiar fallece. Este hecho supone el fin del inesperado, pero adquirido, rol del cuidador. Para la persona vuelve a ser un cambio brusco que supone “no solo recomponer su vida, sino también en numerosas ocasiones su identidad” (Crespo & López, 2007: 24). Si la persona en situación de dependencia ha sido institucionalizada, este hecho supone un incremento del sentimiento de culpa debido al sentimiento de abandono que tiene la familia, pero sobretodo la persona que ejerce el rol de cuidadora principal.

1.5. La institucionalización en residencia

En nuestra sociedad, al igual que en muchas otras, existen unas ideas sobre quiénes son las personas que deben encargarse de realizar los cuidados. Generalmente es un miembro de la pareja quien se encarga de cuidar al otro dentro de los marcos del hogar, pero el aumento de la esperanza de vida y la mejora del sistema sanitario, hacen que este tipo de situaciones se alarguen durante mucho tiempo. Esta situación puede provocar que la persona cuidadora claudique en los cuidados al ver empeorado su estado de salud, y al verse aumentada la necesidad de cuidados de la persona en situación de dependencia.

La consecuencia suele ser que los cuidados pasen a otro miembro de la familia, o la institucionalización en una residencia. Si los cuidados los asume otro familiar, socialmente se espera que lo haga una mujer debido a los roles y estereotipos de género, que muestran esta función como una extensión maternal de sus tareas (Crespo & López, 2007). Por otro lado, y al mismo tiempo, Crespo & López (2008) defienden que hay ciertos fenómenos sociales que afectan en la cultura del cuidado:

“los cambios sociales en nuestro país, tales como la incorporación de la mujer al mercado laboral, la disminución de la estabilidad familiar, la desaparición de la familia extensa y las redes informales tradicionales, el aumento de la movilidad social y laboral, y la disminución del tamaño de las viviendas, hacen que haya menos personas en disposición de cuidar” (Crespo & López, 2007: 18).

La tendencia de las personas es a vivir en su propio hogar, pero en el seno de las familias se pueden dar situaciones que requieran la institucionalización en un centro residencial. Es complicado dar una definición sobre lo qué es un centro residencial, ya que existen muchas definiciones atendiendo al tipo de residencia o al tipo de personas usuarias a la que está destinada. Nos podemos encontrar residencias para personas válidas o autónomas, residencias para personas semiasistidas y asistidas, y residencias mixtas. Pese a ello, y teniendo en cuenta esa gran variedad, se puede entender como “el establecimiento destinado a servir de vivienda permanente y común a personas de la tercera edad y que se presta una asistencia integral y continuada a quienes no puedan satisfacer estas necesidades por otros medios” (Pineda et al, 1990: 16, citado por Delgado, 2004: 210). Hay otros autores como Leturia (1999), que van un paso más allá, y hablan de que son centros sociosanitarios y comunitarios. Ponen el énfasis en mantener la calidad de vida de la persona mayor, pero también (y muy importante), en la de su familia, y dan definiciones como la siguiente:

“... son centros de carácter sociosanitario, polivalentes y multifuncionales, abiertos a la comunidad y con modelos de atención e intervención psicosocial, desde los cuales el objetivo es cuidar, mantener y potenciar la calidad de vida de la persona mayor y su familia”. (Leturia, 1999: 105).

Como bien explica Ana María Delgado (2004) en su artículo, estos recursos tienen que estar centrados en crear climas tranquilos y de confianza que faciliten la transición que

viven las personas al ingresar en un centro residencial. Debe de ser la propia institución la que tiene que adaptarse al estilo de vida de la persona usuaria y no pretender que ésta asuma nuevas normas.

Los centros residenciales tienen tres espacios claramente diferenciados:

- Zona residencial: donde se encuentra las habitaciones de las personas usuarias y baños privados, comedor, salón. Generalmente éstas habitaciones pueden ser o individuales o compartidas con otras personas.
- Zona de servicios generales: Son espacios de los cuales las personas usuarias y sus familiares u otras visitas pueden hacer uso de forma libre. Como ejemplo podemos destacar la cafetería, la sala de visitas, el patio o jardín etc.
- Zona de atención especializada: Hace referencia a espacios terapéuticos en los cuales diferentes profesionales realizan las actividades con las personas usuarias. Por ejemplo: una sala de usos múltiples o el gimnasio.

1.6. El ingreso en el centro residencial

Delgado (2004) en su artículo *Calidad de vida de las personas mayores: el internamiento*, habla de que los centros residenciales tienen una serie de objetivos orientados a las personas usuarias del servicio, en líneas generales, hablan sobre el mantenimiento de la autonomía personal. En este marco teórico voy a destacar sobretodo tres de ellos, que son los que hacen referencia al ámbito relacional de las personas, y los que sirven para posteriormente sustentar el proyecto de intervención, ya que destacan la importancia que tienen los familiares en los cuidados, y en como las propias residencias tienen que fomentar esos encuentros:

- Favorecer las buenas relaciones sociales entre los residentes, familiares y personal del centro.
- Impulsar los contactos personales de las personas mayores con el exterior de la residencia.
- Fomentar los contactos con la familia y allegados de cada persona.

No nos podemos olvidar que el proceso de institucionalización supone un gran cambio para la persona, ya que tiene que abandonar su hogar y, en muchas ocasiones hasta su propia comunidad (barrio o municipio), generando una ruptura con su entorno, y

debilitando al mismo tiempo sus redes sociales. Hay que tener en cuenta también la idea de Leturia (1999) que viene a decir, que cada proceso de institucionalización es diferente, ya que depende de múltiples factores entre los que se encuentran la situación de la persona, la red de apoyo, la temporalidad del ingreso y el propio centro.

El proceso de ingreso en un centro residencial puede ser muy duro. Éste implica que se han agotado otro tipo de recursos que permitían atender a la persona en el seno del hogar como son el SAD, la teleasistencia o los centros de día. Cómo dice la Fundación Lares en su web, iniciar el ingreso de un familiar:

“es un paso que muchas personas lo viven con emociones y pensamientos negativos, en muchos casos por la sensación de culpabilidad y abandono, vergüenza ante los comentarios de su entorno, miedo a que no estén bien atendidos y la desvinculación familiar” (Fundación Lares, 2020).

Según Leturia (1999), esto se puede deber a la visión de los centros residenciales como una opción negativa, el autor desarrolla la siguiente idea:

“En ocasiones se afirma que es “el último recurso”, que se utiliza “cuando no hay más remedios” y cosas similares. Este modo de analizar las cosas y de difundir una imagen negativa del recurso es, a nuestro modo de ver, una de las variables influyentes de manera negativa en el proceso de ingreso y adaptación y en la percepción que las personas mayores pueden tener de los mismos” (Leturia, 1999).

Estos sentimientos y emociones que experimenta la familia se pueden amplificar en el caso de que el ingreso del familiar se de forma involuntaria. Cruz (2015) en su investigación establece que 9 de cada 10 personas mayores prefieren vivir en su casa, pero ante un empeoramiento de su salud, el 46% prefiere vivir con un familiar y en torno al 18% en un centro residencial, por lo tanto, la amplia mayoría de estos ingresos se producen de forma involuntaria debido al agotamiento de otros recursos alternativos.

Si entendemos el ingreso como un proceso, Leturia (1999) establece que todas las personas que ingresan en un centro residencial y sus familias, pasan en mayor o menor medida por tres fases diferentes; el preingreso, el ingreso y el periodo de adaptación.

En cuanto a la fase de preingreso, se puede decir que es una fase que genera mucha ansiedad debido a toda la incertidumbre que existe en torno al futuro cambio, es un momento que se encuentra lleno de dudas. Esta fase comienza en el momento en que la persona o su familia (generalmente es ésta última), se empiezan a plantear el ingreso residencial. Añade que para reducir el estrés que se genera en esta fase es muy importante visitar el centro, que éste facilite información general sobre el proceso y el propio recurso y poder conocer y entrevistar a la persona que será usuaria del recurso.

En relación a la segunda fase, señala que es un momento crucial para la futura adaptación de la persona. Hay que cuidar todos los detalles desde que se inicia el proceso hasta que termina. Es importante que la persona se sienta bien recibida y acogida para reducir la ansiedad y el estrés del momento. En esta fase, según el autor, el equipo técnico (sin olvidarnos de la persona), tiene un papel clave, ya que su acción encaminará el futuro proceso de adaptación.

Por último, en la fase adaptación, el autor dice lo siguiente:

... “este proceso no finaliza hasta la muerte, por lo que en cada momento debemos tenerlo en cuenta y así en los traslados, tanto a otros centros [...], o en el propio centro cuando se da una reubicación, en los cuidados paliativos, etc., debemos considerar el esfuerzo que el sujeto realiza por desenvolverse y afrontar cualquiera de estas situaciones”. (Leturia, 1999).

Es decir, en la vida de la persona residente y de sus familiares, se van a seguir dando diferentes situaciones vitales que van a influir a cómo la persona se encuentra en el centro. Un ejemplo sería por ejemplo la pérdida de un ser querido o la aparición o agravamiento de problemas de salud y/o económicos.

En esta fase es muy importante ayudar a que la persona se sienta parte del centro y estable relaciones con otros residentes y los diferentes profesionales, al mismo tiempo que se buscan formulas que permitan a las familias introducirse en las dinámicas del centro.

1.6.1. El duelo asociado al ingreso

La institucionalización de un familiar en un centro residencial supone un proceso de duelo para las dos partes (la persona institucionalizada y la familia). Tradicionalmente,

asociamos el duelo con el fallecimiento de un ser querido, ya que lo entendemos como una “reacción psicológica natural, normal y esperable, de adaptación a la pérdida de un ser querido que sufren familiares y amigos y que puede manifestarse antes, durante y después de su fallecimiento” (Pascual & Santamaría, 2009: 49). Pero para entender el proceso de duelo que experimentan las familias cuando inician el proceso de ingreso de un familiar en un centro residencial, es importante comprender que “podemos observar manifestaciones o reacciones de duelo ante otras experiencias vitales que no tienen que ver con la enfermedad o la muerte” (Pascual & Santamaría, 2009: 49), es dentro de estas experiencias a las que hacen referencia los autores, donde podemos situar la delegación de los cuidados de un ser querido en una institución.

Pascual y Santamaría (2009) destacan una serie de ideas en relación al duelo:

- El duelo no es una patología y, por lo tanto, no es una enfermedad. Se trata de un proceso normal de adaptación a una nueva realidad.
- Es un proceso personal y único, cada duelo es diferente porque cada persona tenemos maneras diferentes de sentir, experimentar el dolor y adaptarnos al cambio.
- No existe una duración establecida, es un proceso complejo en el que no se puede establecer cuando empieza o termina.
- Están influenciados por el entorno sociocultural en el que nos encontramos.

Estos autores hacen referencia también a tres características que influyen en el proceso de duelo; personales, situacionales e interpersonales. El primero hace referencia a los rasgos que conforman la personalidad de la persona que está viviendo el duelo y a sus estrategias de afrontamiento. El segundo, hace alusión a en qué condiciones se produce el duelo, es decir, si el ingreso es voluntario o involuntario, si se han agotado ya el resto de las opciones o no, y el grado de consciencia o no de la persona. Por último, la tercera característica hace referencia al tipo de relación que se tiene con la persona que va a ser institucionalizada. Normalmente, “los cuidadores que están casados con el familiar que atendían o que tienen una relación más estrecha son quienes peor responden al cambio que supone la institucionalización” (Pascual & Santamaría, 2009: 51). La reacción a este cambio dependerá de las circunstancias del ingreso, de la capacidad de reestructuración de la persona y del dolor expresado previo al ingreso.

1.6.2. La implicación familiar tras el ingreso

Tras la institucionalización, la mayoría de los familiares quieren seguir implicados en los cuidados de su familiar, “al menos la mitad de estos cuidadores continúan visitando al familiar institucionalizado diariamente, proporcionando alguna forma de cuidado físico durante su visita” (Crespo & López, 2007: 23). Además es muy importante hacerlo, ya que “cuando una persona ingresa en un centro residencial no deja de ser miembro de su familia y tampoco olvida o deja atrás su vida anterior [...] es un ser social cuya familia ocupa un lugar privilegiado en sus relaciones” (Márquez, y otros, 2010: 95). La familia es un pilar fundamental para el bienestar de la persona usuaria, sobretodo en casos de deterioro cognitivo, ya que ésta puede ayudar en la orientación e identidad de la persona.

1.7. Las emociones y el sentimiento de culpa

1.7.1. Las emociones

Como he mencionado anteriormente, vivimos en un estado familista, esta situación hace que socialmente estén mejor valorados los cuidados informales frente a la institucionalización. Este hecho supone que la familia tenga que realizar un proceso de duelo y afrontar sentimientos y emociones negativos en torno a él. Definir qué es una emoción es muy complejo, ya que a lo largo de la historia el conocimiento que se tiene sobre ella ha ido en aumento y, por lo tanto, cambiando su concepción, pero si algo se tiene claro, es que es un mecanismo innato con el que nacemos los seres humanos, cuyo objetivo es la supervivencia. A pesar de ello, se puede definir como “una reacción conductual y subjetiva producida por una información proveniente del mundo externo o interno (memoria) del individuo. Se acompaña de fenómenos neurovegetativos. El sistema límbico es parte importante del cerebro relacionado con la elaboración de las conductas emocionales” (Mora y Sanguinetti, 2004, citado por Mora, *¿Qué son las emociones?*, 2012).

Como bien explica Mora en su artículo *¿Qué es una emoción?*, la podemos entender como una reacción conductual por que “es la expresión motora hecha a través de la conducta, sea ésta lenguaje verbal o simplemente corporal” (Mora, 2013). Es decir, es una respuesta a un estímulo del entorno que puede ser placentero o doloroso.

En la definición anterior, también se menciona que es un proceso neurovegetativo, esto lo que quiere decir es que la emoción ejerce una reacción en nuestro cerebro, más concretamente en el sistema nervioso autónomo. Esta activación cerebral junto con la conducta tienen un objetivo, que pretende “producir toda una serie de cambios paralelos en todos los órganos y sistemas de nuestro cuerpo con los que este se adapta a la nueva situación” (Mora, ¿Qué son las emociones?, 2012).

La definición de Mora y Sanguinetti, añade también que son reacciones subjetivas, es decir, que los seres humanos somos conscientes de ellas y somos capaces de vivirlas de formas diferentes. Esta subjetividad de la emoción se produce gracias “a la corteza cerebral humana y a los mecanismos que producen la conciencia, «sabe» de sus reacciones emocionales al aflorar estas a su conciencia. Esa sensación consciente de una determinada reacción emocional son los sentimientos” (Mora, ¿Qué son las emociones?, 2012: 16).

Según Mora (2012), las funciones de las emociones se pueden agrupar en siete pilares básicos, que en resumen, podría decirse que las emociones cumplen funciones adaptativas, sociales y motivacionales (Chóliz, 2005):

- Las emociones buscan la supervivencia del ser humano, protegiéndonos de estímulos negativos y aproximándonos a otros más placenteros. Por lo tanto, Mora (2012) añade que las emociones son un motor que nos dirige hacia determinados estímulos beneficiosos o gratificantes para la propia persona y para la especie.
- Las emociones hacen que nuestras respuestas a determinados estímulos sean flexibles, haciendo que en cada situación se pueda escoger la respuesta más útil (al contrario que sucede con los reflejos). Mora (2012) afirma que esta condición hace que la conducta sea más versátil.
- La aparición de la emoción activa diferentes sistemas cerebrales, endocrinos, metabólicos y sistemas y aparatos del organismo. Es decir, genera en nosotros una respuesta fisiológica que no podemos controlar.
- Las emociones pretenden mantener despierto el interés por el descubrimiento de lo nuevo.

- Las emociones forman parte de un lenguaje universal con el que podemos entendernos todos los seres humanos independientemente de cuál sea el origen y rompiendo la barrera comunicativa del idioma. Según Mora (2012), el lenguaje emocional ayuda a crear lazos y ayuda a la supervivencia social.
- La memoria emocional es la más efectiva. Asociar un acontecimiento a una emoción que se ha experimentado en ese momento ayuda a evocar el recuerdo, por lo tanto, “permite un mayor y mejor almacenamiento y evocación de lo sucedido” (Mora, ¿Qué son las emociones?, 2012).
- Las emociones influyen en las interpretaciones y en los razonamientos que realizamos las personas, ya que la información que procesamos e interiorizamos tiene una alta carga emocional, y por lo tanto tiene un alto grado de influencia en las decisiones que tomamos de forma consciente.

Es evidente que las emociones forman parte de nuestra esencia como seres humanos, y que en muchas ocasiones marcan nuestra conducta, y además, componen un engranaje de un complejo sistema de defensa que nos ayuda a adaptarnos y a sobrevivir. Por lo tanto, parece ser que se podría decir, que las emociones son esenciales para nuestro correcto funcionamiento adaptativo, psicológico y social. Es por ello que es de vital importancia trabajar no solo el ingreso en una institución con la persona usuaria, sino también con sus familiares, poniendo especial interés en la persona cuidadora principal.

1.7.2. El sentimiento de culpa

Muchas personas expertas hablan de la culpa como una emoción secundaria derivada de las emociones primarias o básicas (alegría, tristeza, ira, miedo, sorpresa y asco). Socialmente es percibida como negativa, ya que aparece cuándo realizamos una acción que supone la ruptura de alguna regla social impuesta en nuestra sociedad, entorno o familia. Esto se debe a que “en general los actos de carácter moral provocan sentimientos intensos de conflictividad. Una persona que viola una norma se puede sentir alegre, avergonzado o culpable, o también puede sentir miedo a las posibles consecuencias” (Laorden, 2005: 128). Para Montajano (2016), la culpa, a pesar de tener una conotación negativa, como todas las emociones, tiene una función adaptativa, es más dice que:

“todos deseamos evitar el sentimiento de culpabilidad, pues es un sentimiento que nos lleva con facilidad a la tristeza, la vergüenza, la autocompasión, la mala conciencia, los remordimientos [...] que nos hacen sentir mal. [...] Como consecuencia de no querer experimentar lo anterior, se produce un proceso de autoaprendizaje y evitación de lo que nos llevó a ello anteriormente, [...] encontrando aquí un factor positivo promio de las emociones, adaptativo y social” (Mortajano, 2016).

Para Sastre, Moreno y Pavón (2003), la culpa tiene una característica diferencial con respecto al resto de emociones de índole moral. Las autoras hablan del deseo de reparar las consecuencias. “El sentimiento de vergüenza se da en los mismos tipos de transgresiones que el sentimiento de culpa y que, sin embargo, la vergüenza produce una inhibición, mientras que la culpa incita a la reparación del daño causado” (Sastre, Moreno, & Pavón, 2003: 193).

Es importante resaltar la idea de Mortajano (2016) que dice que las personas somos diferentes y que por lo tanto, el efecto detonador del sentimiento de culpa en cada persona puede ser uno distinto. A pesar de ello hay que ser conscientes de que la sociedad marca una serie de normas que establecen lo qué es moralmente correcto y lo que no. En relación a esto último, esta psicóloga dice lo siguiente:

“... desde la sociedad a la familia, se dotan así mismos de un conjunto normativo para mantener el orden y la armonía colectivas. [...] Dicha normativa no siempre responde a los intereses colectivos. Este factor nos puede llevar a una culpabilidad generada desde las estructuras de control que no responde a transgresiones de hechos natural y racionalmente negativos” (Mortajano, 2016).

Trasladando éstas últimas palabras al estudio de este TFG podemos ver como el iniciar un proceso de institucionalización de un ser querido, que en muchas ocasiones puede ser la única opción e incluso la mejor para el bienestar de la persona, puede desarrollar el sentimiento de culpa en la familia debido a la no aceptación social de este hecho.

1.8. Los grupos de ayuda mutua

Los grupos de ayuda mutua o GAM son muy útiles para ayudar a las personas a afrontar situaciones complejas y a crear vínculos con personas que están pasando por su misma Ingreso de personas mayores en residencia, sentimiento de culpa familiar y Grupos de Ayuda Mutua

situación y, por lo tanto, son ellas mismas las que mejor se pueden entender. Como señala Canals (2003):

“Un GAM permite desarrollar el apoyo mutuo en el plano emocional, redefinir la situación vivida y a veces la propia identidad, o el intercambio de ayuda entre sus miembros, que incluye la transmisión y construcción de nuevos saberes y habilidades de tipo práctico” (Canals, 2003: 74).

Existen muchas definiciones sobre qué son los grupos de ayuda mutua, voy a utilizar la definición que da Ródenas (1996):

“una pequeña reunión de personas, en el que sus miembros se reúnen de forma voluntaria y libre, movidos por la necesidad de dar respuesta o encontrar una solución a un problema compartido por todos ellos, de afrontar o superar una misma situación conflictiva, o de lograr cambios personales y/o sociales” (Ródenas, 1996: 196).

1.8.1. El rol profesional en los GAM

Esta misma autora establece que para que un GAM funcione es necesaria una persona que ejerza el rol de facilitadora. Dicha persona tiene dos papeles fundamentales:

- **Moderador:** Se encarga de trabajar los posibles conflictos que puedan surgir entre las personas participantes, de potenciar la participación de todas las personas, ya que para que el GAM funcione son necesarios el compromiso y la implicación de todos sus miembros. Ródenas (1996), recuerda que es importante tener en cuenta que cada persona necesita su tiempo y que todos podemos tener unos días mejores que otros.
- **Nexo de unión:** Según Ródenas (1996) el facilitador tiene que ser un puente entre el interior del grupo y el mundo exterior, debe de ser capaz de introducir temas a tratar, traer a otros profesionales en situaciones puntuales que puedan ser de utilidad para sus miembros. Por otro lado, tiene que ser capaz también de que el grupo se de a conocer entre otros grupos y en la comunidad para poder tener futuros nuevos miembros.

Estos roles pueden ser ejercidos o no por un profesional. En el caso de que exista la presencia de un profesional, éste debe de intentar deshacerse del papel más directivo

que le van a otorgar el resto de miembros del grupo, ya que de lo contrario puede “contaminar” el funcionamiento del grupo al no cumplir con el principio de igualdad, que establece que todos los miembros están a la misma altura (Ródenas, 1996). Es por ese mismo motivo por que existe un debate muy amplio sobre si los profesionales deben o no formar parte de un GAM. Roca (1998) en su artículo: *Los “desconocidos” grupos de ayuda mutua* defiende la participación de los profesionales en los GAM, ya que dice que existen muchas formas de participar y de ayudar al grupo. Puedes hacerlo de forma activa dirigiendo el GAM, pero:

“el profesional ha de ser muy respetuoso con los GAM y no ha de interferir en su libre desarrollo. El profesional ha de actuar como facilitador, es decir como la persona que ayudará al iniciador del grupo o al grupo si ya está iniciado para que el GAM pueda cumplir sus objetivos” (Roca, 1998: 261).

El profesional también puede ser un elemento más de apoyo que acuda cuando el grupo demande o lo necesite. Otro papel importante es el de “reforzar a la persona que se responsabiliza de la buena marcha de su grupo dándole apoyo y orientándole con materiales” (Roca, 1998: 261). Por otro lado, el profesional del Trabajo Social debe orientar en los diferentes recursos, preparar materiales, formarse y mantener el contacto con todos los miembros del grupo.

Por último, esta autora en relación a la participación de los profesionales en los GAM concluye lo siguiente:

“El profesional ha de tener presente que su papel es secundario [...] no debe dar más soporte que el que le sea requerido. La ayuda mutua entre GAM y profesionales se fundamenta en procesos de cooperación y de apoyo” (Roca, 1998: 262).

1.8.2. Tipos de GAM y características

Existen diferentes tipos de GAM: en función de las personas que lo componen y según la problemática. En el primero nos podemos encontrar GAM que estén formados por persona que sufren directamente la problemática, o por familiares y/o personas cercanas a quienes la sufren. Según la problemática, nos podemos encontrar GAM que se centran en torno a una enfermedad crónica (ELA, SIDA...), otros agrupan a personas

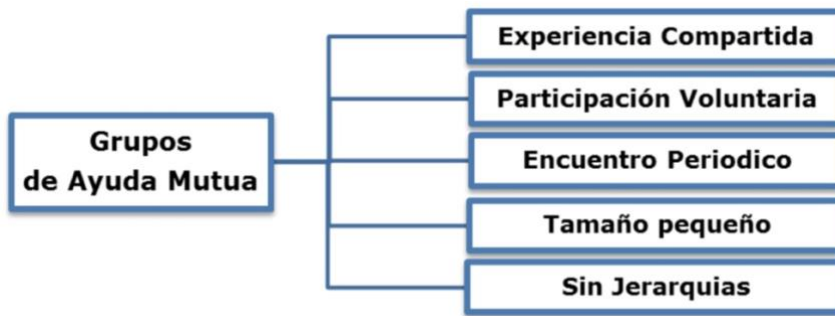
Ingreso de personas mayores en residencia, sentimiento de culpa familiar y Grupos de Ayuda Mutua

con problemas de comportamiento personal (alcohol, ludopatía...), grupos de personas con problemas psicosociales (separaciones, pérdidas de algún familiar...) o grupos de personas con problemas generados por la propia sociedad (violencia de género, agresiones LGTBifóbicas...).

Por lo tanto, se puede decir que existen numerosos GAM con finalidades muy distintas cada uno de ellos, sin embargo, “si hubiera que definir una finalidad que las englobara prácticamente a todas, ésta sería la de buscar soluciones a problemáticas mal atendidas a consecuencia de las carencias de los servicios públicos y de las insuficiencias de la autoatención doméstica” (Canals, 2003: 73).

Independientemente del tipo de GAM o del colectivo que lo componga, todos deben de cumplir una serie de características. Samprieto y Carbonell (s.f) en su guía: *Grupos de Ayuda Mutua: Documento Guía para la Constitución y Gestión de Grupos de Ayuda Mutua en Salud Mental*, defienden que los GAM tienen que cumplir una serie de características:

- Como primera característica, estos autores establecen que debe de haber una experiencia compartida, ya que quién mejor te entiende son las personas que están pasando por la misma situación. “Este hecho es fundamental para que pueda surgir una verdadera ayuda mutua” (Samprieto y Carbonel, s.f: 4).
- Establecen también que la participación debe de ser voluntaria, es decir que se acude por iniciativa propia. “La voluntariedad es necesaria para que la persona se sienta implicada con el grupo” (Samprieto y Carbonel, s.f: 4).
- Por otro lado, los encuentros tienen que ser regulares en el tiempo para que se forme el clima de confianza necesario.
- Los GAM tienen que estar formados por un grupo pequeño para favorecer que todos los miembros del grupo se conozcan y puedan participar. No existe un número ideal pero los diferentes profesionales recomiendan entre 5 y 10 personas.
- No debe de existir jerarquías entre los miembros, las relaciones deben de ser horizontales.

Tabla II: Características de los GAM

Fuente: Samprieto y Carbonell (s.f).

Estos dos autores defienden también que existen una serie de reglas básicas que imperan en todo GAM; el respeto, la confidencialidad y la inclusividad. En cuanto al primero, hace referencia a la necesidad de tener un trato cordial entre los miembros, no interrumpir el turno de palabra del resto de miembros, no juzgar las decisiones o situaciones del resto, entre lo que se incluye no dar consejos. “En un GAM no se le dice a los demás lo que deben hacer o cómo deben comportarse. Toda persona puede exponer qué le resulta válido a ella misma y cuáles son sus propias estrategias para superar sus dificultades” (Samprieto y Carbonell, s.f: 10).

En relación a la confidencialidad, hace referencia a no contar nada de lo que se hable o se haga dentro del GAM, es otra forma de respeto hacia el resto de miembros. Las personas del grupo se van a abrir emocionalmente, y se debe tratar esa información con mucha cautela, al mismo tiempo que hay que tener en cuenta que es posible que nadie más de su entorno conozca lo que está revelando al grupo.

Por último, en cuanto a la inclusividad, los autores destacan la importancia de hacer sentir que todos los miembros forman parte del grupos, para ello es importante ofrecer la posibilidad de que participen, respetar cuando las personas no lo quieran hacer y regular bien los tiempos para que todo el mundo pueda participar.

El objetivo principal de los GAM es dar apoyo emocional, a pesar de ello según Canals (2003), se pueden establecer cuatro objetivos que son comunes en todos los GAM:

- Facilitar apoyo psicológico.
- Potenciar las relaciones sociales de los miembros.
- Informar sobre recursos existentes en relación con su problemática.

- Servir como grupo de presión en reivindicaciones.

Roca (1998), habla de que las personas que deciden acudir a un GAM para hacer frente a una situación que están viviendo, adquieren una serie de beneficios personales que ayudan a reducir la ansiedad y el estrés, a mejorar la comunicación y las relaciones personales. Según esta autora, los GAM facilitan:

- La adquisición de información y conocimientos. Los GAM, dan la oportunidad de que sus integrantes intercambien experiencia e información sobre el problema que comparten, lo que resulta como “una fuente importante de aprendizaje, que es el primer paso para que el individuo tome conciencia de su propia situación” (Roca, 1998: 257).
- Apoyo emocional. El GAM es un espacio que facilita la descarga emocional por medio del diálogo y el apoyo del resto de los miembros que están pasando por una situación muy parecida.
- Participación y la mejora del autoestima. Estar dentro de un GAM hace sentir a las personas que forman parte de algo, les hace sentir importantes. “Participar da protagonismo, da valor personal, ayuda a sentirse más útil y mejora la autoestima” (Roca, 1998: 258).
- Empoderamiento. Los GAMs dan poder a sus miembros. Hace que se alcancen importantes cambios personales y sociales por medio de la defensa de los derechos propios.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1. Objetivos

Objetivo general: Comprender en qué consiste un proceso de institucionalización en un centro residencial de una persona mayor y cómo éste afecta a su familia para poder ofrecer un recurso adecuado a sus necesidades.

Objetivos específicos:

- Analizar el proceso de institucionalización y la relación con el sentimiento de culpa que desarrollan las familias.
- Conocer cómo afecta a las familias y si hay un proceso de duelo asociado al ingreso de un familiar en un centro residencial.
- Diseñar un GAM que trabaje con las familias el sentimiento de culpa que se genera en torno al ingreso residencial.

2.2. Hipótesis

- El proceso de institucionalización de una persona mayor genera sufrimiento no solo en la propia persona, sino también en los miembros implicados en el proceso.
- El gran cambio de rol que vive la familia al delegar los cuidados en una institución, puede generar, sobretodo en la persona cuidadora principal, un proceso de duelo en el que destaca el sentimiento de culpa.
- La culpa y el sufrimiento que sienten las familias no son atendidas adecuadamente desde los propios centros residenciales.
- Trabajar de manera grupal un problema que tienen en común muchas familias puede ayudar a reducir el sentimiento de culpa y a reforzar la decisión tomada e incluso la percepción de los propios centros residenciales.

3. METODOLOGÍA

3.1. Planteamiento inicial

Cómo he mencionado en la introducción de este documento, debido a la crisis sanitaria del Covid-19 en la que estamos inmersos, a la consecuente implantación del estado de alarma en España y a la suspensión de las prácticas de carácter generalista que estaba realizando en un centro gerontológico en el que iba a desarrollar la parte empírica de mi TFG, me he visto obligado a cambiar el planteamiento inicial del mismo. Al mismo tiempo, me parece igual de importante plasmar en un apartado cuál era la metodología planteada inicialmente, y de qué forma y en qué contexto se iba a obtener la información necesaria para la justificación del proyecto de intervención que planteo y desarrollaré más adelante.

En un primer momento, para establecer la necesidad me basé en la experiencia profesional propia que tengo como gerocultor en centros gerontológicos (8 años). Siendo consciente que una experiencia personal no es suficientemente objetiva y es difícil de justificar, realizo dos entrevistas exploratorias a la Trabajadora Social del centro, en la que con total sinceridad le expongo el tema que he pensado para el TFG.

A continuación planteo dos entrevistas a dos perfiles profesionales diferentes, la trabajadora social y la psicóloga del centro dónde voy a realizar las prácticas. Elijo esas dos figuras profesionales porque forman parte activa en los protocolos de ingreso y, que además, mantienen el contacto de forma directa tanto con el propio residente, como con sus familiares. De las entrevistas busco una visión profesional sobre el eje fundamental que sustenta el proyecto, los sentimientos de culpa que surgen en los familiares cuando se ven inmersos en un proceso de institucionalización de un familiar.

Por otro lado, también planteo a la profesional con la que estoy realizando las prácticas poder realizar varias entrevistas a familiares de residentes para recabar información sobre cómo viven ellos ese proceso. La idea inicial era realizar entrevistas a dos tipos de familiares:

- Aquellos que acaban de realizar el proceso de ingreso residencial y ha pasado un mes desde que su familiar ingresó en el centro.

- Aquellos que llevan más de un año con un familiar ingresado en el centro.

Esta doble perspectiva me iba a ofrecer cómo es la vivencia en esos primeros momentos, pero además, por parte de los familiares que llevan más tiempo, me iban a permitir obtener información sobre cómo ha sido la evolución de ese sentimiento de culpa, es decir, si se supera, se incrementa o se mantiene en el tiempo, además de información sobre su opinión de la idoneidad o no de la implantación de un GAM para poder trabajar esos momentos de institucionalización, que darían fuerza a la justificación del proyecto que planteo más adelante.

Por lo tanto, la metodología que planteo en un primer momento iba a ser cualitativa, ya que se basaba en la realización de entrevistas de carácter semi-directivas y de carácter abierto, de las que iba a recabar información que con otras técnicas o procedimientos no es posible obtener. Además, esa interacción directa que ofrece la entrevista me podía permitir profundizar más en determinados temas que podían ser de interés con la propuesta que vengo a presentar.

Por último, quiero señalar también, que la profesional del centro donde estaba realizando las prácticas, iba a revisar el proyecto que propongo más adelante y ha realizar las correcciones oportunas, para así poder hacer un proyecto lo más realista posible y que contase con la aprobación de una profesional que trabaja en el sector. Con toda la crisis del Covid-19 no ha sido posible dicha revisión por parte de la profesional a causa de la gran carga de trabajo con la que cuenta.

3.2. Planteamiento final

Una vez expuesto el planteamiento inicial del proyecto, voy a explicar de qué manera he adaptado, y qué metodología he usado finalmente para la realización del TFG e intentar dar respuesta a los objetivos planteados.

En primer lugar, para definir el tema se ha llevado a cabo un análisis documental en el que se ha revisado informes, documentos, artículos de revistas científicas etc. sobre conceptos que están relacionados con la propuesta de intervención (envejecimiento, salud, situación de dependencia, cuidados familiares, la institucionalización y sus efectos en los familiares, el duelo que se sufre, las emociones asociadas y los grupos de ayuda mutua). Este análisis se ha llevado durante todo el proceso de elaboración de la

investigación, ya que ha servido para contextualizar el tema del proyecto de intervención.

En segundo lugar, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica por medio de artículos científicos, resultados de otros TFG, TFM o tesis, además de intentar localizar otras experiencias similares a las que planteo en este proyecto. Cabe destacar que la búsqueda ha sido complicada porque no existen muchas referencias sobre el tema de estudio, que no es otro que los sentimientos de culpa que se generan en los familiares en torno a la institucionalización de un familiar.

Para buscar esta información se ha recurrido a diferentes bases de datos, pero las principales han sido Dialnet y Google Académico. También he utilizado la plataforma de la biblioteca de la UPNA, Académica-e para conocer si existía algún documento que podía ser de interés para la propuesta que estoy realizando.

Por último, y pese a todo pronóstico, he podido realizar una única entrevista a la Trabajadora Social del centro residencial dónde iba a realizar las prácticas permitiéndome tener una visión profesional sobre la vivencia que tienen las familias al iniciar un proceso de institucionalización y sobre la adecuación o no de un GAM como un posible recurso de la atención residencial dirigido a las familias.

Por lo tanto, esta readaptación metodológica ha consistido principalmente en buscar otras alternativas a las entrevistas, dándole un giro más teórico al trabajo, para poder obtener la información necesaria para justificar y sustentar empíricamente el proyecto de intervención.

4. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Este apartado pretende dar una base al proyecto que propongo basándome en tres aspectos esenciales; las experiencias similares, los beneficios que tienen los GAM y la entrevista realizada a una Trabajadora Social de un centro residencial de la Comarca de Pamplona. En cuanto al primero, he buscado experiencias que se han realizado en diferentes centros residenciales de personas mayores y en otras Comunidades Autónomas. Cabe destacar que no existen muchas, ya que los centros residenciales de personas mayores se centran más en la persona usuaria o residente, y la familia es atendida como un factor importante para la estabilidad de la persona, pero siempre desde una perspectiva secundaria y con mucho trabajo individual.

Por otro lado, pretendo aportar datos sobre los beneficios que se logran alcanzar en las personas al hacer uso de un GAM. Cabe destacar que de la misma forma, no existen muchos estudios científicos sobre este aspecto, esto puede ser debido a dos motivos. Por un lado, a la ausencia generalizada de profesionales en este tipo de grupos y, por otro lado, al gran movimiento de gente que suelen tener este tipo de recursos (Vargas, 2018).

Por último, con la entrevista a la trabajadora social, pretendo complementar la visión más teórica con la perspectiva profesional. En ella recopiló información sobre las vivencias de las familias durante el proceso de institucionalización y sobre la adecuación o no de un GAM para poder trabajar el sentimiento de culpa.

4.1. Experiencias similares

4.1.1. *La familia contigo*

La Consejería de Bienestar Social del Principado de Asturias (2008), elaboró una guía llamada: *La familia contigo: el papel de los familiares en las residencias de personas mayores*, que pretende ser aplicada en todos los centros residenciales de personas mayores públicos de la Comunidad Autónoma. La guía se vertebra en torno a la idea de trabajar con la familia la desculpabilización. El documento recoge la siguiente idea entorno a los sentimientos que se dan en el proceso de institucionalización:

“Cuando la persona mayor ingresa en la residencia, sus familiares suelen presentar sentimientos ambivalentes. En ellos se mezclan la culpa, la tristeza, la rabia, incluso en ocasiones la soledad, así como una marcada inseguridad sobre la decisión tomada y sobre cómo su familiar va a ser atendido” (Consejería de Bienestar Social del Principado de Asturias, 2008: 4).

Este mismo documento defiende la idea de que las familias de las personas residentes son una parte esencial, y los profesionales de los centros deben también identificar y abordar desde un enfoque multidisciplinar las necesidades que puedan surgir, ya que esto ayudará al proceso de adaptación que las propias familias también tienen que vivir. “Esta labor de apoyo a las familias [...], se debe realizar siempre desde la clave de la desculpabilización, incidiendo en la importancia de su apoyo a la persona mayor (Consejería de Bienestar Social del Principado de Asturias, 2008: 5).

El documento se divide en dos partes; el preingreso y el postingreso. En cuanto al primero, establecen una serie de actuaciones (algunas de ellas nombradas ya con anterioridad en el marco teórico) que sirven para rebajar el estrés y trabajar las expectativas que existen en torno al centro, como son por ejemplo visitar el centro, concretar aspectos sobre el día del ingreso, dar información sobre el centro, pero añaden una acción importante cómo “el apoyo psicológico centrado fundamentalmente en la desculpabilización” (Consejería de Bienestar Social del Principado de Asturias, 2008: 8). En cuanto al postingreso, el documento establece una continuidad en el apoyo psicológico centrado en la expresión de los sentimientos y de la desculpabilización. También establecen la existencia de pequeños grupos de formación y capacitación para las familias.

Cabe destacar, que a pesar de que no se habla en ningún momento de un GAM, y el trabajo es más bien individual, sí que entienden la importancia de trabajar la desculpabilización que surge en la familia a raíz del proceso de institucionalización de un familiar, no solo por la salud emocional de la familia, sino también por propiciar una mejor adaptación al centro.

4.1.2. Cuidarse para poder cuidar

Albertia Servicios Sociosanitarios, cuentan con experiencias similares en varios de sus centros. En el centro de San Sebastián de los Reyes (Comunidad de Madrid), la denominan “cuidarse para poder cuidar”. Lo definen como un taller de autoayuda para familiares, y está orientado a todos los familiares tanto de la residencia como del centro de día. Es un grupo dirigido por la psicóloga del centro. El objetivo es “dotar a los familiares de herramientas necesarias para manejar las emociones ante situaciones que implican un sobreesfuerzo físico y emocional” (Albertia Servicios Sociosanitarios, 2016). En el artículo que publican en su página web hablan de la importancia de aprender a delegar los cuidados y de superar el sentimiento culpa. Por lo tanto, cabe pensar, que las dinámicas que se den en el grupo, están dirigidas a un proceso de desculpabilización causado por el proceso de institucionalización.

El taller que proponen consiste en una “terapia cognitivo-conductual centrada en identificar ideas irracionales y distorsiones cognitivas. También se trabaja la autoestima y las habilidades de comunicación” (Albertia Servicios Sociosanitarios, 2016). Este proyecto tiene un añadido más, y es que aparte de las actividades del taller, fomentan las relaciones personales por medio de actividades de ocio y tiempo libre, como por ejemplo la realización de excursiones.

El propio centro hace una valoración muy positiva de la implementación del taller, y en base a la experiencia, realizan la siguiente conclusión:

“La experiencia a través de los años es que el cambio tarda en llegar, pero llega y es posible. Con la asistencia al taller de autoayuda, los asistentes van empapándose de un mundo nuevo de pensamientos y sentimientos y sin casi darse cuenta, llega el cambio. Una de las ventajas es que todos ayudan a todos, y desde cada experiencia personal hacen que sirva de apoyo y motivación para el resto.

Existe una relación directa entre la sobrecarga emocional y la aceptación del centro en el que se encuentra el familiar. Tras estas sesiones, uno es capaz de tener una visión más realista y menos distorsionada de la situación de institucionalización” (Albertia Servicios Sociosanitarios, 2016).

Por lo tanto, se podría decir que la implantación de pequeños grupos de autoayuda o la existencia de GAM en los centros residenciales, orientados a la atención a familiares y trabajar sus sentimientos una vez ha sucedido el proceso de institucionalización, ayuda a que se inicie una desculpabilización de la decisión tomada, que a su vez puede repercutir favorablemente en la visión que se tiene del centro, reforzando la idea de que la decisión tomada ha sido la correcta.

4.1.3. Grupos de apoyo emocional y ayuda mutua de Barcelona

En la provincia de Barcelona, la Diputación desarrolló e implementó hace ya diez años lo que denominan “Grupos de Apoyo Emocional y Ayuda Mutua”. El planteamiento de estos grupos es que en junio de 2020 estén instaurados en 86 municipios de la provincia. Esta iniciativa no se da como tal dentro de un entorno residencial, pero me parece importante hablar de ella porque entre sus objetivos se encuentra trabajar las emociones y sentimientos que surgen durante el proceso de cuidado (Geriatricarea, 2019). Es decir, este recurso se podría utilizar para hablar de los sentimientos que se generan en torno a la posibilidad de la institucionalización, e iniciar un proceso de desculpabilización. Además, es importante recordar la idea de que a pesar de que exista un proceso de institucionalización, y se delegen los cuidados en un centro, en muchas ocasiones la familia sigue ejerciendo un papel muy importante en los cuidados.

Este programa se compone de grupos un poco grandes, de unas 16-20 personas, y están dirigidos por una profesional de la psicología. Realizan entre 10 o 16 sesiones con una duración máxima de una hora y media. En el año 2018 este programa había atendido a 790 personas. El artículo declaró que “el programa es uno de los recursos que más se solicitan a los ayuntamientos, que se amplía cada año” (Geriatricarea, 2019). Además, las personas que han hecho uso de él le dan una valoración de 9,4 sobre 10, lo que puede significar que les ha sido un recurso muy útil para poder trabajar ciertos sentimientos y pensamientos que surgen en torno al cuidado de una persona dependiente, entre los que se puede encontrar el pensamiento de una futura institucionalización y el sentimiento de culpa que ello conlleva.

4.2. Beneficios de los GAM

Al existir muy pocas experiencias previas similares, sucede lo mismo con los posibles datos y estudios científicos. Es por ello que me he centrado en los beneficios que generan los GAM aplicados en diferentes ámbitos, intentando trasladarlo al ámbito y al proyecto que propongo.

El presidente de la Asociación Española de Ayuda Mutua contra Fobia Social y Trastornos de Ansiedad (AMTAES), Enrique Vargas (2018), escribe el documento: *Beneficios de los Grupos de Ayuda Mutua para avanzar en la promoción e intervención en los trastornos de ansiedad*. En él destaca los buenos resultados terapéuticos, que la ayuda mutua ha logrado con las personas socias de su asociación, que son diagnosticadas de algún tipo de trastorno de ansiedad.

Vargas (2018) destaca el crecimiento personal de las personas que acuden a los GAM porque pueden adquirir una serie de valores que hasta ese momento no tenían, además de desarrollar una serie de habilidades personales como la empatía. Por otro lado, facilita el empoderamiento de la persona “ya que facilita la toma de decisiones personales porque nadie decide por el otro ni le da la respuesta a su problema” (Vargas, 2018).

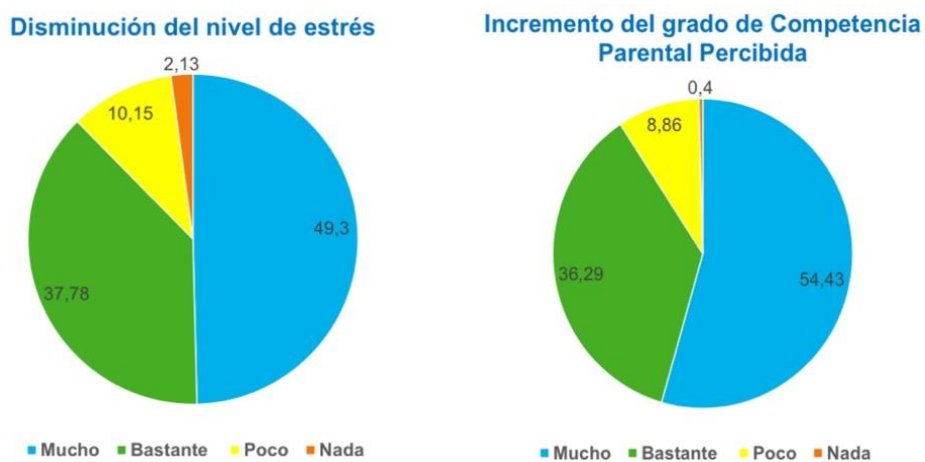
Vargas destaca también que la persona que acude al GAM no se siente rechazada o incomprendida socialmente. El autor se refiere a las personas que tienen un trastorno de ansiedad, pero no hay que olvidarse de que iniciar un proceso de insitucionalización de un ser querido puede generar cierta incompreensión social debido al estado familista en el que nos encontramos y a la cultura del cuidado.

El autor destaca también tres elementos terapéuticos que tienen los GAM (Ferrari et al. 2000, citado por Vargas 2018):

- Sentirse parte de un grupo con personas que están pasando situaciones similares a la tuya genera identidad a nivel social y a otros niveles más profundos.
- Pertenecer a un GAM hace que las personas encuentren esperanza al ver personas que han pasado por su misma situación.
- El grupo tiene cualidades propias que crea diferentes relaciones constructivas, permitiendo el avance.

Dominguez (2017) desde el Instituto Gallego del TDAH y Trastornos Asociados (INGADA), desarrollan un estudio denominado: Eficacia de los Grupos de Ayuda Mutua en el nivel de estrés y competencia parental de los padres/madres de niños con TDAH. Realizan el estudio a una muestra de 31 sujetos que han acudido de entre 8-10 veces a las sesiones que desde su entidad proponen. La hipótesis con la que trabajan está relacionada con que el GAM reduce el nivel de estrés de los padres, al mismo tiempo que aumenta su capacidad parental. Como se puede ver en el siguiente gráfico, el 87,08% de los participantes consideran que se ha reducido el estrés, al mismo tiempo que el 90,72% consideran que su competencia parental se ha incrementado.

Tabla III: Resultados de la investigación de INGADA



Fuente: INGADA (2017).

El médico psiquiatra Jesús Angel Padierna (1994), en su artículo: *¿Existe un lugar para la familia del anciano en las residencias?*, destaca que la creación de GAM para familiares dentro del entorno residencial puede ser muy útil ya que, "ingresar a un familiar en una unidad residencial constituye una decisión particularmente dolorosa, que se prolonga en el tiempo y se agrava con la observación del declinar progresivo del mismo" (Padierna, 1994: 48).

Por lo tanto, y como dice el autor, este tipo de recursos, complementados con otro tipo de atenciones (como la entrevista familiar regular, las asambleas o las sesiones educativas), son de gran utilidad porque permiten a los familiares compartir sentimientos y experiencias con personas que están pasando por su misma situación.

Padierna (1994), utiliza el Modelo Tentativo del Proceso de Adaptación de los Familiares tras el Ingreso del Anciano en la Residencia de Rosenthal y Dawson (1992). El modelo establece que los familiares en un proceso de institucionalización pasan por 4 estadios. En cuanto al Estadio I, se refiere al momento del ingreso y a todos los sentimientos que se generan en él (tabla IV). Para el autor, en estos momentos iniciales, “la tarea fundamental es incrementar la seguridad familiar en el nuevo entorno y elaborar e integrar estos estados emocionales y comenzar a buscar una solución para estos sentimientos ambivalentes, mediante la estimulación de la verbalización de estos sentimientos” (Padierna, 1994: 43). Parece ser que el autor puede orientar hacia la utilización de un GAM para trabajar estos aspectos, ya que los GAM son una buena fórmula para que las personas compartan sus sentimientos más profundos y experiencias. El hablar sobre como estamos viviendo una determinada situación nos ayuda a poder enfrentarnos a ella, y en el caso que propongo en este TFG hablar del sentimiento de culpa que genera el ingreso de un ser querido en un centro residencial puede ayudar a reducir o eliminar dicho sentimiento.

Tabla IV: Situaciones que las familias deben afrontar cuando un familiar ingresa en una residencia

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Sentimientos de culpa y de rabia, por tener que «dejar» aun familiar en manos de «extraños». 2. Pérdida parcial de rol, como cónyuge, hijo, etc. 3. Pérdida del apoyo de un miembro de la familia, como cónyuge, persona experimentada, recurso emocional, económico, etc. 4. Temor a una muerte súbita de familiar. 5. Miedo a una posible reacción de rechazo y de rabia por parte del familiar ingresado. 6. Escasez de conocimientos e información sobre el tipo de cuidados institucionales, médicos y de enfermería y temor a preguntar. 7. Cargas financieras. |
|--|

Fuente: ¿Existe un lugar para la familia del anciano en las residencias?. Padierna, 1994.

En relación al Estadio II, el autor destaca que a consecuencia del agotamiento emocional que se genera en las familias la culpabilización, “el familiar emerge con una sobreatención e hiperdedicación” (Padierna, 1994: 44). Esto puede ser una conducta “compensatoria” causada por el sentimiento de culpa debido a la institucionalización. Es una fase en la que los familiares se encuentran más relajados con el centro al dejar de ser un espacio nuevo, y esto puede ayudar a “que los familiares expresen sus sentimientos en un grupo de apoyo o ayuda mutua con otros familiares de residentes” (Padierna, 1994: 44). Por lo que parece ser que es este el mejor momento para plantear

un GAM para trabajar la desculpabilización con las familias de los residentes que así lo necesiten.

Por otro lado, en referencia al Estadio III, Padierna (1994) defiende la idea de que en este momento el familiar empieza a ceder en ciertas cuestiones o roles con el centro residencial.

Por último, en el Estadio IV, el autor habla de que la familia encuentra un equilibrio entre lo que ellos necesitan y lo que necesita el familiar. En ese momento “la vulnerabilidad emocional se ha superado y los sentimientos de culpa, aunque nunca desaparezcan del todo, se aceptan y se afrontan mejor” (Padierna, 1994: 44).

4.3. Análisis de la entrevista a la Trabajadora Social

En este apartado se pretende realizar un análisis de la entrevista realizada a la Trabajadora Social (Anexos I y II). Se analizarán fragmentos y frases relevantes para la justificación del proyecto que propongo más adelante.

Para ponernos en situación, se trata de la trabajadora social del centro donde iba a realizar mis prácticas profesionales de carácter especializado, e iba a realizar toda la parte empírica de este TFG. Lleva 14 años trabajando en ese centro y dedicándose al ámbito de las personas mayores.

4.3.1. Idoneidad del proyecto

Para esta profesional todo apunta a que este proyecto puede ser muy oportuno en los centros residenciales de personas mayores. Es más, durante la entrevista manifiesta que ella misma se ha planteado en alguna ocasión la idea de establecer un grupo de este tipo que aporte apoyo a los familiares recién llegados al centro, y se den cuenta de que no están solos y que con el tiempo la situación mejora.

“Yo alguna vez sí que me lo he planteado y lo he planteado también [al equipo], el poder hacer una especie de sesiones dinámicas de familiares que están viviendo más o menos la misma situación en la misma etapa, mezclado con familiares que llevan años con nosotros, que nos conocen y que saben un poco lo qué es esto” (Entrevista a la TS del centro residencial).

Por otro lado, pone de manifiesto como motivo de la no implementación de esta propuesta u otra similar en su centro, la creación espontánea de redes de apoyo entre los familiares de los residentes. Comenta durante la entrevista que estos establecen vínculos muy fuertes, que les sirve de apoyo y contención y, que incluso, pueden llegar a perdurar durante mucho tiempo. Además, generan sus propias redes de comunicación por medio de aplicaciones como Whatsapp por donde se produce un intercambio constante de información.

“... son personas que pasan aquí muchas horas del día, comparten espacios comunes, y rápidamente establecen nexos de unión entre ellos y se generan relaciones de mucha confianza [...]. Esa dinámica terapéutica surge de manera natural y espontánea” (Entrevista a la TS del centro residencial).

“Entre ellos tienen ya generados de antes, muchos grupos [refiriéndose al Whatsapp]. Se cuentan las cosas los unos a los otros, se apoyan, se escuchan, se entienden... y luego, cuando ya ha fallecido el familiar, siguen manteniendo esas relaciones” (Entrevista a la TS del centro residencial).

Pero considero que esas afirmaciones no le restan valor al proyecto, ya que tenemos que partir de la idea de que cada persona somos diferentes, y por lo tanto, necesitamos atenciones diferentes. Existen personas que por su personalidad, experiencias vitales o por determinadas situaciones, les cuesta mucho más relacionarse con el resto de personas, e incluso para ellas puede ser impensable expresar sus pensamientos y emociones en relación al proceso que está viviendo de manera libre y sin sentirse juzgadas.

“... estoy segura de que mucha gente que tenga un carácter más introvertido, o no tal social, o que le cueste acercarse a otras personas de forma natural y espontánea, pues probablemente a muchos de ellos les ayudaría generar una dinámica pequeña de grupos” (Entrevista a la TS del centro residencial).

Por lo tanto, podríamos decir que a pesar de ser un proyecto que puede ser de interés para los centros residenciales de personas mayores, puede entrar en conflicto con los grupos naturales y espontáneos que se generan entre los familiares, y que tan útiles y duraderos son. Por ese motivo, es importante presentar el proyecto como un servicio

complementario que esté a disposición de las familias que lo necesiten. Esas relaciones existentes de carácter más informal podrían ser la base para crear este proyecto de carácter más formal, que aportaría profesionalidad.

Pero por otro lado, como ha manifestado la profesional, hay un grupo de familiares que no generan esa serie de relaciones y, que seguramente, podría serles de utilidad que el propio centro facilitase un espacio de encuentro seguro en el que pudiesen compartir sus pensamientos y emociones, y encontrar en él un grupo de personas que están pasando por esa misma situación y ofrecerse un apoyo mutuo.

4.3.2. El proceso de duelo generado por el ingreso residencial

Como he mencionado con anterioridad en el marco teórico, el duelo no debe entenderse solo en contextos en los que la muerte se encuentra presente, sino que es un proceso que se da ante una pérdida que también puede ser psicológica u de otra índole.

Ésta profesional destaca la idea de que iniciar un proceso de institucionalización supone vivir otro proceso de duelo, ya que previo al ingreso, las familias han vivido otra serie de pérdidas relacionadas con su familiar. La diferencia con este proceso es que aquí la familia sabe que es el espacio dónde seguramente su familiar fallezca tarde o temprano.

“... normalmente vienen ya con una serie de patologías que han hecho que esas familias hayan pasado por diversos duelos. Cada pérdida funcional, cada pérdida cognitiva que se produce es un duelo para ellos. [...] Este paso es un duelo importante, porque salir del hogar supone que es la última salida del domicilio, ellos saben que vienen aquí y que probablemente sea el último sitio dónde vayan a estar” (Entrevista a la TS del centro residencial).

El duelo originado por el proceso de institucionalización parece ser que genera mucho sufrimiento en las familias. Muchas, en algún momento del proceso, incluso llegan a plantearse como una alternativa mucho más favorable la muerte de su familiar. Por lo tanto, podríamos decir que es un proceso que puede llegar a trastocar mucho a las familias e incluso generar mucho sufrimiento interno durante un periodo más o menos largo en el tiempo.

“Muchísimos de ellos manifiestan que preferirían haber perdido a su familiar del todo, que verse obligados a tener que dar este paso. [...] Hubiesen aceptado mejor el final que esto, sí. Te hablo de las primeras fases. Luego es verdad que todo el mundo acepta todo y termina dándole la vuelta a la situación” (Entrevista a la TS del centro residencial).

4.3.3. El sentimiento de culpa asociado al ingreso residencial

Entre las funciones de esta profesional se encuentra recibir a las familias que contactan con el centro para iniciar el proceso de institucionalización de algún ser querido, supervisar todo el ingreso y mantener contacto directo con las familias durante todo el proceso. Durante la entrevista, se pone de manifiesto que durante un año normal puede realizar entre 45-55 ingresos. Por lo que podemos afirmar que, conoce bien este proceso y de qué manera es vivido por sus protagonistas.

El siguiente fragmento de la entrevista me parece importante porque pone en valor la esencia del proyecto, que no es otro que el sentimiento de culpa generado en el proceso de institucionalización. Queda de manifiesto que prácticamente la totalidad de las personas que se enfrentan a este tipo de procesos desarrollan un sentimiento de culpa.

Entrevistador: ¿Podrías darme un porcentaje, un número de familias que desarrollan algún tipo de culpa o algún...[me corta la pregunta]?

Entrevistada: Todas [se ríe].

Entrevistador: ¿Todas?.

Entrevistada: No tengo hecha una estimación objetiva ni cuantitativa, pero realmente la experiencia me dice que un 95% de las familias. Los familiares que se enfrentan al proceso de ingresar o de acompañar en el ingreso a un ser querido, desarrollan un sentimiento de culpa bastante importante” (Entrevista a la TS del centro residencial).

Además, parece ser que puede estar relacionado, que si este sentimiento de culpa no se afronta de manera natural y/o se consigue reducir ese sentimiento que se genera durante el proceso de institucionalización, según la profesional, la persona puede terminar desarrollando algún tipo de trastorno del estado de ánimo o de ansiedad. Esto

pone de manifiesto lo duro que es para la familia tomar la decisión de iniciar un proceso de institucionalización. Además abre la posibilidad de que el GAM pueda tener cierto carácter preventivo con respecto al deterioro de la salud mental.

“Algunos de ellos han requerido tratamiento psicológicos, psiquiátrico, incluso medicación... porque han desarrollado patología compatible con depresiones, ansiedad, ataques de pánico, falta de sueño, falta de apetito” (Entrevista a la TS del centro residencial).

En relación a cuándo empieza a desarrollar la familia este tipo de sentimiento de culpa, es muy complicado determinar el momento concreto. Esta profesional considera que es mucho antes de iniciar el propio ingreso. Para ella, empieza a manifestarse en el momento en el que la familia empieza a plantearse la opción de institucionalizar al ser querido. En el siguiente fragmento le pregunto por los motivos que pueden generar que en ocasiones se acuda demasiado tarde al recurso. Entendiendo la pregunta desde el nivel de sobrecarga y de renuncia personal que ha realizado la persona cuidadora principal. Para la profesional, no hay lugar a dudas, el principal motivo es que el sentimiento de culpa ya está presente.

“Ten en cuenta que muchísimos de ellos, la gran mayoría, antes de venir aquí han estado cuidándoles ellos en primera persona. [...] Cuando llega ese momento en el que ya no es posible el cuidado en el domicilio, al entrar en un centro cuando ya son muy mayores y, probablemente, están ya en la fase última y final de su vida, les da mucha pena tener que acudir a este recurso y no poder mantenerles en el domicilio” (Entrevista a la TS del centro residencial).

4.3.4. Factores que inciden en el sentimiento de culpa

Tras la realización de la entrevista, he detectado también dos factores que pueden incidir directamente en el enquistamiento o en el aumento del sentimiento de culpa que se genera durante el ingreso de un ser querido en un centro. En cuanto al primero, me refiero al entorno social y, por otro lado, tenemos la actitud de la persona institucionalizada.

En cuanto al entorno social, se genera mucha incompreensión en la persona que lo sufre, cómo ya he mencionado en el marco teórico, nos encontramos en una sociedad en la

que predomina el cuidado de la persona mayor en el domicilio. Realizar un proceso de institucionalización supone no cumplir con lo que está socialmente establecido. Eso genera que en numerosas ocasiones, estas familias vean cuestionada su decisión no solo por la sociedad en general, sino por su entorno más próximo, teniendo todo ello una repercusión negativa y generadora de culpa.

“Muchos nos lo dicen, que los vecinos, los primos, la familia menos cercana, se atreven a juzgar y a valorar el acto del ingreso, y esto desde luego desfavorece muchísimo para ese sentimiento de culpa, lo aumenta, lo acrecienta y lo acusa un montón” (Entrevista a la TS del centro residencial).

En cuanto al segundo factor clave que puede interferir e incrementar el sentimiento de culpa, es la propia persona institucionalizada. Cuando la familia va a realizarle una visita, ésta puede cambiar su actitud con ella y mostrar su enfado de una manera exagerada, e incluso realizar comentarios que pueden hacer que la familia se sienta todavía peor por la decisión que se han visto obligados a tomar. Este tipo de actos pueden generar también un cuestionamiento de la decisión.

“... hay muchas personas que todavía cognitivamente son capaces, y que cuando vienen los familiares a buscarles, a estar con ellos de visita, les echan en cara que les han traído así: “me has traído a la residencia”, “me has dejado aquí”, “no me has tenido contigo”, “no me has cuidado”. Y esto imagínate lo que les supone a ellos.” (Entrevista a la TS del centro residencial)

Por otro lado, es importante destacar la idea de que no solo se ven afectadas las personas cuyo familiar se encuentra bien cognitivamente. Muchas familias hacen alusión al pasado, a promesas que les han hecho a sus familiares cuándo todavía se encontraban bien cognitivamente. Para ellos, el iniciar el proceso supone una traición e incluso no respetar las voluntades o pensamientos de su familiar. Puede incluso parecer que se están aprovechando de la circunstancia, ya que su familiar no se puede quejar.

“... las familias te cuentan cómo cuándo eran personas autónomas, que cognitivamente estaban bien, les han dejado muy claro la instrucción esa de “nunca a una residencia”, “no me lleves a una residencia”. Entonces a ellos les parece una traición, les parece una puñalada a sus padres, madres, tíos... traerles

a una residencia cuando les han pedido por favor que no lo hagan” (Entrevista a la TS del centro residencial).

4.3.5. Pautas a tener en cuenta en la elaboración del proyecto

Hay tres elementos que considero que son importantes a la hora de establecer el proyecto. El primero el momento en que empezar a trabajar con las familias los sentimientos de culpa que se generan en torno al ingreso. El segundo la presencia o no de una figura profesional y cuál tiene que ser su papel en el desarrollo del proyecto. Por último, posibles factores a tener en cuenta que puedan dificultar la puesta en marcha del mismo.

En cuanto al momento oportuno, para la profesional es importante trabajar con la familia desde el primero momento, ya que sobre todo el primer mes resulta especialmente duro, y según como se resuelva, se marcará el futuro de las siguientes intervenciones. El siguiente fragmento hace referencia a cuándo sería conveniente iniciar la intervención.

“Es el peor, es el que peor viven. Pasado el primer mes... El primer mes, yo creo que es un poco el punto de inflexión, ya empiezan ya... como es como un duelo, empiezan la aceptación”. (Entrevista a la TS del centro residencial).

Por lo tanto, y a pesar de ser un mes de adaptación, la profesional apunta a que es importante empezar a trabajar desde ese momento, ya que como he descrito en párrafos anteriores, parece ser que el sentimiento de culpa ya está en la persona desde mucho antes de iniciar este proceso de institucionalización.

En relación con la presencia o no de un profesional, tiene claro que en todo proceso grupal tiene que existir un profesional, sobre todo si lo que se pretende alcanzar es una intervención social, es decir, conseguir la transformación o el cambio de la persona. Además, defiende que la figura profesional que tiene que hacerse cargo del GAM es la trabajadora social, ya que somos desde el trabajo social los encargados de acoger a la persona en el centro, escucharlos en esos primeros momentos, somos los que intentamos calmar sus miedos, su incertidumbre, los que explicamos el proceso etc. Toda esa relación previa que tenemos con las familias, hacen que generen cierta confianza con nosotros. De esa forma ahorramos que tengan que volver a contar cierta

información a otra figura profesional y generar ese vínculo de confianza necesario en un GAM.

“Creo que tendría que ser o psicología o trabajo social. Podrían ser dos figuras que encajarían bastante bien, e incluso te diría que trabajo social porque como creo que sería fundamental durante las primeras semanas, ese primer mes, al final eres la persona a la que ellos han confiado previamente todas sus inquietudes y miedos, tú sabes lo que están viviendo porque ya tienes cierto conocimiento”. (Entrevista a la TS del centro residencial).

Por último, la profesional establece dos elementos que pueden ser una amenaza importante a la hora de presentar un proyecto de este tipo en un entorno residencial. Para ella el recelo que se puede generar en ciertos familiares puede dificultar la puesta en marcha, ya que estos lo pueden sentir como una estrategia de control hacia los familiares. Es importante recordar que estos articulan sus propias relaciones y métodos de comunicación, por lo que esta minoría de familiares puede intentar influir en el resto para que no participen en el recurso.

“Ese tipo de familias, que son realmente a las que habría que apoyar y ayudar, y que les beneficiaría muchísimo este tipo de dinámicas, esas seguramente lo iban a vivir como una imposición por parte nuestra, de intentar hacerles pasar por el aro y convencerles de algo” (Entrevista a la TS del centro residencial).

Por otro lado, nos encontramos la gran dificultad que tenemos las personas para expresar nuestras emociones y sentimientos delante de otras personas, sobre todo los hombres. En nuestra sociedad todavía existe esa creencia de que los hombres no lloran y que son las mujeres las que se tienen que encargar de atender las necesidades que surgen de nuestro yo más emocional. Por ese motivo, para esta profesional, ahí tendríamos un gran reto, el crear unos lazos de confianza tan fuertes y un entorno tan seguro que permita a las personas miembros del GAM poder expresarse con total naturalidad.

“Lo que más les iba a costar es soltar, soltar. La gente, el ser humano, nos cuesta expresar, sacar... Nos da apuro social todavía llorar, enfadarnos, gritar si hace falta, o expresar lo que estamos sintiendo. Tenemos ahí un hándicap bastante

importante, y no todo el mundo tiene la misma facilidad para sacar lo que realmente lleva dentro” (Entrevista a la TS del centro residencial).

5. DESARROLLO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN: “HABLANDO LA CULPA SE VA VOLANDO”

Antes de empezar con el desarrollo del proyecto, quiero dejar constancia de que para diseñar el GAM y su funcionamiento me he basado en la literatura académica consultada, en la información obtenida por medio de la entrevista con la trabajadora social del centro residencial y en dos guías que me han servido para orientarme y adaptar la información. La primera del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (s.f), denominada: *Guía de Grupos de Ayuda Mutua: Salud mental para trastorno mental común*. La segunda guía la presenta En Primera Persona (s.f) denominada: *Recuperación y Ayuda Mutua: Guía de apoyo para el moderador de grupos de ayuda mutua*.

5.1. Naturaleza del proyecto

Este proyecto de intervención pretende ser un recurso más que los centros residenciales de personas mayores puedan tener a su disposición y, que a diferencia del resto de recursos que ofrecen, está centrado en los familiares de las personas residentes.

Los procesos de institucionalización son situaciones muy duras emocionalmente para todas las partes implicadas. Generalmente, en los centros residenciales la atención se centra en la adaptación de la persona residente, dejando la vivencia de la familia y, sobre todo, del cuidador principal en un segundo plano. Esto no quiere decir que no se atiende, sino que no se le da la importancia que debería.

El proyecto consiste en la creación de un GAM en el centro para trabajar con las familias el proceso de desculpabilización causado por el sentimiento de culpa generado por medio de la institucionalización de un ser querido.

La idea de este proyecto de intervención surge en las tutorías iniciales con la tutora de este TFG, Iosune Goñi. Esas primeras charlas estuvieron enfocadas en qué temas me interesaban en relación a los centros residenciales de personas mayores y qué impresión tenía sobre esos aspectos. Al poco tiempo salió la idea de que para mí, las familias son “las grandes olvidadas” en estos centros y no se nos puede olvidar que son una parte esencial para el bienestar de las personas residentes.

En mi experiencia como gerocultor, he tenido contacto directo con muchas personas residentes y sus familias. Al trabajar en colaboración con ellas, me he dado cuenta de que hay familias que, por determinadas situaciones, llevan peor el proceso de institucionalización, y esa circunstancia interfiere en el bienestar de la persona residente, en el trabajo de las personas profesionales y en la salud y el bienestar de sí mismos.

Por todos esos motivos, consideré apropiado la elaboración de un proyecto de intervención centrado en las propias familias de las personas residentes, para intentar ofrecer una mayor atención integral a la propia persona residente por medio de la atención a sus familias en un tema tan importante cómo el proceso de institucionalización y todas las consecuencias familiares que genera.

5.2. Fundamentación

5.2.1. Análisis de la situación

Nos encontramos con una sociedad muy envejecida debido a varios factores demográficos, políticos y sociales, entre los que se encuentran al aumento de la esperanza de vida y a las mejoras del sistema sanitario. Esta situación, al mismo tiempo, hace que cada vez más personas se encuentren en situación de dependencia, que en muchos casos se alarga durante grandes periodos de tiempo, provocando un gran nivel de sobrecarga en la persona cuidadora.

Esa situación de sobrecarga lleva en muchos a casos a plantearse un proceso de institucionalización en un centro residencial. Este proceso es muy doloroso no solo para la persona en cuestión, sino también para su familia. Para ésta última, el proceso supone un gran cambio en el rol que desempeñaban en el cuidado (fundamentalmente en la persona cuidadora principal), pero también supone un proceso de adaptación y un proceso de constante cuestionamiento sobre la idoneidad de la decisión tomada.

Los centros residenciales se centran esencialmente en las atenciones y en los cuidados de sus propias personas residentes. Entienden que las familias siguen siendo fundamentales para ellas, por ese motivo sí que existe un pequeño acompañamiento

por parte de los profesionales, pero en realidad estas atenciones se encuentran en un segundo plano y podría decirse que son de carácter más superficial.

5.2.2. Necesidades a las que responde el proyecto

Como hemos podido analizar de la entrevista a la Trabajadora Social de un centro residencial de personas mayores, prácticamente la totalidad de las familias de su centro sienten algún tipo de sentimiento de culpa generado por el proceso de institucionalización, e incluso algunas pueden llegar a desarrollar ciertas patologías asociadas a la enfermedad mental.

Si trabajamos por medio de un GAM el sentimiento de culpa, e iniciamos un proceso de desculpabilización, conseguiremos que estas familias no se encuentren solas en estos momentos tan complicados, conozcan personas que están pasando por el mismo proceso y puedan compartir sus experiencias y sentimientos. El actuar sobre esta necesidad puede tener como consecuencia un mejor afrontamiento al duelo que genera el proceso de institucionalización y los sentimientos que se generan. También puede generar una mejor percepción por parte de la familia sobre el centro residencial, y que se mejore al mismo tiempo la relación con las personas trabajadoras del mismo, reduciendo así los posibles conflictos.

Por otro lado, si no se actúa frente a esta necesidad, seguiremos sin atender a la persona residente en su globalidad, ya que dejamos de lado un pilar tan importante como es su familia. De la misma forma, las familias seguirán sin afrontar estos sentimientos de culpa, que lo más probable es que se agraven en el futuro o tras la muerte de su familiar. Al mismo tiempo, continuarán o se incrementarán los problemas entre las personas trabajadoras y las familias de las personas residentes.

5.3. Objetivos

Objetivo general: Crear un espacio seguro dónde compartir experiencias y emociones relacionadas con el proceso de institucionalización por medio de un GAM que, al mismo tiempo, sirva para desarrollar actitudes positivas e iniciar un proceso de desculpabilización causado por el mismo proceso.

Objetivos específicos:

- Reducir el sentimiento de culpa que tienen las familias en torno al ingreso residencial.
- Fomentar la relación de ayuda entre personas que están pasando por la misma situación.
- Ofrecer un espacio seguro y de confianza en el que las personas puedan reunirse de manera regular.
- Compartir sentimientos y experiencias, ventilar frustraciones y desarrollar actitudes nuevas y más positivas.

5.4. Personas destinatarias

Cómo he mencionado en la introducción, este proyecto de intervención está destinado a las familias de las personas residentes de las residencias de personas mayores que quieran aplicar este proyecto. Dependiendo de dónde esté localizado el centro residencial, nos podemos encontrar que existe un gran número de familiares. Por ejemplo, las residencias de la Comarca de Pamplona, cuentan con un gran número de plazas, por lo tanto, también existe un gran número de familiares. En cambio, en las zonas rurales de Navarra, los centros residenciales cuentan con menos plazas, y por lo tanto, con menos familiares.

Es por ese motivo y, atendiendo al gran número de familiares que nos podemos encontrar en los centros, que es necesario concretar un poco más y establecer una serie de criterios o características que las familias deben cumplir para poder acceder a este recurso. He establecido cuatro características que considero que son las más apropiadas para determinar qué familiares pueden participar en el GAM en base a unas cuestiones que explico más adelante.

Características:

- Ser el cuidador principal antes del proceso de institucionalización.
- Que en las entrevistas previas al ingreso con la Trabajadora Social se haya detectado en el discurso del familiar ese sentimiento de culpa de manera notable.

- Un nivel bajo de interacción existente entre la persona familiar y el resto de familias del centro.
- Encontrarse entre las primeras semanas y los 6 meses posteriores al ingreso.

En cuanto a la primera característica, he establecido que sea un servicio solamente para cuidadores principales porque son los miembros de la familia que peor viven el proceso de institucionalización, sobre todo si son el cónyuge de la persona residente. Digo que son las personas que peor lo pasan porque están más implicadas emocionalmente y sufren un gran cambio de rol en los cuidados, y al que puede ser complicado adaptarse.

En relación con la segunda característica, es importante que la persona profesional del Trabajo Social esté especialmente atenta por si el familiar manifiesta este tipo de sentimiento para poder ir haciendo un seguimiento de cómo evoluciona con el paso del tiempo desde el ingreso, para de esa manera, poder valorar en un futuro la idoneidad o no de la persona respecto al recurso.

Con relación a la tercera característica y, atendiendo también las indicaciones que ha dado la profesional entrevistada, es importante que la profesional y el resto del equipo observe de igual modo de qué manera va relacionándose la familia con el resto de familias y cómo se va adaptando al centro. Es importante ser capaces de detectar si la familia en cuestión es capaz de crear esos vínculos espontáneos y naturales que le permitan desahogarse, conocer otros puntos de vista y comprender que todo mejora con el tiempo.

Por último, la cuarta característica hace alusión al tiempo. Al igual que la profesional a la que he entrevistado, creo que es importante centrar nuestra intervención en esos primeros momentos, ya que son los más duros. Son momentos llenos de miedos, dudas, incertidumbres etc. en los que el sentimiento de culpa se encuentra muy presente. Al mismo tiempo, amplíe el rango temporal hasta los 6 meses, porque considero que todo el mundo necesita su espacio personal para poder adaptarse a la nueva situación, por lo que ese sentimiento de culpa puede reducirse solo de forma natural sin necesidad de un proceso de intervención social. Por el contrario, también podría estacionarse e incluso aumentar de forma notable.

A pesar de establecer una serie de criterios para poder acceder, creo que es importante también dejar reflejado que si la persona profesional o algún miembro del equipo

técnico considera que a un familiar en concreto le puede venir bien este recurso, a pesar de no cumplir con los criterios, la trabajadora social podría hacer ciertas excepciones; siempre acogiéndose a criterios terapéuticos. Un ejemplo podría ser un familiar que no es el cuidador principal, pero que por determinadas circunstancias está muy vinculado emocionalmente y desarrolla un gran sentimiento de culpa.

5.5. Características del GAM

Para establecer las características del GAM que propongo a continuación me he basado en la guía del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (s.f), denominada: *Guía de Grupos de Ayuda Mutua: Salud mental para trastorno mental común*.

El GAM que propongo en este proyecto de intervención estará compuesto por un número de entre 5 y 12 participantes. Establezco este criterio porque considero que para que el GAM funcione tiene que tener un número equilibrado de personas. Si contamos con muy pocos participantes, corremos el riesgo de convertir el grupo en una terapia individualizada y que las experiencias vitales no sean tan enriquecedoras diluyendo así la ayuda. Por otro lado, si en cambio, el grupo es muy grande, se corre el riesgo de que no se cree un clima de confianza que permita compartir las experiencias. Además, tampoco dispondríamos del tiempo necesario para que pudiesen expresarse adecuadamente.

El GAM contará con una persona profesional encargada de dinamizar el grupo y de moderar los turnos de palabra. La persona profesional también será la encargada de preparar los temas que se van a trabajar, de buscar la forma de adaptar las sesiones en función de los intereses del grupo y de realizar las dinámicas del GAM.

El grupo será de carácter semi-abierto, que entrará en funcionamiento cuando se alcance el número necesario para ello, respetando siempre el mínimo y el máximo necesarios. El número inicial puede cambiar en función del número de personas que acepten formar parte y del número de casos detectados por la trabajadora social o algún miembro del equipo técnico.

En cuanto a la frecuencia de las reuniones, serán de carácter quincenal y tendrán una duración de una hora y media. Como norma general se celebrarán siempre a la misma hora y el mismo día de la semana para permitir cierta organización familiar y laboral de

los miembros. No obstante, bajo acuerdo del grupo y por necesidad de algún miembro, se puede llegar a cambiar. En cuanto a la frecuencia, establezco que sean de carácter quincenal para intentar no sobrecargar a las personas del GAM, pero que al mismo tiempo se les ofrezca la oportunidad de acceder a un espacio seguro dónde trabajar y compartir los sentimientos de culpa. En relación con la duración hay que intentar que no sean sesiones muy largas que roben mucho tiempo a las personas que forman parte del grupo, ya que de lo contrario podemos correr el riesgo de que dejen de venir.

5.6. Metodología

5.6.1. Fases de constitución

Las fases que a continuación voy a describir están basadas en las que se presentan en las siguientes dos guías. La primera del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (s.f), denominada: *Guía de Grupos de Ayuda Mutua: Salud mental para trastorno mental común*. La segunda guía la presenta En Primera Persona (s.f) denominada: *Recuperación y Ayuda Mutua: Guía de apoyo para el moderador de grupos de ayuda mutua*.

- Fase de creación: En esta primera fase, no se ha constituido el GAM como tal. Es un momento preparatorio en la que la trabajadora social tiene que ir buscando familiares que necesiten y puedan estar interesados en participar en el GAM para darles toda la información necesaria. Es importante explicar qué es y en qué consiste la ayuda mutua, cuál es la dinámica que se propone y qué significa participar en esta iniciativa. Se realizarán entrevistas individuales por parte de trabajo social en las que se informará sobre el GAM y se resolverán todas las posibles dudas que la persona pueda tener respecto a su funcionamiento y objetivos.
- Fase de primeros contactos: En este momento ya se ha constituido el GAM. El objetivo principal en estas primeras sesiones es que se conozcan los participantes, crear un clima de confianza y llegar a un acuerdo en las normas y dinámica de las sesiones. Hay que tener en cuenta que en este momento pueden surgir conflictos, ya que cada miembro del grupo puede tener expectativas diferentes, por ese motivo es importante llegar a acuerdos.

- Fase de acompañamiento: En esta fase es cuándo se trabajan los temas establecidos en la fase anterior. Este proceso debe ser flexible y adaptarse a las nuevas necesidades y demandas que tenga el grupo. El profesional será el encargado de moderar el grupo y fomentar la comunicación y cohesión de sus miembros.
- Fase de despedida: Esta última fase se da una vez que se han cumplido los objetivos terapéuticos marcados. Nos podemos encontrar dos situaciones: que la persona quiera continuar en el grupo, ya que su presencia puede venirle bien a otros miembros recién llegados, o por el contrario que desee abandonar el grupo, y por lo tanto, haya que realizar un ritual de despedida.

5.6.2 Dinámica de las sesiones

En este sub-apartado, voy a explicar la propuesta para la dinámica de las sesiones que el profesional puede hacer al GAM, siempre adaptándola a sus necesidades y llegando a acuerdos sobre el funcionamiento de las mismas. Las sesiones van a contar con tres momentos importantes:

- La bienvenida: Este primer momento, lo he denominado así por qué es el espacio en que cada miembro del grupo que quiera puede tomar la palabra, en orden, para contar cómo se siente, de qué forma está evolucionado el proceso de desculpabilización, y por si quiere contar algo importante que le ha pasado (En Primera Persona, s.f).
- El desarrollo: En este segundo momento, la persona profesional encargada de dinamizar el grupo, expone los posibles temas a tratar ese día en función de las preocupaciones o intereses que el grupo ha manifestado en la bienvenida, o algún tema que se decidiera anteriormente (En Primera Persona, s.f).
- La despedida: Para finalizar la sesión es importante hacer una pequeña valoración sobre cómo se han sentido los participantes, si existe algún tema que les gustaría trabajar en las próximas sesiones, o si el profesional propone alguna actividad que sea necesaria trabajar en casa para el próximo encuentro (En Primera Persona, s.f).

Es importante tener en cuenta que la dinámica de funcionamiento de la segunda y última fase serán algo diferentes debido a las características de las mismas. Voy a destacar sobre todo el funcionamiento de la primera sesión (enmarcada en la fase de primeros contactos), y de la última sesión (enmarcada dentro de la fase de despedida).

En cuanto a la primera sesión, es importante iniciarla con alguna dinámica de presentación que permita a los miembros del grupo conocerse, empezar a crear ese clima de confianza necesario y romper con ciertas tensiones generadas de la incertidumbre. También es importante preguntar qué es lo que esperan del GAM y qué es lo que les ha llevado hasta ahí.

Por otro lado, en esos primeros momentos es igual de importante establecer una serie de normas de funcionamiento. En el siguiente punto establezco algunas normas básicas que son necesarias para el funcionamiento del GAM y que la persona profesional tiene que hacer llegar al grupo. A partir de esas normas, el resto serán todas consensuadas.

Por último, en relación con la última sesión, también es importante destacar sus particularidades y adaptarse a ella. Es importante poner de manifiesto el cumplimiento de los objetivos establecidos y hacer una breve evaluación sobre cómo han evolucionado durante todo este tiempo, pero fundamentalmente valorar en qué medida las personas sienten que esos sentimientos de culpa se han reducido. Como he mencionado anteriormente en la justificación del proyecto, partimos de la base de que es muy complicado eliminar del todo estos sentimientos, por lo que nos estamos centrando en reducirlos lo máximo posible.

5.6.3. Normas básicas del GAM

Para el correcto desarrollo del GAM, es importante que existan una serie de normas consensuadas. Pero al mismo tiempo es necesario que existan una serie de normas básicas. En este caso planteo solamente tres, el resto de normas se tienen que consensuar.

La primera norma es el respeto por todas las personas del GAM, por sus ideas, pensamientos, sentimientos, emociones etc. Cuando hablo de respeto me refiero a que exista un trato cordial y se dirijan de una manera adecuada los unos con los otros, se

respete el turno de palabra, y no se juzgue lo que un miembro del grupo este compartiendo (Sampietro & Carbonell, s.f).

La segunda norma hace referencia a la confidencialidad. Es importante hacer entender a los miembros del grupo que para que el GAM funcione tiene que ser un espacio en el que se sientan seguros para compartir sus sentimientos y pensamientos sin miedo a que nadie pueda sacar fuera la información que se comparte dentro. Ni la profesional que dinamiza el grupo puede compartir lo que ahí salga con el resto del equipo técnico, debe prevalecer el secreto profesional (Sampietro & Carbonell, s.f).

La última norma básica hace referencia a la inclusión. Todos los miembros tienen que tener la posibilidad de participar, pero teniendo siempre claro que nadie está obligado a ello. Es necesario también que para que todos puedan participar, que no se acapare el turno de palabra (Sampietro & Carbonell, s.f).

5.6.4. Incorporación de nuevos miembros

La acogida de nuevos integrantes es una parte muy importante, ya que estos entran en un grupo que ya está formado y existen una serie de relaciones y de confianza entre sus miembros, por ese motivo hay que hacer que se sientan bien recibidos por parte de todos los miembros, y que pasa a formar parte del grupo. Se le pedirá a la persona que se presente al resto del grupo y se le recibirá con calidez. Después se volverán a recordar las normas que se han establecido para el mismo (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, s.f).

5.6.5. Formación

La formación y el reciclaje profesional es una parte importante a la hora de trabajar con grupos. Es necesario que la persona que se vaya a encargar de dirigir el grupo este al día en relación a las nuevas técnicas, procesos y metodologías del trabajo social de grupos, la resolución de conflictos, la mediación y en habilidades sociales y comunicativas. También formación sobre las emociones, la culpa y cómo abordarlos desde el formato grupal de intervención. Es por ese motivo que la propia empresa tiene que ofertarle diferentes cursos y formaciones que le permitan dar y seguir dando la mejor atención a las personas que compongan el grupo.

5.7. Organización

5.7.1. Temporalización

En este apartado voy a explicar por medio de un calendario y el uso de colores cómo sería el proceso desde el momento en el que el centro residencial decide implementar el proyecto de intervención que propongo. En primer lugar, el color rojo representa el tiempo de formación que requiere la profesional del trabajo social para poder estar al día en todos los aspectos comentados en el punto anterior. Ésta primera etapa tendrá una duración aproximada de 6 meses, empezando el 1 de enero y terminando el 30 de junio.

El color azul representa el tiempo de la fase de difusión del proyecto en el que el equipo del centro da a conocer el nuevo servicio y además la trabajadora social irá buscando y explicando el servicio a las familias que consideren que cumplen los criterios explicados anteriormente. Ésta segunda fase tendrá una duración aproximada de un mes y medio, empezando el 1 de julio y terminando el 15 de agosto. Dependerá del número de familias nuevas que accedan al centro y de la predisposición de las mismas para participar.

El color verde, por su parte, muestra todas las sesiones del proyecto que desarrollo más adelante. Esta tercera fase pretende tener una duración indefinida, porque como explico más adelante, el grupo pretende tener vida constante con la salida y entrada de nuevos miembros. Por ello, en la calendarización he seleccionado hasta el final de año.

En cuanto al último color, el morado. Representa el periodo de evaluación que explicaré más adelante, pero que debe de realizarse antes de finalizar el año para poder ser incluido en la memoria de los centros. He establecido de margen dos semanas para poder realizarla. Este periodo comprendería de 6 al 19 de diciembre.

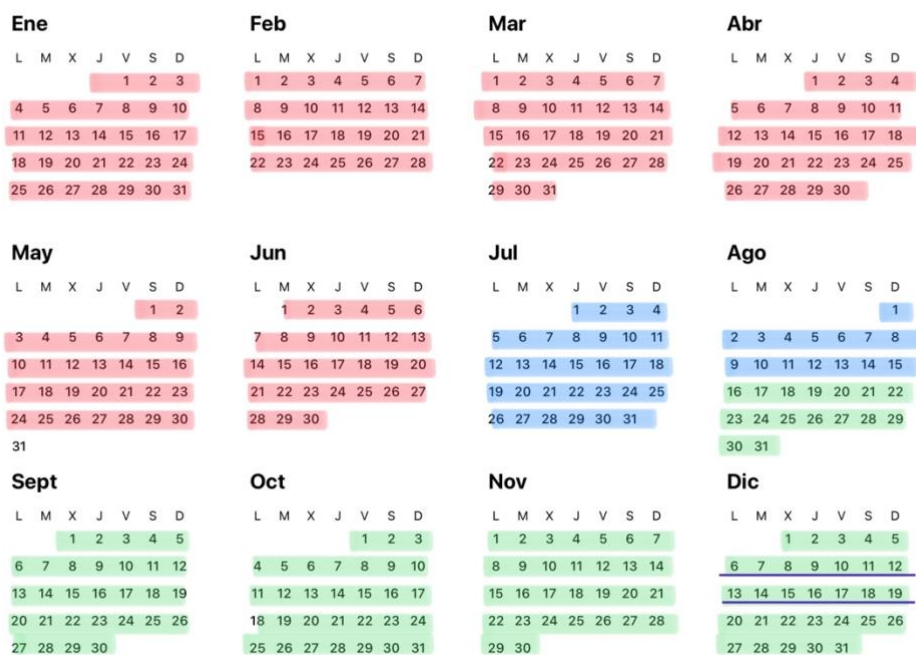


Figura I: Temporalización del proyecto.

5.7.2. Calendarización

Tal y como he explicado anteriormente, es el propio grupo, por medio de un acuerdo, quién establece el día de la semana y la hora de la sesiones. Por lo que esta calendarización va a ser un poco más básica que una calendarización normal que recoge fecha y hora concreta. Lo que sí va a estar establecida es la semana en la que se realizará la sesión, que como he mencionado antes será cada dos semanas.

Por otro lado, y debido a la dificultad que existe de llegar a un acuerdo para establecer el día y la hora de la primera sesión, ésta será establecida por la propia profesional. En la siguiente tabla se muestra la fecha y hora de la primera sesión, y las semanas en las que se celebrarían las siguientes hasta el 31 de diciembre.

Tabla V: Calendarización de las sesiones del proyecto.

SESIONES	FECHA
SESIÓN 1	El 19 de agosto a las 19:00h.
SESIÓN 2	Del 30 de agosto al 3 de septiembre.
SESIÓN 3	Del 13 al 17 de septiembre.

SESIÓN 4	Del 27 de septiembre al 1 de octubre.
SESIÓN 5	Del 11 al 15 de octubre.
SESIÓN 6	Del 25 al 29 de octubre.
SESIÓN 7	Del 8 al 12 de noviembre.
SESIÓN 8	Del 22 al 26 de noviembre.
SESIÓN 9	Del 6 al 10 de diciembre.
SESIÓN 10	Del 20 al 23 de diciembre.

Fuente: Elaboración propia.

5.7.3. Recursos

En este apartado voy a diferenciar en tres tipos de recursos; los económicos, los humanos y los materiales. En relación a los económicos, esta propuesta de intervención pretende ser una propuesta de coste 0. Ya que se pretende utilizar los recursos existentes en los centros y optimizarlos para ofrecer un nuevo servicio. Puede existir la posibilidad de que el centro residencial que aplique el proyecto no cuente con un profesional formado para poder dinamizar grupos y gestionar un GAM. En ese caso puede existir un coste económico en base a la formación del profesional, o la contratación de una persona que cumpla los criterios adecuados para poder poner en funcionamiento y afrontar las necesidades que puedan surgir en el GAM.

En cuanto a los recursos humanos, se necesitaría un profesional cualificado que se encargue de dinamizar el GAM. Las profesionales que mejor preparadas pueden estar para esta tarea podrían ser las trabajadoras sociales o las psicólogas, ya que dentro de su formación podemos encontrar conocimientos sobre dinámicas y manejo de grupos, habilidades sociales y comunicativas, así como inteligencia emocional y regulación de las emociones. De todas maneras, atendiendo a las indicaciones de la profesional entrevistada, creo que la figura profesional más apropiada sería la de trabajadora social debido a la relación y confianza previa alcanzada con la familia desde el primer momento que llegan al centro y antes de iniciar todo el proceso de institucionalización.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que todos los profesionales del centro son un recurso muy valioso, y que aunque no sean las personas encargadas de dinamizar el GAM, siempre hay que tenerlas en cuenta para poder trabajar ciertos temas que puedan ayudar a las personas que forman parte del GAM, y a lograr los objetivos planteados.

En lo que a recursos materiales se refiere, tampoco son necesarias grandes cosas. Lo primero y más importante, se necesita un espacio amplio y tranquilo. Se podría reservar cualquier sala de visitas o usos múltiples del propio centro. Es interesante que el GAM se reúna en el centro, ya que esta circunstancia puede ayudar a familiarizarse con él, sus profesionales y empezar a normalizar el espacio.

En cuanto al resto de recursos materiales, los voy a poner en la siguiente lista ya que no requieren una gran explicación. Todos ellos serán necesarios para el desarrollo de las sesiones que el GAM vaya realizando:

- 13 sillas, una por participante (contando al profesional).
- 13 cuadernos.
- 13 bolígrafos.
- Pinturas.
- 1 pizarra.
- Rotuladores para la pizarra.
- Material concreto que se requiera para las dinámicas.

5.8. Actividades

5.8.1 Difusión del proyecto

Es importante dar a conocer el proyecto como parte de la cartera de servicios que oferta el centro. Por ese motivo se elaborará una hoja explicativa (Anexo III) con la información más importante del mismo explicada de manera sencilla. Ésta se incluirá en la carpeta corporativa que la Trabajadora Social ofrece a las familias en esa primera reunión informativa y visita al centro.

La hoja informativa incluye una breve explicación sobre en qué consiste el recurso y a quiénes están destinados, qué son los GAM, los temas que se trabajan en él, cada cuánto se reúnen, su duración y dónde se celebran las reuniones. A parte de la hoja informativa,

en la propia entrevista, la profesional tiene que hacer hincapié en los beneficios que tiene participar en un GAM. Según el manual de En Primera Persona (s.f), los beneficios que podemos destacar son los siguientes:

- Conocerse mejor a uno mismo y mejorar la autoestima y el bienestar personal.
- Hallar la comprensión y el apoyo de otras personas en la misma situación.
- Clarificar información sobre el problema.
- Compartir estrategias efectivas.
- Desarrollar nuevas habilidades y actitudes.
- Defender los propios intereses y presionar de forma conjunta.

Por otro lado, se pondrá un cartel (Anexo IV) en el tablón de anuncios de la entrada del centro y en un lugar visible y transitado por las familias, como puede ser la cafetería o la recepción. De esta manera, propiciamos también que lo conozcan no solo las nuevas familias que llegan al centro, sino también las que llevan más tiempo en el mismo.

5.8.2. Sesiones

La idea de este proyecto de intervención es ofrecer un nuevo servicio para los centros residenciales de personas mayores, que pueda ser mantenido en el tiempo, es decir, que no tenga fin. El GAM se iría renovando con las salidas e incorporaciones de nuevos miembros, ya que como explico en puntos anteriores, parece ser que el sentimiento de culpa que sienten las familias involucradas en un proceso de institucionalización es bastante compartido y, por lo tanto, siempre existirían familiares a los que ofrecerles este recurso. Por ese motivo, me resulta complicado plasmar la totalidad de las sesiones en este TFG, por eso he optado por desarrollar las 10 primeras sesiones y la sesión de despedida de alguno de los miembros, ya que considero que sería el número de sesiones necesarias para poner en marcha el GAM.

A pesar de la propuesta de sesiones y el orden que establezco, cabe destacar la idea de que puede alterarse el orden de su realización en función de las necesidades o del momento en el que se encuentre el grupo.

Es importante destacar que todas las sesiones exceptuando la primera y la última tendrán la estructura explicada en el punto de la metodología de bienvenida, desarrollo y despedida.

Sesión 1:

Esta primera sesión estará dividida en dos partes. Primero una pequeña dinámica de presentación para que empiecen a conocerse todas las personas participantes. Después llegará el momento de establecer acuerdos en torno al funcionamiento.

Dinámica:

- Nombre: Presentación por parejas
- Objetivo: Iniciar las relaciones entre los participantes y empezar a crear un clima de confianza.
- Tiempo aproximado: 30-40 minutos.
- Desarrollo: En parejas los miembros del grupo se distribuyen por la sala, y empiezan a tener una pequeña conversación en la que pueden preguntarse lo que les interese saber de la otra persona. Pasados 5-10 minutos, todos los miembros vuelven al círculo y uno a uno deben presentar al compañero con el que han estado teniendo la charla.

Una vez realizada la dinámica, la profesional tiene que recordar el motivo por el que están ahí. Es importante recordar las normas básicas al resto del grupo y abrir un espacio de debate para dar la posibilidad de establecer otras normas que el grupo quiera seguir. El grupo también tiene que establecer el día y la hora de las sesiones, teniendo en cuenta que siempre será la misma y el mismo día de la semana, salvo que el grupo llegue a un acuerdo en un momento puntual.

Por otro lado, la persona profesional tiene que explicar de forma clara cuál va a ser el funcionamiento habitual de las sesiones y proponer los posibles temas a tratar, pero siempre dejando la puerta abierta a incorporar otros temas que puedan ir surgiendo y al grupo les resulte más interesantes. Es importante no restar importancia a la naturalidad y espontaneidad de lo que vaya saliendo en el grupo (siempre que esté relacionado con el tema que ha creado el grupo).

Para la despedida, se hace una breve evaluación en la que cada miembro del grupo manifiesta cómo se ha sentido, si existe algún tema en concreto que le gustaría tratar en las futuras sesiones del grupo, o cualquier otro aspecto que deseen destacar. La

profesional adelanta el tema de la siguiente sesión y si es necesario solicitará que traigan algún material concreto.

Sesión 2:

En esta sesión hay que seguir fomentando que los miembros del grupo sigan conociéndose y creando un clima de confianza que les permita abrirse con total libertad en el grupo. Por ese motivo, tras realizar una primera ronda en la que cada miembro pueden contar cómo ha les ha ido la semana, cómo están viviendo la situación del ingreso, pasaremos a realizar la dinámica.

Dinámica:

- Nombre: La maleta
- Objetivo: Permitir que los miembros del grupo continúen conociendo más los unos sobre los otros.
- Tiempo aproximado: 30-40 minutos.
- Materiales: Cada persona tiene que traer dos objetos importantes para poder hacer una presentación más profunda al grupo sobre uno mismo.
- Desarrollo: Cada miembro del grupo, de uno en uno, tienen que ir mostrando los objetos que han traído y explicando al resto del grupo por qué ese objeto le representa o es importante para sí mismo. El resto de grupo tiene que estar en silencio y escuchando.
- Observaciones: Es importante dar las gracias por la información que la persona acaba de compartir con el grupo, en muchas ocasiones puede ser información delicada o con un gran sentimiento detrás. Al mismo tiempo es importante recordar la norma de la confidencialidad antes de iniciar la dinámica.

Para la despedida, se hace una breve evaluación en la que cada miembro del grupo manifiesta cómo se ha sentido, si existe algún tema en concreto que le gustaría tratar en las futuras sesiones del grupo, o cualquier otro aspecto que deseen destacar. La profesional adelanta el tema de la siguiente sesión y si es necesario solicitará que traigan algún material concreto.

Sesión 3:

Primero se realiza una bienvenida donde cada miembro puede compartir con el resto cómo les ha ido la semana, qué avances sienten que están realizando, cómo han resuelto determinado acontecimiento, o cualquier otro aspecto que quieran compartir.

A continuación, en el momento de desarrollo, la profesional recuerda el tema que se va a trabajar esa semana, que es la vivencia personal. Es importante hacer entender al grupo que a pesar de estar viviendo una misma situación, cada persona es diferente y, por lo tanto, podemos estar viviéndolo de formas distintas. Todas esas formas de vivir la misma realidad son igual de lícitas y hay que respetarlas.

Dinámica:

- Nombre: Las figuras
- Objetivo: Mostrar que una misma realidad puede ser vivida de formas diferentes.
- Tiempo aproximado: 35 - 40 minutos.
- Materiales: Papel, pinturas, rotuladores y pizarra.
- Desarrollo: La profesional dibuja en la pizarra diferentes formas geométricas que formen un dibujo. Después pide a los miembros del grupo que dibujen en una hoja qué es lo que se han imaginado cuándo han visto esas figuras. Una vez que todos los miembros lo hayan dibujado, se hace una puesta en común para que cada persona explique su dibujo. La reflexión de la profesional tiene que estar orientada a cómo a partir de un dibujo, cada persona ha realizado su propia interpretación y que todas esas interpretaciones son reales y válidas. Debe intentar enlazarlo con todas las vivencias que se han ido manifestado a lo largo de las sesiones y destacar la idea de que no tengan miedo a expresar sus opiniones, pensamientos, miedos o emociones.

Para la despedida, se hace una breve evaluación en la que cada miembro del grupo manifiesta cómo se ha sentido, si existe algún tema en concreto que le gustaría tratar en las futuras sesiones del grupo, o cualquier otro aspecto que deseen destacar. La profesional adelanta el tema de la siguiente sesión y si es necesario solicitará que traigan algún material concreto.

Sesión 4:

Primero se realiza una bienvenida donde cada miembro puede compartir con el resto cómo les ha ido la semana, qué avances sienten que están realizando, cómo han resultado determinado acontecimiento, o cualquier otro aspecto que quieran compartir.

En esta tercera sesión en la etapa de desarrollo se va a trabajar sobre la ayuda mutua. Esta dinámica puede ayudar a dar sentido a qué estamos haciendo aquí y qué es lo que esperamos del grupo.

Dinámica:

- Nombre: ¿Nos ayudamos mutuamente?
- Objetivos: Conocer qué es la ayuda mutua y las expectativas de los miembros del grupo.
- Tiempo aproximado: 45 minutos.
- Materiales: Bolígrafo y papel, rotuladores y pizarra
- Desarrollo: La persona encargada de dinamizar plantea las siguientes cuestiones al grupo: ¿Qué es la ayuda mutua para vosotros y vosotras?, ¿qué es lo que esperan de este grupo de ayuda mutua?. Se da un tiempo máximo de 15 minutos para que los participantes plasmen la respuesta en un papel. Una vez pasado ese tiempo se realiza una ronda en la que cada persona explica y comparte sus respuestas. Por último, la profesional realiza un resumen de las respuestas e incide en los aspectos más importantes y que más se hayan repetido.
- Observaciones: Dependiendo del tiempo del que se disponga, se puede adaptar la dinámica para que se realicen aportaciones de forma conjunta en vez de forma individual.

Para la despedida, se hace una breve evaluación en la que cada miembro del grupo manifiesta cómo se ha sentido, si existe algún tema en concreto que le gustaría tratar en las futuras sesiones del grupo, o cualquier otro aspecto que deseen destacar. La profesional adelanta el tema de la siguiente sesión y si es necesario solicitará que traigan algún material concreto.

Sesión 5:

Primero se realiza una bienvenida donde cada miembro puede compartir con el resto cómo les ha ido la semana, que avances sienten que están realizando, cómo han resultado determinado acontecimiento, o cualquier otro aspecto que quieran compartir.

El momento de desarrollo la persona profesional propone el tema para trabajar durante esta sesión, que cómo se acordó en la anterior sesión es el autoconcepto. Es un tema importante ya que el iniciar un proceso de institucionalización puede generar sentimientos negativos hacia uno mismo, por ejemplo: "soy un mal hijo por ingresar a mi padre/madre en un centro", que se pueden ver reforzados por la actitud de su familiar. Es importante trabajar este tipo de pensamientos y desmontarlos para poder avanzar.

Dinámica:

- Nombre: ¿Cómo me veo?
- Objetivos: Sentirnos mejor con nosotros mismos y con el grupo al mismo tiempo que refuerzo las cualidades que me definen.
- Tiempo aproximado: 30-40 minutos.
- Material: Puede ser útil un folio y un bolígrafo.
- Desarrollo: En un primer momento la persona profesional preguntará al grupo cómo se sienten en torno al ingreso de su familiar, si sienten que han hecho lo correcto, si se arrepienten de la decisión tomada, sienten que han fallado a su familiar etc. Todo lo que va saliendo se apunta en la pizarra. Después se pide que se tomen unos 5-10 minutos para que en un papel escriban palabras que los definan (cualidades, atributos, formas de actuar...). Se vuelve a realizar una puesta en común. La reflexión que tiene que hacer la persona profesional y el grupo es si la descripción que tienen de ellos mismos concuerda con los pensamientos negativos que tienen hacia sí mismos. Es importante hacer una acción simbólica como por ejemplo borrar la pizarra o romper el papel dónde estén escritos esos pensamientos para deshacernos de ellos.

Para la despedida, se hace una breve evaluación en la que cada miembro del grupo manifiesta cómo se ha sentido, si existe algún tema en concreto que le gustaría tratar

en las futuras sesiones del grupo, o cualquier otro aspecto que deseen destacar. La profesional adelanta el tema de la siguiente sesión y si es necesario solicitará que traigan algún material concreto.

Sesión 6:

Primero se realiza una bienvenida donde cada miembro puede compartir con el resto cómo les ha ido la semana, que avances sienten que están realizando, cómo han resultado determinado acontecimiento, o cualquier otro aspecto que quieran compartir.

En el momento de desarrollo se recordará el tema que se va a trabajar, que es la ansiedad. Es importante trabajar este tema, porque como hemos podido analizar en la entrevista, el proceso de institucionalización se vive con mucha ansiedad, e incluso en algún caso puede desembocar en un trastorno. Por ese motivo es importante enseñar a identificar la ansiedad y cómo combatirla. Posteriormente se pasará a presentar a la psicóloga del centro por si algún familiar todavía no la conoce y realice la dinámica.

Dinámica:

- Nombre: Aprendiendo a relajarse
- Objetivo: Aprender a identificar la propia ansiedad y reducirla.
- Tiempo aproximado: 40 minutos.
- Materiales: Ropa cómoda, esterilla o similar, una técnica de relajación muscular progresiva.
- Desarrollo: La profesional explica en un tiempo 15-20 minutos de forma breve y sencilla qué es la ansiedad y que cambios genera en nosotros mismos. También da algunas indicaciones para identificar la ansiedad. Pasado ese tiempo explica que vamos a realizar una técnica de relajación basada en la visualización, les pide a todos los miembros que se pongan en una postura cómoda y que cierren los ojos. Entonces se realiza el siguiente ejercicio creado por Barrios (2020):
Estoy tumbado con los ojos cerrados..... Me voy alejando de los ruidos y prisas cotidianas..... visualizo mi cuerpo como si lo estuviera mirando frente a un espejo..... Hago un recorrido por el explorando las zonas en que hay más tensión..... Hago un mapa de la tensión corporal..... Y también de las zonas que siento con claridad y aquellas que apenas percibo, estas últimas coincidirán casi

siempre con zonas tensas..... Le otorgo el color rojo a las zonas de tensión y un color azul a las zonas que siento relajadas, confecciono así un mapa en color que muestra los territorios tensos y relajados de mi cuerpo..... A partir de este instante, comienzo a visualizar que con cada respiración entra un aire azul, limpio, puro, relajante..... Conforme el aire azul penetra en mi organismo relaja mi cuerpo, la tensión comienza a disolverse..... Con cada espiración sale un aire rojo, la tensión se va, se disuelve..... Entra un aire azul, relajante..... Expulso un aire rojo y con el se va toda la tensión y las impurezas de mi organismo..... Entra un aire azul, relajante..... Expulso un aire rojo y con el se va toda la tensión y las impurezas de mi organismo..... Siento la relajación y la calma..... Me permito permanecer en este estado unos momentos y me preparo para abandonar el ejercicio..... Regreso a mi habitación, y tomo conciencia del estado de relajación en que me encuentro, me doy cuenta que puedo volver a este ejercicio para relajarme cuando lo desee, se que mi imaginación es una fuente de calma de tranquilidad y de paz.

Tras la realización del ejercicio, se va dejando que poco a poco todas las personas vuelvan a abrir los ojos y se les invita a incorporarse.

Para la despedida, se hace una breve evaluación en la que cada miembro del grupo manifiesta cómo se ha sentido, si existe algún tema en concreto que le gustaría tratar en las futuras sesiones del grupo, o cualquier otro aspecto que desee destacar. La profesional adelanta el tema de la siguiente sesión y si es necesario solicitará que traigan algún material concreto.

Sesión 7:

Primero se realiza una bienvenida donde cada miembro puede compartir con el resto cómo les ha ido la semana, que avances sienten que están realizando, cómo han resuelto determinado acontecimiento, o cualquier otro aspecto que quieran compartir.

En el momento de desarrollo la persona profesional propone el tema a trabajar que es el afrontamiento a una situación complicada por medio de la asertividad. En numerosas ocasiones la persona en cuestión acudirá al centro y su familiar intentará convencerle para volver a casa. Es una situación que muchas veces genera confusión en las familias,

que terminan con un sentimiento de culpa o dolor. Además, este tipo de situaciones suele preocupar mucho a los familiares, el qué decirles cuando piden irse a casa.

Dinámica:

- Nombre: Dramatización
- Objetivos: Analizar determinadas situaciones y la forma que tenemos de enfrentarnos a ellas.
- Tiempo aproximado: 50 minutos.
- Materiales necesarios: Papel con las diferentes situaciones que van a representar. Pueden ser situaciones que hayan salido con anterioridad y que les resulte difícil abordar.
- Desarrollo: Se divide al grupo por parejas. Se les explica que tienen que representar diferentes situaciones que pueden darse en el entorno residencial con su familiar o incluso con profesionales del centro. La persona profesional reparte diferentes situaciones típicas que se pueden dar o situaciones que con anterioridad el grupo a manifestado no saber muy bien como hacerle frente. Las parejas tienen 15 minutos para preparar la interpretación. El papel del resto durante la interpretación es de observadores, ya que luego se comentará qué les ha parecido el cómo se han enfrentado al problema y qué mejorarían. La persona profesional recoge la información e intenta dar una serie de indicaciones haciendo alusión a la comunicación asertiva.

Para la despedida, se hace una breve evaluación en la que cada miembro del grupo manifiesta cómo se ha sentido, si existe algún tema en concreto que le gustaría tratar en las futuras sesiones del grupo, o cualquier otro aspecto que deseen destacar. La profesional adelanta el tema de la siguiente sesión y si es necesario solicitará que traigan algún material concreto.

Sesión 8:

Primero se realiza una bienvenida donde cada miembro puede compartir con el resto cómo les ha ido la semana, que avances sienten que están realizando, cómo han resultado determinado acontecimiento, o cualquier otro aspecto que quieran compartir.

En el momento de desarrollo, la profesional recuerda el tema que se va a trabajar que va a estar relacionado con el autoestima de la persona y el sentimiento de culpa que genera el momento del ingreso.

Dinámica:

- Nombre: La carta del respeto
- Objetivos: Reducir el sentimiento de culpa y mejorar la autoestima.
- Tiempo aproximado: 40 minutos.
- Materiales: Sobres y hojas blancas, bolígrafos o rotuladores y si se tiene la posibilidad una trituradora de papel.
- Desarrollo: La persona profesional reparte dos sobres y dos hojas a cada persona, y les pide que escriban dos cartas. La primera está dirigida a sí mismos, en ella tienen que escribir cómo se sienten y cómo se ven a sí mismos. Pueden hacer referencia a temas que hayan salido en el grupo con anterioridad, al ingreso de su familiar etc. La segunda carta estará destinada a la persona que está a su izquierda. En ella tienen que escribir todas las cosas positivas que vean en esa persona. Una vez que se hayan intercambiado las cartas y las hayan leído, deben tomar la siguiente decisión: Pueden eliminar en la trituradora de papel esa carta que no les gusta. También existe la posibilidad de que deseen quedarse las dos cartas.
- Observaciones: Es importante no obligar a nadie a leer la carta en alto. Esta dinámica tiene que hacerse si el grupo está bien cohesionado, sino hay que plantear otras alternativas.

Para la despedida, se hace una breve evaluación en la que cada miembro del grupo manifiesta cómo se ha sentido, si existe algún tema en concreto que le gustaría tratar en las futuras sesiones del grupo, o cualquier otro aspecto que deseen destacar. La profesional adelanta el tema de la siguiente sesión y si es necesario solicitará que traigan algún material concreto.

Sesión 9:

Primero se realiza una bienvenida donde cada miembro puede compartir con el resto cómo les ha ido la semana, que avances sienten que están realizando, cómo han resultado determinado acontecimiento, o cualquier otro aspecto que quieran compartir.

El desarrollo de la sesión girará en torno a cómo se complementan los cuidados que sigue dando la familia y los que ofrece el centro residencial. Hay que hacer ver a las familias que pese a que han delegado los cuidados en una institución, todavía son muy importantes para sus familiares. Al final los cuidados se han convertido en un trabajo de equipo entre la familia y el centro. Este ejercicio puede ayudar a mejorar las relaciones centro-familia, a conocer debilidades en la atención y a reforzar la decisión tomada.

Dinámica:

- Nombre: Ventajas vs desventajas
- Objetivo: Mostrar la necesidad de complementarse en los cuidados.
- Tiempo aproximado: 40 minutos.
- Materiales: Dos cartulina y rotuladores
- Desarrollo: Se divide el grupo en dos subgrupos y se reparte una cartulina por grupo y varios rotuladores. Un grupo tiene que plasmar en su cartulina las ventajas y desventajas relacionadas con el cuidado en el domicilio y el otro grupos las ventajas y desventajas del cuidado en el centro. Posteriormente se expone y se explica a todo el grupo. La profesional tiene que intentar ensalzar las ventajas de ambos cuidados y destacar la idea de que a donde no llega el centro pueden llegar ellos y viceversa, y que para dar la mejor atención posible tienen que seguir aportando esa parte de la atención a la que el centro no llega o no es capaz de dar.

Para la despedida, se hace una breve evaluación en la que cada miembro del grupo manifiesta cómo se ha sentido, si existe algún tema en concreto que le gustaría tratar en las futuras sesiones del grupo, o cualquier otro aspecto que deseen destacar. La profesional adelanta el tema de la siguiente sesión y si es necesario solicitará que traigan algún material concreto.

Sesión 10:

Primero se realiza una bienvenida donde cada miembro puede compartir con el resto cómo les ha ido la semana, que avances sienten que están realizando, cómo han resultado determinado acontecimiento, o cualquier otro aspecto que quieran compartir.

En el momento de desarrollo la profesional recuerda el tema que se va a trabajar, que es sobre el cuestionamiento de la decisión tomada. La decisión de institucionalizar a un ser querido es una decisión muy complicada, pero además, como se ha podido ver en la entrevista con la profesional, es muy cuestionada socialmente

Dinámica:

- Nombre: Dramatización
- Objetivo: Analizar una situación y dotar de herramientas para enfrentarse a ella.
- Tiempo aproximado: 50 minutos.
- Desarrollo: Se divide al grupo en subgrupos de 3 o 4 personas en función del número de participantes. Se les explica que tienen que representar una situación cotidiana en la que un vecino, amigo, familiar... cuestione la decisión que han tomado de ingresar en el centro a su ser querido, y que representen lo más real posible cómo actúan en esos momentos. Hay que destacar que no hay maneras correctas o no de hacerlo. El resto del grupo estarán prestando atención a la interpretación. Después de cada interpretación se preguntará cómo se han sentido. Se preguntará al resto del grupo de qué manera hubiesen podido actuar para afrontar esa situación de otra manera. También se intentará dar una breve explicación sobre cómo poder enfrentarse de forma asertiva a ese tipo de comentarios.

Para la despedida, se hace una breve evaluación en la que cada miembro del grupo manifiesta cómo se ha sentido, si existe algún tema en concreto que le gustaría tratar en las futuras sesiones del grupo, o cualquier otro aspecto que deseen destacar. La profesional adelanta el tema de la siguiente sesión y si es necesario solicitará que traigan algún material concreto.

Sesión de despedida:

Esta dinámica se acoplará en las sesiones en las que una persona vaya a abandonar el grupo y se realizará al final de la misma. Es importante cerrar ciclos y que la persona que abandona el grupo sea consciente de todos los logros que ha alcanzado y que las relaciones y vínculos que se han creado en este GAM pueden ser duraderos si así lo desean.

Dinámica:

- Nombre: El círculo de la despedida.
- Objetivo: Realizar la salida de una persona del grupo, cerrando así su participación en el mismo.
- Tiempo aproximado: 10 minutos.
- Desarrollo: La profesional pide a los integrantes que se pongan de pie y se den las manos. Realiza la reflexión de que el círculo representa la red de ayuda que se ha generado, y las manos el apoyo que se ofrecen entre los miembros del grupo. Refuerza la idea de la posibilidad que tienen de continuar dándose ese apoyo que se han dado aquí fuera de este círculo en los diferentes espacios del centro o fuera de él. Tras esa reflexión la profesional da paso a que la persona en cuestión pueda despedirse del grupo con unas palabras si lo desea.

Tras finalizar con esta dinámica la profesional recuerda a la persona en cuestión que ella sigue estando ahí como profesional del centro para cualquier cosa que necesite tratar.

5.9. Evaluación

5.9.1. Evaluación de las personas participantes

Cuando una persona del grupo decide abandonarlo por iniciativa propia o por cumplimiento de los objetivos propuestos, deberá rellenar un cuestionario para conocer el grado de satisfacción con el servicio y el nivel de eficacia del mismo. Para ello he realizado el siguiente cuestionario (Anexo V), basándome en el que proponen en la guía del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (s.f) y en la evaluación que Domínguez (2017) realiza en su estudio, adaptando la información de ambos documentos a este proyecto.

Este instrumento de valoración es de carácter personal y cuenta con 8 preguntas de las cuáles 4 de ellas son de carácter descriptivo, y las otras 4 son respuestas basadas en una escala de valoración. Con la realización de esas preguntas se pretende medir dos variables. Por un lado, el nivel de satisfacción de la persona con el GAM y, por otro lado, el nivel de percepción personal que tienen en torno a la disminución del sentimiento de culpa generado por el proceso de ingreso de un ser querido. Además, todas las preguntas pretenden dar una imagen real de la intervención para poder modificarla en caso de que sea necesario.

5.9.2. Evaluación de las sesiones

La evaluación de las sesiones también son una parte importante, ya que permite tener a la profesional una evaluación de cómo van evolucionando sus integrantes para poder adaptarse a las necesidades y demandas de los mismos. Para ello, la profesional tras la sesión, debe rellenar una ficha evaluativa (Anexo VI). Para su elaboración me he basado en la que establecen en la guía del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (s.f), y la he adaptado a este proyecto.

La estructura de la ficha se podría decir que se encuentra dividida en 4 partes. La primera parte pretende contextualizar en el tiempo la sesión y tener un registro del nivel de asistencia. En cuanto al resto de partes están relacionadas con los tres momentos clave de las sesiones: la bienvenida, el desarrollo y la despedida. En todas ellas se pretende ver el nivel de participación de los miembros del grupo. Todos los apartados cuentan con una sección de observaciones, que le pueden servir a la profesional para ir apuntando aspectos importantes que vayan saliendo durante las intervenciones del grupo.

CONCLUSIONES Y CUESTIONES ABIERTAS

Quiero empezar señalando que se quedan varias cuestiones abiertas en torno a los objetivos que propongo en la realización de este TFG a causa de la crisis sanitaria del COVID-19. Esta situación me ha impedido poder realizar todo el proceso de la forma en la que estaba planificada. A pesar de esa circunstancia, he intentado, por medio de mi investigación y de la elaboración del proyecto, responder a los objetivos planteados en este TFG y satisfacer una necesidad que parece ser que tienen las familias de los centros residenciales de personas mayores.

Digo que parece ser que tienen esa necesidad, porque a pesar de contar con una profesional que comparte mi hipótesis en torno a los sentimientos de culpa que genera el proceso de institucionalización en la familia, no he podido entrevistar a ninguna familia que se encuentre en medio de esta circunstancia para poder tener esa información de primera mano y, de esa manera, poder confirmarlo con cierta seguridad.

De la misma forma, no he podido entrevistar a otras profesionales del trabajo social u otras disciplinas como por ejemplo la psicología, que trabajen en el ámbito residencial de las personas mayores, debido a todo el caos que este virus ha generado en este tipo de centros. Al no ser posible, no he podido comprobar si la hipótesis es compartida por más profesionales.

Por ese motivo, en relación al primer objetivo específico, que se encuentra relacionado con la vivencia de las familias de este proceso, no he podido profundizar tanto como lo esperado, pero me ha servido para poder tener una visión profesional sobre cómo puede ser que lo viven. Con estos párrafos anteriores no quiero decir que la propuesta de intervención no este debidamente justificada, ya que la hipótesis que tenía al respecto la he podido corroborar con una profesional del sector. A lo que me refiero es que esas dos circunstancias hubiesen servido para dar una mayor justificación a la idoneidad del proyecto propuesto.

En relación con el segundo objetivo específico, que hace referencia al proceso de duelo que viven las familias al realizar un proceso de institucionalización, considero que no he podido indagar demasiado en ello debido a dos motivos. El primero está relacionado a la falta de bibliografía que relacione el duelo con el ingreso. En cuanto al segundo, está

relacionado con no poder entrevistar a una profesional de la psicología, que considero que puede ser quién mejor domine estos temas. A pesar de ello, me parece un tema lo suficientemente interesante para poder indagar más en él y, por ese motivo, invito a quién este leyendo estas líneas a poder hacerlo, ya que conocer más al respecto puede servir para que las personas profesionales que se dedican a ese sector den una mejor atención a las familias.

En relación con el proyecto de intervención y al tercer objetivo, considero que puede ser de gran utilidad en los centros residenciales de personas mayores porque pretende dar una respuesta grupal a un problema, que parece ser, que es colectivo en estos entornos y, que al mismo tiempo, es tratado de forma individual. Por lo tanto, puede tener grandes beneficios, como por ejemplo, una reducción del tiempo que dedica el equipo técnico a trabajar este tema de forma individual dando una respuesta grupal mucho más eficaz. También considero que es positivo que las propias familias sean el centro de esta actuación porque les permitirá ver que no están solos en este proceso y que es un sentimiento que es compartido por el resto de familias que están en su misma situación.

Por otro lado, y relacionado con este mismo punto, hay que ser consciente de las posibles dificultades que pueden aparecer a la hora de llevar a cabo el proyecto. La profesional a la que entreviste hizo sobre todo referencia al recelo que puede generar en ciertas familias y a la necesidad de presentarlo como algo voluntario. Añadida a esa dificultad, creo que pueden darse otras como por ejemplo la falta de formación en la profesional del trabajo social para dirigir grupos o la falta de tiempo. Otro factor importante pueden ser las dudas que genere el proyecto en la dirección del centro. Al final si los resultados no son positivos y las familias están descontentas, eso repercutirá negativamente en el propio centro. Por lo que iniciar una experiencia que no se ha realizado antes, puede tener ciertos riesgos. Por éste mismo motivo es crucial contar con profesionales formados en intervención grupal.

Durante toda la explicación del proyecto, hablé de él cómo un servicio que puedan incorporar los centros residenciales de personas mayores en sus carteras de servicios. Pero bien es cierto, que este mismo servicio se puede crear de forma externa a un medio residencial, y que éste sea contratado por los propios centros, o que por medio de otras

actividades de difusión crear el grupo fuera del entorno residencial. Lo que quiero decir es que a primera vista parece un campo de trabajo que no está cubierto en este momento y puede convertirse en un interesante salida laboral de para muchas personas profesionales.

Para terminar, después de realizar éste TFG, me he dado cuenta de la poca presencia que existe por parte de los y las profesionales del trabajo social en todo lo relacionado con los GAM y la ayuda mutua. Todas las experiencias que he podido encontrar están dirigidas por el ámbito de la psicología. Este aspecto me hace reflexionar por el futuro de la profesión y hacia dónde estamos encaminando nuestra intervención profesional. El trabajo social de grupos, al igual que el trabajo social comunitario forman parte de los 3 pilares de nuestra profesión y, sin quererlo o darnos cuenta de ello, estamos encaminando nuestra profesión al trabajo social individual o de casos, renunciando a los otros dos pilares que dan sustento a nuestra profesión. Por lo que creo que este tipo de proyectos de intervención grupales enfocados desde el trabajo social, son más necesarios que nunca para hacer valer nuestra profesión en el ámbito grupal y no renunciar al trabajo social de grupos ni a nuestro espacio laboral.

REFERENCIAS

- Albertia Servicios Sociosanitarios. (24 de octubre de 2016). *Noticias: Taller de Autoayuda para familiares*. Obtenido de Sitio Web de Albertia Servicios Sociosanitarios: <https://www.albertia.es/taller-de-autoayuda-familiares/>
- Barrios, F. (2 de mayo de 2020). *Técnicas. Técnicas de visualización*. Obtenido de La relajación: <http://www.lareljacion.com/lareljacion/27visualizacion.php>
- Canals, J. (2003). Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas: reciprocidades, identidades y dependencias. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria, Vol.3, Nº1, 71-81*.
- Chóliz, M. (2005). *Página de Mariano Chóliz Montañes*. Obtenido de Libros en Red y de Ediciones Agotadas: <https://www.uv.es/=choliz/>
- Consejería de Bienestar Social del Principado de Asturias. (2008). *La familia, contigo: El papel de los familiares en las residencias de personas mayores*. Oviedo: Consejería de Bienestar Social.
- Crespo, M., & López, J. (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar"*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Cruz, R. (2015). *Papel de la resiliencia en personas mayores institucionalizadas*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas .
- Delgado, A. M. (2004). Calidad de vida de las personas mayores: El internamiento. *Portularia: Revista de Trabajo Social, 4, 209-218*.
- Dominguez, C. (2017). *Eficacia de los Grupos de Ayuda Mutua en el nivel de estrés y competencia parental de los padres/madres de niños con TDAH*. Asturias: Instituto Gallego de TDAH y trastornos asociados.
- En Primera Persona. (s.f). *Recuperación y Ayuda Mutua: Guía para el moderador de grupos de ayuda mutua*. Federación Andaluza de Asociaciones de usuarios de salud ment.
- Fernández, P., Martínez, S., Ortiz, N., Carrasco, M., Solabarrieta, J., & Gómez, I. (2011). Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema Vol.23, nº3, 388-393*.
- Fernández, R. (1998). Vejez con éxito o vejez competente: un reto para todos. *Universidad Autónoma de Madrid*.
- Filardo, C. (2011). Trabajo Social para la Tercera Edad. *Documentos de Trabajo Social, Nº49, 204-219*.

- Flores, E., Rivas, E., & Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y Enfermería XVIII*, 29-41.
- Fundación Lares. (27 de enero de 2020). *Lares Comunidad Valenciana*. Obtenido de Cuándo tomar la decisión de ingresar a mi familiar en una residencia de ancianos: <https://www.larescvaleciana.org/cuando-tomar-la-decision-de-ingresar-a-mi-familiar-en-una-residencia-de-ancianos/>
- Geriatricarea. (19 de septiembre de 2019). *Actualidad: 86 municipios barceloneses ofrecerán Grupos de Apoyo Emocional y Ayuda Mutua para personas cuidadoras*. Obtenido de Sitio Web de Geriatricarea: <https://www.geriatricarea.com/2019/09/19/86-municipios-barceloneses-ofreceran-grupos-de-apoyo-emocional-y-ayuda-mutua-para-personas-cuidadoras/>
- Gobierno de España. (2006). *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. Boletín Oficial del Estado, 15 de diciembre de 2006, num. 299, pp:44142-44156.
- Laorden, C. (2005). Educar emociones: un instrumento para trabajar el sentimiento de culpa. *Pulso, N°28*, 125-138.
- Leturia, F. (1999). El proceso de adaptación en centros residenciales para personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 105-112.
- Márquez, M., Losada, A., Pillemer, K., Romero, R., López, J., & Martínez, T. (2010). Cuidando más allá del domicilio: el papel de la familia en los centros residenciales y el cuidado colaborativo. *Psicogeriatría, 2*, 93-104.
- Mora, F. (2012). ¿Qué son las emociones? En R. Bisquerra, E. Punset, F. Mora, E. García, È. López-Cassà, J. C. Pérez-González, . . . O. Planells, *¿Cómo educar las emociones? La inteligencia emocional en la infancia y adolescencia* (págs. 14-23). Esplugues de Llobregat (Barcelona): Hospital Sant Joan de Déu.
- Mora, F. (2013). ¿Qué es una emoción? *ARBOR, 189 (759): a004*.
- Mortajano, M. (28 de abril de 2016). *Psicología de las emociones: La culpa*. Obtenido de Psicoglobal: <https://www.psicoglobal.com/blog/psicologia-emociones-culpa>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Documentos Básicos*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe Mundial Sobre el Envejecimiento y la Salud*. EEUU: Biblioteca de la OMS.
- Padierna, J. A. (1994). ¿Existe un lugar para la familia del anciano en las residencias? *Zerbitzuan: Revista de Servicios Sociales, N° 25*, 40-49.

-
- Pascual, Á. M., & Santamaría, J. L. (2009). Proceso de duelo en familiares y cuidadores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 44, 48-54.
- Puyol, R., & Abellán, A. (2006). *Envejecimiento y Dependencia: Una mirada al panorama futuro de la población española*. Madrid: Mondial Assistance.
- Roca, F. (1998). Los "desconocidos" grupos de ayuda mutua. *Cuadernos de Trabajo Social*, nº11, 251-263.
- Ródenas, S. (1996). Grupos de ayuda mutua: Una respuesta alternativa en la práctica del trabajo social. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*. N.4, 195-205.
- Salvà, A. (2006). Envejecimiento y dependencia. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 3-4.
- Sampietro, H., & Carbonell, C. (s.f). *Grupos de Ayuda Mutua: Documento Guía para la Constitución y Gestión de Grupos de Ayuda Mutua en Salud Mental*. Cataluña: ActivaMent.
- Sastre, G., Moreno, M., & Pavón, T. (2003). La construcción del razonamiento moral: el sentimiento de culpa. *Anuario de Psicología*, vol. 34, Nº 2, 191-201.
- Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (s.f). *Guía de Grupos de Ayuda Mutua: Salud mental para trastorno mental común*. Toledo: Gobierno de Castilla la Mancha.
- Sosa, M. (7 de Mayo de 2020). Más de 17.500 muertos por coronavirus o con síntomas compatibles en residencias de servicios sociales. *El País*, págs. <https://elpais.com/sociedad/2020-05-06/mas-de-17500-muertos-por-coronavirus-o-con-sintomas-compatibles-en-residencias-de-servicios-sociales.html>.
- Vargas, E. (2018). Beneficios de los Grupos de Ayuda Mutua para avanzar en la promoción e intervención en los trastornos de ansiedad. *Revista de Estudios de Juventud*, Nº 121, 169-181.

ANEXOS

Anexo I: Guion de la entrevista a la Trabajadora social

- ¿Cuántos años llevas dedicándote al trabajo social en el ámbito residencial de las personas mayores?
- ¿Cuál es el número aproximado de ingresos residenciales que se pueden efectuar a lo largo de un año (en condiciones normales)? ¿Me podrías decir un porcentaje aproximado en relación a esos ingresos y a las familias que realizan un proceso de duelo o desarrollan sentimiento de culpa?
- Una vez me comentaste, que en muchas ocasiones se llega tarde al recurso residencial ¿Cuál consideras que puede ser la causa? ¿En qué momento crees que suelen llegar? ¿Qué posibles consecuencias puede tener? (Qué acontecimiento desencadenan el ingreso)
- ¿Cómo suelen ser esos primeros momentos en los que la familia se sienta contigo para abordar el futuro ingreso? ¿Qué pensamientos o sentimientos suelen manifestarse?
- Partiendo de la base de que cada persona y familia son diferentes, ¿destacarías algún tipo de similitud en los comportamientos y sentimientos que existen en los familiares que inician el proceso de institucionalización de un ser querido?
- Basándote en tú experiencia profesional, ¿consideras que existe algún tipo de sentimiento de culpabilización en los familiares? ¿Se manifiestan en algún tipo de comportamiento?
- ¿Consideras que las familias viven un duelo cuando hay un ingreso? ¿Cómo clasificarías a las familias que ingresan en función del duelo? culpabilización
- ¿Crees que el entorno social puede influir en esos sentimientos de culpa que tienen los familiares? ¿De qué manera?.
- ¿Puede la propia persona residente, influir en la culpa que sienten sus familiares de alguna manera? Tanto para incrementarla o cómo para reducirla.
- ¿De que forma puede interferir en la dinámica del centro y en todos sus profesionales que los familiares no consigan adaptarse a esta nueva situación?
- ¿Trabajáis de alguna manera con las familias este sentimiento para lograr una desculpabilización? ¿Existe algún protocolo de actuación, algún programa o servicio?
- (SI NO CUENTA CON NINGÚN PROGRAMA O SERVICIO). ¿Se atiende está necesidad (que puede ser implícita o explícita) de alguna forma a nivel individual con la familia?

- Si la culpa por la institucionalización es un sentimiento compartido por la mayoría de las familias que cuentan con un familiar en el centro, ¿crees que puede ser una buena idea trabajarlo de forma grupal?
- ¿Qué beneficios crees que puede tener la creación de un GAM que trabaje este tema con las familias en tu centro residencial? (para las familias, los residentes y el propio centro)
- Basándote en tu experiencia, ¿consideras que este servicio puede ser de interés para las familias? ¿Qué momento crees que puede ser más adecuado para invitar a un familiar a participar en un recurso de este tipo?
- ¿Crees que es importante que exista la presencia de la figura de algún profesional que dirija el grupo? ¿Cuál y por qué? ¿Cuál consideras que tiene que ser su función?
- Basándote en el conocimiento que tienes sobre tu centro, ¿Qué clase de dificultades crees que pueden darse a la hora de poder implementar un recurso de este tipo?

Anexo II: Entrevista a la Trabajadora Social

A continuación muestro la transcripción literal realizada a una trabajadora social de un centro residencial de personas mayores de la Comarca de Pamplona. Se ha cambiado el nombre de la profesional para preservar su intimidad.

Entrevistador: [Enciendo grabadora]. Buenos días Ana, muchas gracias por acceder a realizar la entrevista. Cómo te he comentado antes necesito que me des permiso para poder grabar la entrevista. Su uso solo va a ser puramente académico para la realización de mi TFG y yo voy a ser la única persona en escucharla, la utilizaré para realizar una transcripción literal y después destruiré el audio. ¿Aceptas que sea grabada la entrevista?.

Entrevistada: Si, claro. No tengo ningún problema.

Entrevistador: Vale, muchas gracias. Pues si te parece empezamos.

Entrevistada: Sí, claro.

Entrevistador: Empiezo con un par de preguntas que son para poder contextualizar luego tu perfil profesional. La primera pregunta es ¿cuántos años llevas trabajando en el ámbito de las personas mayores?

Entrevistada: Bueno, yo empecé a trabajar... además en ésta compañía... hace 14 años. Hace 14 años que llevo trabajando en lo que antes era [nombre de la empresa] y ahora es [nombre de la empresa]. Sí, y este fue mi primer contacto con lo que es el mundo de la tercera edad, fue mi primer trabajo, y aquí me quede.

Entrevistador: ¿Cuál puede ser el número aproximado, en condiciones normales, que puede haber de ingresos a lo largo de un año?

Entrevistada: A lo largo del año, suele ser de media unos 45-50-55 aproximadamente.

Entrevistador: De esos ingresos que hay a lo largo de un año, ¿podrías darme un porcentaje, un número de las familias que desarrollan algún tipo de culpa o algún...[me corta en la pregunta]

Entrevistada: Todas [se ríe].

Entrevistador: ¿Todas?

Entrevistada: A ver, no tengo hecha una estimación objetiva ni cuantitativa, pero realmente la experiencia me dice que un 95% de las familias. Los familiares que se enfrentan al proceso de ingresar o de acompañar en el ingreso a un ser querido, desarrollan un sentimiento de culpa bastante importante. Alguno de ellos, el porcentaje sería inferior desde luego, pero bueno. Incluso alguno de ellos ha requerido de tratamiento psicológico, psiquiátrico, de medicación incluso... porque han desarrollado patología compatible con depresiones, ansiedad, incluso ataques de pánico, falta de sueño, falta de apetito. Muchos de ellos presentan este tipo de cuadros.

Entrevistador: Entonces podría decirse que es prácticamente la totalidad ¿no?

Entrevistada: Sí, muy pocas familias me he encontrado en estos 14 años que lleven este proceso, este procedimiento sin desarrollar este tipo de sentimientos. Unos más agudos que otros, incluso algunos pues eso, de forma patológica. Pero sí, yo diría que prácticamente un 95% de las personas que vienen aquí desarrollan ese tipo de sentimientos. Hablamos claro de los que tienen familia, porque hay un porcentaje de personas mayores que ingresan y no tienen familiares.

Entrevistador: Una vez, me acuerdo que comentaste que en muchas ocasiones llegan tarde al recurso residencial, ¿cuál consideras que puede ser la causa?

Entrevistada: El sentimiento de culpa sin duda. Sin duda el sentimiento de culpa. Además podría ser otro factor que influye también el económico. Al final es un recurso al que se accede, generalmente de forma privada hasta poder conseguir finalmente una plaza concertada. También diría que en segundo lugar influye este factor, el económico, pero en primer lugar el emocional, el sentimiento de culpa que desarrollan. Ten en cuenta que muchísimos de ellos, la gran mayoría, antes de venir aquí han estado cuidándoles ellos en primera persona. Bien se han trasladado los familiares a casa de la persona mayor a cuidarles durante un tiempo, durante mucho tiempo muchos de ellos. O bien esa persona mayor ha estado rotando por el domicilio de los hijos, de los sobrinos... Y bueno han hecho todos los esfuerzos para poder cuidarles en casa, y cuando llega ese momento en el que ya no es posible el cuidado en el domicilio, el entrar en un centro cuándo ya son muy mayores, y probablemente están ya en esa fase última y final de la vida, les da mucha pena tener que acudir a éste recurso y no poder mantenerles en el domicilio y que fallezcan con ellos en casa. Entonces yo creo que el porcentaje

mayoritario de que se retrase tanto el momento de ingreso, es en primer lugar el emocional y, en segundo lugar, el económico.

Entrevistador: ¿Qué consecuencias crees que puede tener que se retrase tanto ese momento en relación al sentimiento de culpa?

Entrevistada: Observamos que el sentimiento de culpa en ese momento se agudiza muchísimo. En muchas ocasiones, suelen sustituir ese sentimiento con una exigencia desproporcionada hacia nosotros sobre los cuidados. Creo que es la manera en la que ellos entienden que pueden seguir ejerciendo un papel importante del cuidado. Como ellos ya no pueden ejercer ese papel en primera persona, por que delega en nosotros, sí que necesitan tener una cierta supervisión muy exhaustiva, e incluso a veces exageradísima sobre los cuidados. Tú lo has vivido mejor que yo todo esto. De vigilancia incluso todo esto. De exigirnos a nosotros todo lo que ellos no han podido hacer en el domicilio, y se nos exige a nosotros.

Creo que así suplen un poco el no poder realizar ese cuidado directo de ellos hacia sus familiares. Lo suplen siendo un poco “sus defensores a ultranza” [se ríe, y hace el gesto de entre comillas]. Y muchas veces eso, extrapolan un poco todos esos sentimientos... Ellos incluso pasado un tiempo del ingreso lo verbalizan, cuando ya están más tranquilos. Pues bueno, que han vivido con mucha ansiedad todo esto, y que la única manera que ellos tenían de poder calmar todos esos sentimientos de culpa, que es que es la culpa lo que más se observa aquí. Pues eso era el estar, y el estar muy pendientes, el exigir, y el pretender eso, que nosotros llegásemos dónde ellos no han podido llegar.

Entrevistador: ¿Cómo suelen ser esos momentos dónde la familia contigo para abordar el futuro ingreso? ¿se manifiestan estos sentimientos?

Entrevistada: Normalmente, el trabajador social de residencias, suele ser un poco el que recopila, el que se encarga de dar la información previa, las pautas de ingreso, el entrevistarse, sentarse con la familia, el valorar cómo está viviendo esa familia esto, valorar esas emociones y esos sentimientos que tiene. Normalmente esas entrevistas suelen ser muy largas, muy duras. Vienen muy nerviosos, con mucha ansiedad. Necesitan que les hagas una radiografía muy detallada de cómo van a ser los cuidados, de cómo va a ser el día a día de esa persona. Necesitan también tener cierta garantía de

que va a ir bien todo. Muchos incluso están incluso en una fase de bloque emocional en el que ni siquiera son capaces de abordar la situación, de explicarse, de escuchar. Por eso, a mí me da la sensación de eso, de que es una especie de bloqueo, de negación, de frustración, de pena, de tristeza, de miedo, mucho miedo a lo desconocido, incertidumbre, desconfianza. Suelen ser entrevistas muy muy duras en las que además hay que tratar muchísimos temas, no solo el emocional. Hay que tratar también el tema económico, explicarles muy bien cómo funciona todo este proceso, cómo se pasa de una plaza privada a una concertada. Todo ese tipo de cosas muy técnicas también necesitan saberlas, pero no suele ser lo que les da mayor importancia. Sobre todo ellos necesitan seguridad, necesitan escuchar que todo va a ir bien, cosa que no podemos decirles. Pero sí que les tenemos que dar una visión real de lo que es un medio residencial, pero también hay que darles mucha escucha, y que vean ellos que pueden desahogarse. Necesitan mucho desahogo. Y además, curiosamente, muchos de ellos te dicen que necesitan hacerlo. Aprovechan este espacio con alguien que no conocen, que soy yo en este caso, se sueltan mucho más y se sienten más entendidos que en su núcleo familiar. Al final sí que es verdad que vienen todos de haber cuidado mucho tiempo a sus familiares mayores a costa del tiempo de la familia, de sus propias familias, que las dejan un poco apartadas. Pues eso, se sienten un poco incomprendidas por sus propios núcleos. Entonces, aquí les gusta que alguien les escuche, les entienda y puedan desahogarse.

Entrevistador: La siguiente pregunta era un poco similar, pero creo que me has respondido ya con la explicación que me has dado ahora. La pregunta hablaba sobre qué sentimientos comparten los familiares que inician este proceso...

Entrevistada: Sobre todo eso, necesitan hablar muchísimo, porque seguramente eso, será el primer sitio donde ellos se sienten entendidos.

Entrevistador: Basándote en tu experiencia profesional, ¿crees que existe algún tipo de sentimiento de culpabilización de esos familiares? ¿se manifiesta en algún tipo de comportamiento?

Entrevistada: En los primeros comportamientos que suelen mostrar aquí, se ve claramente que pasan mucho tiempo aquí. Como somos un centro abierto, que no tenemos horario de visitas... pues ellos suplen un poco eso, esos sentimientos iniciales

con pasar tiempo aquí, número de horas. A pesar de las indicaciones que les hacemos de que para pasar un proceso de adaptación sano, correcto y positivo, tienen que dejar que su familiar se adapte a las dinámicas del centro y forme parte de las terapias, las dinámicas y actividades. Normalmente suelen hacer caso, pero no dejan de pasar aquí muchísimas horas. Llamen mucho los primeros días, quieren saber cómo han pasado la noche, si comen, si no comen, si les echan de menos. Necesitan información, necesitan mucha información las primeras semanas. Luego sí que es verdad, que se observa muchas veces... bueno eso, que suelen estar muchas veces irascibles con nosotros, desconfiados al trabajo. Estamos en evaluación, y además en la evaluación son duros. Entonces esas primeras semanas suelen ser bastante determinantes.

Entrevistador: ¿Consideras que las familias viven un duelo cuando hay un ingreso?

Entrevistada: Viven un duelo, sí. Viven un duelo más. Realmente las personas que ingresan en un centro residencial, o al menos que ingresan en un centro residencial como el nuestro que estamos especializados en semiasistencia y asistencia total, normalmente vienen ya con una serie de patologías que han hecho que esas familias hayan pasado por diversos duelos. Cada pérdida funcional, cada pérdida cognitiva que se produce es un duelo para ellos. Es despedirse de una parte del familiar que conocían sano, activo y autónomo. Este paso es un duelo importante, porque salir del hogar eso supone... es la última salida del domicilio, ellos saben que vienen aquí y probablemente es el último sitio en el que vayan a estar. Entonces es salir del domicilio y perder una parte más, aceptar que tú familiar ya no es el que era, ya no se vale por sí mismo, ya no puedes ni si quiera atenderle en casa y tiene que pasar a otro recurso, el último recurso. Nosotros somos el último recurso.

Es un duelo importante, muchísimos, muchísimos de ellos manifiestan que preferirían haber perdido a su familiar del todo, que verse obligados a tener que dar este paso. Ellos siempre reflejan que esas personas ya no son sus padres, ya no los reconocen cómo los que fueron, son otras personas diferentes. Hubiesen aceptado mejor el final que esto, sí. Te hablo de las primeras fases, de las primeras etapas. Luego es verdad que todo el mundo se adapta a todo y terminan dándole la vuelta a esa situación, pero en las primeras fases es eso lo que manifiestan.

Entrevistador: ¿Crees que el entorno social puede influir en el sentimiento de culpa que hay en los familiares?

Entrevistada: Muchísimo, muchísimo. Todavía es verdad que en mis 14 años, que al final ya son unos cuantos años, empiezo a ver cierto cambio en el concepto social del ingreso residencial de una persona mayor. Cierta cambio, super leve, muy discreto todavía. Pero sí que es verdad... ten en cuenta que las personas que ingresan aquí, su media de edad suele ser 85 años, el resto de ahí para abajo suelen ser excepciones. Con lo cuál, sus hijos, son personas también mayores, andan por los 60 años. Son una generación que todavía se han criado en la educación, en la cultura del cuidado al mayor en el domicilio hasta el final de sus días porque a la residencia nunca. Este es el lema que llevan muchos. Muchos de los residentes les han pedido por activa y por pasiva a sus hijos que "jamás me lleves a una residencia", son muy pocos los que tienen esa mentalidad de exculpar a sus hijos de ese sentimiento de culpa y darles la opción de que no se sientan mal, y que cuándo no puedan más pues que les lleven a una residencia. Son poquísimos. La mayoría les han dejado instrucciones precisas de que nunca a una residencia. Con lo cuál son una generación que todavía viven como algo malo, algo muy negativo el ingreso en residencia de sus familiares. A nivel social, en el contexto cultural en el que ellos se mueven, sigue estando mal visto. Muchos nos lo dicen, que los vecinos, los primos, la familia menos cercana se atreve a juzgar y a valorar el acto del ingreso, y esto desde luego desfavorece muchísimo para ese sentimiento de culpa, lo aumenta, lo acrecienta y lo acusa un montón. El qué dirán sigue pesándoles.

Yo creo que las generaciones que vamos por detrás, nos da más igual. Aparte de que vamos a vivir esto de una forma más normalizada, nos da bastante lo mismo lo que piense el vecino que ni lo conocemos probablemente. Pero ellos son todavía una generación con una mentalidad muy tradicional. Entonces sí, el entorno social pesa muchísimo.

Entrevistador: ¿Crees también que la propia persona residente puede influir también en ese sentimiento de culpa de alguna manera?

Entrevistada: Totalmente. Un poco por lo que te comentaba, son generaciones que no conciben, es más, son generaciones que han tenido muchos hijos, sobretodo muchas

hijas para que les cuiden de mayores. Muchos te lo dicen así “para que quiero yo a mis hijos si no me van a cuidar”.

Muchos de ellos cuando ingresan tienen deterioro cognitivo, pero las familias te cuentan que cómo cuándo eran personas autónomas que cognitivamente estaban bien, les han dejado muy clara la instrucción esa de “nunca a una residencia, no me lleves a una residencia”. Entonces a ellos [los familiares] les parece una traición, les parece una puñalada a sus padres, a sus madres, a sus tíos... traerles a una residencia cuándo les han pedido que por favor no lo hagan. Entonces sí, ellos influyen muchísimo. Cuando hay un deterioro cognitivo importante, evidentemente no les increpan y les acusan, pero sí que es verdad que hay muchas personas que cognitivamente todavía son capaces, y que cuando vienen los familiares a buscarles, a estar con ellos de visita, les echan en cara que les han traído así, “me has traído a la residencia”, “me has dejado aquí”, “no me has tenido contigo”, “no me has cuidado”. Y esto imagínate lo que les supone a ellos. Otros no, otros son un amor, un encanto, les tranquilizan, les apoyan y les ayudan en todo esto. Pero sí que es verdad que esas primeras etapas son difíciles, luego una vez que los ven integrados, que los ven adaptados, todo pasa y todo se tranquiliza. Pero las primeras semanas son durísimas, sí.

Entrevistador: ¿De qué forma crees que puede interferir con la dinámica del centro que el familiar no consiga adaptarse a esta nueva situación, que siga teniendo el sentimiento de culpa muy presente? Aunque más o menos ya me habías respondido a esta pregunta con aspectos que has añadido en las anteriores, pero por profundizar algo más.

Entrevistada: Pues hace que se trabaje con presión, por qué sabemos que son familias que exigen lo que no es de recibo, porque no es factible en una residencia, se les explica en todo momento hasta donde podemos llegar, qué es lo que vamos a poder conseguir, lo que no vamos a poder conseguir. Entonces son familias que necesitan muchísima atención, muchísima explicación, muchísima implicación por parte del equipo, estar super pendientes de ellos, mimarles mucho para intentar calmar esos sentimientos, y normalmente solemos conseguir reconducirlo, crear confianza y conseguimos poder realizar nuestro trabajo con libertad y haciendo lo que tenemos que hacer, pero algunas familias que no superan esas primeras fases, normales, de culpa y adaptación que se enquistan un poco en esa dinámica pues generan un poco.... Es un centro abierto, como

sabes, se puede subir a planta, se puede ver absolutamente todo lo que ocurre aquí durante el día entero, incluidas horas de comidas etc. Hay una transparencia total y absoluta de lo que hacemos y cómo lo hacemos. Pues bueno, esas familias que no superan esas primeras fases de adaptación y no consiguen superar sus propios sentimientos de culpa, son familias que están constantemente vigilando, vigilando al personal, buscando fallos, buscando defectos, exigiendo cosas nada lógicas. Entonces en el equipo se genera malestar, presión, estrés, y bueno... es difícil trabajar cuándo no confían en tu trabajo.

Las familias que consiguen superar ese sentimiento de culpa, lo entienden y van de la mano con nosotros, pero las familias que se enquistan ahí y no conseguimos que formen parte de la solución, empiezan a ser parte del problema, y no entienden... Achacan a nosotros la culpa de la evolución y de las patologías.

Entrevistador: Como equipo, como centro, ¿trabajáis de alguna manera con las familias ese sentimiento de culpa para lograr la desculpabilización?

Entrevistada: Sí, mucho.

Entrevistador: ¿A nivel más individual o...?

Entrevistada: Sí, sí. Se trabaja mucho... Es lo que te decía, la experiencia nos dice también que son familias que necesitan mucho tiempo, mucha escucha, y que tanto como medicina, psicología, trabajo social son las figuras que más tiempo se les dedica a escuchar. A sentarte a solas con ellos en un despacho y escuchar, darles indicaciones, orientaciones, información sobre... bueno pautas, se les da mucha pautas. Cuando vemos que esa familia lo está viviendo realmente mal, intentamos darles desde el inicio pautas sobre el número de horas aconsejadas, número de visitas aconsejadas... Qué hacer cuándo vienen a visitarles y su familiar les increpa, les acusa, les grita... Intentamos orientarles y darles ese tipo de pautas par que ellos puedan llevarlo mejor y ayudarles en el proceso de adaptación. Sí se hace mucho trabajo individual con las familias.

Entrevistador: Si por la culpa de la institucionalización, ese sentimiento de culpa es compartido por la mayoría de las familias que inician ese proceso en un centro, ¿crees que puede ser buena idea afrontarlo también de manera grupal?

Entrevistada: Yo alguna vez si que me he planteado y lo he planteado también, el poder hacer una especie de sesiones dinámicas de familiares que están viviendo mas o menos la misma situación en la misma etapa, mezclado con familiares que llevan años con nosotros, que nos conocen y que saben un poco lo qué es esto y lo conocen.

Sí que es verdad que los años me han enseñado que eso se produce de forma espontánea y natural, no hace falta dirigirlo. Probablemente dirigido tampoco sería tan efectivo porque estarían en presencia mía o de la psicóloga, personal del centro, y tal vez no podrían ser tan libres a la hora de expresarse. Entonces vemos que son personas que pasan aquí muchas horas del día, comparten espacios comunes, y rápidamente establecen nexos de unión entre ellos y se generan relaciones de mucha confianza entre las familias, se ayudan muchísimo, se apoyan muchísimo. Esa dinámica terapéutica, surge de manera natural y espontánea sin que ellos sean conscientes de lo que están haciendo. Les sirve de desahogo, les sirve para ver que no son los únicos que están viviendo las mismas situaciones, las mismas emociones. Les sirve para ver que todo pasa, que se pueden adaptar. Les sirve también para ver otros puntos de vista diferentes y lo que uno está viviendo de una forma horrorosa, otro lo está viviendo una forma más positiva. Entonces se dan cuenta que también es un trabajo personal de ellos y de trabajar sus propias emociones. No tanto de que nosotros hagamos las cosas de una determinada manera, o bien o mal, fatal o super bien, sino que muchas veces se dan cuenta de que el proceso es suyo interno, propio, personal. [por un problema de conexión se para la imagen y el audio unos segundo y la grabadora no capta el inicio del mensaje].

Bueno ahora como estamos viviendo toda esta pesadilla del Covid-19, y lo estamos pasando tan mal. Yo que hablo con todas las familias a diario, hemos generado una lista de difusión con las familias y tal, y manejo yo todo ese listado. Entre ellos tienen ya generados de antes, muchos grupos y se cuentan las cosas unos a otros, se apoyan se escuchan, se entienden... y luego, cuando ya ha fallecido, siguen manteniendo esas relaciones. Une muchísimo el estar pasando por esto. Así que no lo hacemos dirigido porque de forma natural y espontánea surge todo mucho mejor. Esas cosas ocurren sin tener que programarlas.

Entrevistador: A pesar de esta última respuesta, lo que propongo en este TFG es abordar estos sentimientos por medio de un GAM, entonces, ¿crees que puede tener algún beneficio más, aparte de los que adquieren de forma individual, de que se crease un GAM para atender esta necesidad?.

Entrevistada: Hubiese sido además un experimento interesante si hubieses podido seguir las prácticas, si hubieses podido generar algo así porque sí que estoy segura de que mucha gente pues que tenga un carácter más introvertido, o no sea tan social, o le cueste acercarse a otras personas de forma natural y espontánea, pues probablemente a muchos de ellos les ayudaría el generar una dinámica pequeña en grupos en el que pudiese estar un familiar ya que nos hubiese conocido con gente que lleve muy poquitos días de ingreso, los primeros días o sobretodo las primeras semanas. Seguro que más de una persona hubiese estado encantada de poder tener ese tipo de recurso, de alternativa. Sí que podría ser una buena idea. Ya te digo que aquí sí que nosotros de forma individual con cada familia, se trabaja mucho con ellos. Las primeras semanas, los primeros días estamos super pendientes porque pensamos que son las duras y las difíciles.

Hubiese estado genial poder hacerlo. Si lo hubieses podido hacer, podríamos ver la eficacia y nos podría haber servido para instaurarlo de forma definitiva en el centro de forma oficial y programada. Tendrás que volver Julen. [Nos reímos].

Entrevistador: Más o menos a ésta pregunta ya me has respondido también. Basándote en tú experiencia, ¿consideras que este servicio puede ser de interés para las familias? ¿en que momento puede ser más oportuno plantearlo?

Entrevistada: Primeros días, primeras semanas, primer mes. Es el peor, es el que peor viven. Pasado el primer mes... El primer mes, yo creo que es un poco el punto de inflexión, ya empiezan ya... como es un duelo, empiezan ya la aceptación. Pasan por todas esas etapas que todos conocemos del duelo y empieza a partir del primer mes la aceptación. Entonces a partir del primer mes es crucial.

Entrevistador: Quedan ya solo dos preguntas [me río]. ¿Crees que es importante la presencia de un profesional que dirija al grupo? Si es así, ¿qué profesional crees que es el más adecuado? ¿Qué funciones debe tener?

Entrevistada: Bueno, yo creo que si se pudiese hacer un grupo de esos de ayuda, terapia, no sé como les llamaríamos... de apoyo probablemente, porque más que nada es un apoyo. Yo creo que sería fundamental eso, número de limitado de personas, un profesional, que creo que en este caso tendría que ser o psicología o trabajo social. Podrían ser dos figuras que encajarían bastante bien, e incluso te diría que trabajo social porque cómo creo que sería fundamental durante las primeras semanas, ese primer mes, al final eres la persona a la que ellos han confiado previamente todas sus inquietudes, sus miedos, tú sabes lo que están viviendo porque ya tienes cierto conocimiento. Además después de la experiencia has aprendido muy bien a captar en qué momento están, sabes incluso cómo va a ir más o menos el tema, si se van a adaptar rápido o no. Entonces creo que sería importante que fuese la persona un poco que es de referencia, que al final es la trabajadora social.

¿Cómo dirigirlo?, yo creo que tendría que ser super abierto, no tiene que ser nada encorsetado. Tal y como soy yo lo haría de una forma super coloquial, de charleta un rato aquí, de sentarnos y hablar sin más de lo que cada uno quiera hablar, nada cerrado y seguro que surgen las cosas solas. Evidentemente, aunque parezca algo no estructurado, tú como profesional ya sabes como guiar un poco ese tipo de grupos, y en el momento que la conversación no vaya dirigida a exponer los sentimientos y a cómo lo están viviendo, pues intentar llevarla otra vez a ese camino. Pero sobre todo nada encorsetado, nada cerrado porque sino no surgen las cosas de forma natural que es lo que yo creo que se necesita para que se puedan desahogar. Por lo que te he dicho, es que necesitan ese foro de entendimiento de desahogo que la mayoría no obtiene dentro de sus núcleos ni sociales, ni familiares. No obtienen, porque las familias están ya hartas de escuchar que el abuelo, que la abuela, que tal y que cual... el entorno social no siempre te entiende, por lo que hemos hablado antes... y aquí sí, porque son otras personas que están viviendo lo mismo que estas viviendo tú.

Entrevistador: Ya para finalizar, ¿qué clase de dificultades crees que podrían aparecer a la hora de intentar implementar este proyecto, este servicio?

Entrevistada: El recelo. El recelo es que es el mayor de nuestros problemas en casi todo aquí, porque... bueno.... Muchos de ellos podrían vivirlo como una iniciativa super positiva y que les iba a servir de mucho, la gran mayoría. Pero esas familias que son más

difíciles, o que están llevando este proceso de una forma que está ya rozando casi lo patológico, ese tipo de familias que son realmente habría que apoyar y ayudar, y les beneficiaría muchísimo este tipo de dinámicas, esas seguramente lo iban a vivir como una imposición por parte nuestra de intentar hacerles pasar por el aro y convencerles de algo. Seguramente esa sería la máxima dificultad, el recelo. Claro me traes aquí a alguien que has seleccionado tú para que me cuente lo maravillosos que sois.

Esas son las dificultades que nos encontramos ante todo lo que proponemos con este tipo... hablo de este tipo de familias. Para el resto le iba a venir muy bien, los que llevan un sentimiento de culpa normalizado, y dentro de lo que es todo el proceso y forma parte del proceso, lo iban a acoger sin ningún tipo de problema. Lo que más les iba a costar es soltar, soltar. La gente, el ser humano, nos cuesta mucha expresar, sacar... Nos da apuro social todavía llorar, enfadarnos, gritar si hace falta, o expresar lo que estamos sintiendo. Tenemos ahí un hándicap bastante importante, y no todo el mundo tiene la misma facilidad para sacar lo que realmente lleva dentro. Y luego las familias más difíciles, más complicadas, el recelo iba a ser el caballo de batalla aquí. Hay que intentar proponérselo como algo muy voluntario, como un recurso que si quieren coger estupendo, y que si no pues que pueden hacer uso de el cuando quieran, que sepan que existe el recurso y acudan a nosotros y no intentar dirigirles a nosotros con algo que les va a sonar a una estrategia de marketing y no se trata de eso.

Entrevistador: Pues muchísimas gracias Ana, estas eran las preguntas que había preparado. De verdad muchísimas gracias por el tiempo que me has dedicado. Se y me consta por compañeras que no paráis, y que estas hasta arriba de trabajo, así que agradezco mucho el tiempo que me has dedicado.

Entrevistada: Muchas gracias a ti, y ya sabes que cualquier cosa que necesites me puedes llamar.

Entrevistador: Muchas gracias. [apago la grabadora].

Anexo III: Ficha informativa

HABLANDO LA CULPA SE VA VOLANDO

¿Qué es este servicio? ¿A quién está dirigido?

Este servicio pretende ofrecer un espacio seguro por medio de un GAM dónde compartir experiencias y sentimientos con personas, que al igual que tú se encuentran en la difícil situación de tener que ingresar a un ser querido en nuestro centro residencial. Está dirigido al persona cuidadora principal de nuestra persona residente.

¿Qué es un GAM?

Son las siglas de Grupo de Ayuda Mutua. Un GAM pretende ser un espacio dónde personas que están pasando por una situación similar compartan las emociones, pensamientos, ideas, pero sobretodo se apoyen las unas a las otras.

Nuestro GAM estará dirigido por la trabajadora social del centro y se trabajaran una serie de temas que te pueden ayudar a deshacerte de la culpa y de esos pensamientos negativos que tienes ahora mismo sobre la situación que estas viviendo.

¿Qué temas se van a trabajar?

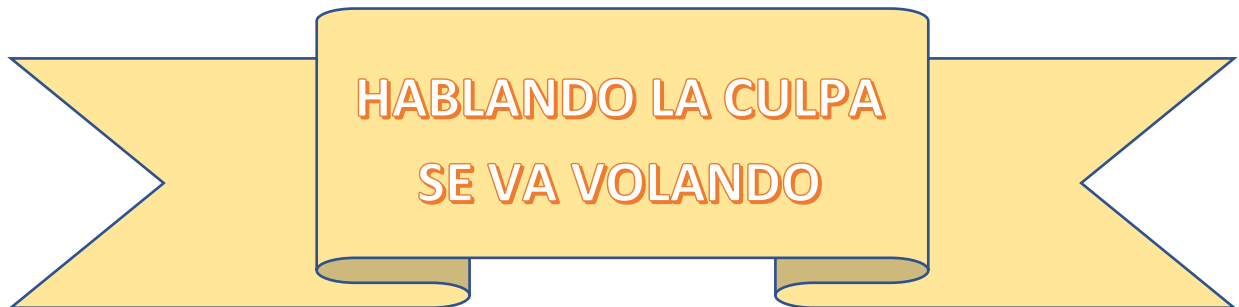
En el GAM podrás expresar cómo te sientes y escuchar cómo se sienten el resto de miembros, además de exponer tus preocupaciones o intereses en ciertos temas. El equipo técnico del centro ha preparado una serie temas que se trabajarán, pero siempre está a abierto a modificaciones en función de los intereses del grupo:

- Ayuda mutua.
- El autoconcepto y la autoestima.
- De qué manera nos influye la sociedad.
- El proceso del ingreso.
- Formas de participar en los cuidados de la persona institucionalizada.
- Habilidades sociales y comunicación asertiva.

¿Cada cuanto se reúnen? ¿Cuánto duran las sesiones?

El GAM se reúne cada dos semanas. El día se negocia entre todos los miembros del grupo y siempre será el mismo. Las sesiones tendrán una duración máxima de una hora y media.

Anexo IV: Cartel informativo



GRUPO DE AYUDA MUTUA PARA FAMILIARES



Si deseas más información nuestro
equipo está a tú disposición

Anexo V: Valoración final sobre GAM

**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PERSONAL SOBRE EL
SERVICIO: HABLANDO LA CULPA SE VA VOLANDO**

Valoración general del servicio:
Valoración de la persona profesional:
¿Crees que después de participar en el GAM se ha visto disminuido tu sentimiento de culpa en torno la ingreso de tu ser querido? Selecciona una opción: Mucho Bastante Poco Nada
¿Crees que tú participación en el GAM te ha permitido reforzar la decisión tomada en torno al ingreso de tu ser querido? y hacer frente de una manera adecuada al cuestionamiento de familiares, amigos, vecinos...? Selecciona una opción: Mucho Bastante Poco Nada
¿Crees que tú participación en el GAM te ha permitido desarrollar habilidades para hacer frente de una manera adecuada al cuestionamiento de familiares, amigos, vecinos... en torno a la decisión? Selecciona una opción: Mucho Bastante Poco Nada
Cuestiones que destacarías:

Cuestiones a mejorar:

¿Recomendaría este servicio a otro familiar del centro que esté pasando por tú misma situación? Seleccione una opción:

Seguro

Casi seguro

Probablemente

Nunca

Anexo VI: Ficha evaluativa para la figura profesional**EVALUACIÓN DE LA SESIÓN**

Fecha:	Sesión N^º:
Asistentes:	
Ausentes:	
Participantes en la bienvenida:	
Observaciones:	
Temas propuestos por los participantes para futuras intervenciones:	
Tema de la sesión:	

Desarrollo de la dinámica:

- **Personas que más han participado:**

- **Personas que menos han participado:**

- **Personas que no han participado:**

Incidentes:

Observaciones:

Personas que participan en la despedida:

Observaciones: