

2013

“INTERVENCIÓN
EN CALIDAD DE
VIDA DE
PERSONAS
MAYORES EN LA
RESIDENCIA SAN
SEBASTIÁN”

EXPERTO UNIVERSITARIO: “INTERVENCIÓN EN
CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS MAYORES”

Curso 2012-2013

Autora: González Carreño Adelaida

D.N.I.: 45600637D

Tutora: Boronat Mundina Julia

Calle Don Juan de Austria, 26. C.P 04880. Tíjola, Almería

adegoncar@gmail.com

Teléfono fijo: 950 421 152 Teléfono móvil: 647066961



ÍNDICE

0.	INTRODUCCIÓN.....	3
1.	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	5
1.1	LAS PERSONAS MAYORES.....	5
1.2	EL NNUEVO SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA: DEMANDAS Y OFERTAS DE ATENCIÓN. LA NUEVA LEY Y SU APLICACIÓN...9	
1.3	LOCALIDAD DE TÍJOLA Y SUS RECURSOS.....	16
1.4	SOCIALIZACIÓN EN PERSONAS MAYORES.....	22
2.	APROXIMACIÓN AL CONTEXTO Y ANÁLISIS DE LA REALIDAD...25	
2.1	ANÁLISIS DEL CONTEXTO.....	25
2.2	ANÁLISIS DE LA REALIDAD.....	27
3.	PLANIFICACIÓN.....	33
3.1	FINALIDAD DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN.....	33
3.2	OBJETIVOS.....	33
3.3	METODOLOGÍA.....	34
3.4	EVALUACIÓN (TÉCNICAS E INSTRUMENTOS).....	35
3.5	ACTIVIDADES.....	36
3.6	TEMPORALIZACIÓN.....	38
3.7	RECURSOS.....	38
4.	EJECUCIÓN.....	40
4.1	ACTIVIDADES EN EL CENTRO.....	40
4.2	ACTIVIDADES EN EL EXTERIOR.....	44
4.3	PARTICIPACIÓN DEL RESPONSABLE.....	50
4.4	INSTRUMENTOS DE RECOGIDA.....	51
5.	EVALUACIÓN.....	52
5.1	CONCLUSIONES.....	62
5.2	PROPUESTAS DE MEJORA.....	64
6.	BIBLIOGRAFÍA.....	65
7.	WEBGRAFÍA.....	66
8.	ANEXOS.....	67
8.1	ANEXO 1: ESCALAS Y ENCUESTAS PASADAS A LOS RESIDENTES.....	68
8.2	ANEXO 2: ENCUESTAS PASADAS A LAS ALUMNAS DE PRÁCTICAS Y VOLUNTARIOS.....	79
8.3	ANEXO 3: REGISTROS DE PARTICIPACIÓN COLECTIVA.....	83

O. INTRODUCCIÓN

Como Trabajadora Social de la Residencia de la Tercera Edad San Sebastián de Tijola, algunas de mis funciones principales como profesional son: investigar las demandas y necesidades de los residentes, estudiar sus circunstancias personales, familiares y el entorno que les rodea, para favorecer la adaptación e integración de los mismos.

Con el desarrollo de este Proyecto de Intervención en Calidad de Vida en Personas Mayores, se pretenden abordar los puntos mencionados anteriormente a nivel grupal y comunitario, favoreciendo la integración de los residentes con su entorno social.

La Residencia San Sebastián, lleva en funcionamiento desde hace seis años, anteriormente se llamaba Residencia Virgen del Socorro, y se encontraba en el centro del pueblo. En la actualidad, se ubica en la parte *este* del municipio, cerca del polígono industrial.

A lo largo de los años que llevo trabajando en este centro (cuatro años), tanto mis compañeros como los mismos residentes me han comentado en muchas ocasiones, que antes, al estar la institución ubicada en una zona céntrica, tenían más posibilidades de salir a pasear por las calles del pueblo, relacionarse con sus habitantes, participar en actividades culturales, etc. Es decir, tenían más accesibilidad a todos los recursos de la localidad. Por tanto, si al hecho de ser un mayor institucionalizado, le adherimos, esta situación, nos encontramos con un escenario de aislamiento, con respecto a los ciudadanos del municipio.

Siendo consciente de esta realidad, el principal objetivo de mi Proyecto de Intervención, es conseguir suprimir las barreras físicas y psicosociales, para facilitar el acceso a espacios, actividades y servicios, fomentando la participación de los residentes interactuando con el pueblo, sus habitantes, y haciendo uso de los recursos que éste les ofrece.

Las actividades que se plantearán, se “*caracterizarán por ser de puertas abiertas, invitando a la participación y fomentando la integración, de dentro a fuera y de fuera a dentro, independientemente del contexto en donde se desarrollen*”. Es decir, se invitará a aquellas personas de la localidad que lo deseen, que sean partícipes en las actividades y talleres que se llevan a cabo en el centro, y a su vez, darles la oportunidad a los residentes de salir al exterior y poder conocer y beneficiarse de lo que les ofrece su municipio.

1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1.1 LAS PERSONAS MAYORES.

1.1.1 Envejecimiento y esperanza de vida:

Hasta hace poco tiempo la vejez ha sido considerada mayoritariamente como una etapa vital, irreversible y necesaria, con una salud relativa e insuficiente. En ella influyen factores cronológicos, biológicos, económicos, sociales, culturales, políticos, ideológicos, psicológicos, médicos, antropológicos, etc.

Los progresos en la prolongación en el tiempo del ser humano y el aumento de la esperanza de vida en las edades avanzadas, han hecho que los mayores sean cada vez una población más numerosa. Las necesidades y demandas de este sector han llevado, a las instituciones y poderes públicos, a promover estudios de investigación gerontológicos.

El aumento espectacular de la *esperanza de vida* en torno a los 80 años en condiciones de salud y capacidad para las actividades y ocupaciones de la vida diaria, ha hecho cambiar los modelos de vejez, tratando de mejorar las condiciones de vida de las personas mayores, su protagonismo, relevancia y participación en nuestra sociedad, impulsando su mayor autonomía, aumentando su calidad de vida, desarrollando sus potencialidades personales, en definitiva haciendo de esta etapa del ciclo vital algo satisfactorio para los mayores, como protagonistas de la misma y también para la sociedad en su conjunto.

La vivencia de la vejez va a estar claramente determinada por las circunstancias en que esta se desarrolle, es decir por el estado biológico y psicológico del individuo, su situación económica y social, su biografía y su propia escala de valores. Los principales objetivos gerontológicos van vinculados al esfuerzo para prolongar la vida de los seres humanos y mejorar de forma significativa la calidad de vida a lo largo de la misma.

Este objetivo es primordial para la persona mayor. Es tan importante dar años a la vida como dar vida a los años. Se plantea un doble reto, aprovechar al máximo estos años y hacer frente a las incapacidades que van surgiendo.

De acuerdo con el sociólogo suizo Albarede (1996) entre la *jubilación y la muerte* podemos establecer tres etapas:

-La vida a crear es el principio de la jubilación, es el aprendizaje de la nueva libertad, dándole al mayor una educación para esta.

-La vida a preparar ocurre un poco después, a una edad variable, es el aprendizaje del envejecimiento, hay que prevenir la dependencia, cuidando las condiciones de vida y los recursos y servicios de que disponemos.

-La negociación de la dependencia. El cuidador debe tratar esta dependencia respetando la decisión del mayor. Incluyendo la formación en cuidados terminales.

Es importante distinguir entre envejecimiento cronológico, definido por el hecho de haber cumplido los 65 años y asociado a la jubilación y envejecimiento funcional asociado a las limitaciones de la vejez.

La vejez es una etapa más de la experiencia humana, debe ser una fase positiva de desarrollo individual y social.

1.1.2 Calidad de Vida y Salud.

La calidad de vida ideal comprende un lugar o hábitat satisfactorio, amigos, familia acogedora y comprensiva, desahogo económico, sensación de felicidad, ausencia de enfermedad, buen estado intelectual y ausencia de enfermedades.

En relación con la salud, la calidad de vida tiene tres dimensiones fundamentales (física, mental y social) siguiendo las directrices de la OMS. “Estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad”.

Las investigaciones actuales hablan del *estado de ánimo* como equilibrio de un mecanismo bioquímico y metabólico. Para la comprensión de este mecanismo adoptamos un modelo biopsicosocial que influye los aspectos sociales, biológicos y psicológicos. Desde este modelo podemos comprender los diversos factores que interactúan en el estado de ánimo.

Desde un punto de vista biológico los cambios en el sistema endocrino, neurológico y fisiológico. También el aumento de consumo de medicamentos, la vida sedentaria, la falta de estímulos externos, las distintas minusvalías especialmente físicas y sensoriales.

Desde un punto de vista psicológico, la adaptación personal al proceso de envejecimiento, especialmente al incremento de las pérdidas orgánicas y sensoriales que contribuyen a un aumento de la vulnerabilidad o riesgo a un bajo estado de ánimo.

Desde un punto de vista social hay un conjunto de agentes estresores que intervienen en la aparición de los trastornos del estado de ánimo en la persona mayor, la

disminución de ingresos, el decremento de los contactos sociales, la jubilación, los cambios en los roles y redes sociales.

Hay una serie de factores que influyen en la afectividad de las personas mayores, el sentimiento de satisfacción general, el grado de independencia y autonomía personal, el estado de salud, la situación personal y el apoyo familiar y social, etc.

Medidas para evitar el estrés, la ansiedad y la depresión:

- Cuidar que el ambiente doméstico sea acogedor; evitando la soledad y aislamiento.
- Hacer que el mayor comente sus temores e identifique la causa que se oculta tras ellos.
- Mantener al mayor positivo y activo, exigiéndole física e intelectualmente.
- Estimular para que acepte las oportunidades y experiencias nuevas que le ofrezcan.
- Dar ayuda cuando la necesite, pero sin invadir su intimidad y tratando que el mayor gobierne su propia vida.
- Hacer que el mayor no actúe nunca de acuerdo a su edad, sino al modo como se siente.
- Cuidar su salud física y psíquica.
- Procurar que mantenga un círculo activo de amigos de todas las edades.
- Practicar habitualmente algún ejercicio físico o deportivo.
- Tratar de conservar relaciones de compañía y contacto que eviten el aislamiento.

1.1.3 Actividad Social en el Mayor.

El mantenimiento de una actividad social es importante para conservar la salud y las funciones vitales en la edad avanzada, y el papel que se desempeña, la posición social y las relaciones personales pueden ejercer un efecto tan importante sobre la salud como las medidas dietéticas e higiénicas.

La personalidad del anciano mantiene su equilibrio mediante un sistema abierto en comunicación con su ambiente.

El mayor es un ser que vive inseguro y en tensión por no saber cuál es su futuro y percibirlo como incierto.

La institucionalización o el frecuente cambio de hogar del aciano, con todo lo específico que supone se relaciona frecuentemente con una aceleración de todos los procesos degenerativos implícitos al envejecimiento.

El apoyo social al mayor ayuda a moderar la angustia, vencer la soledad, realizar estrategias de afrontamiento, controlar la agresividad, fortalecer el yo, superar la

desesperación, corregir la falta de comunicación y realizar una catarsis emocional, incluso con una mejora de las relaciones conyugales.

Los estudios realizados han demostrado que los mayores con adecuadas redes de apoyo social, mediante una serie de relaciones interactivas, están más protegidos para afrontar el estrés, aunque los acontecimientos estresantes sigan presentes.

También el adecuado apoyo social protege de la aparición de síntomas depresivos en los mayores, dotándolos de una mayor capacidad de afrontamiento.

El fomento de la atención informal del mayor en la comunidad, promoviendo actividades grupales de educación, autoayuda, voluntariado, etc. favorece esta mayor capacidad para afrontar la realidad diaria.

El círculo de relaciones del mayor se va relajando, al perder las relaciones con los compañeros de trabajo, se encuentra devaluado en la percepción estereotipada por parte de los demás, es excluido de ciertas actividades sociales, existe una pérdida y ambigüedad de roles y una autoimagen negativa.

Al tratar de mejorar la socialización del mayor hemos de resolver tres aspectos:

- Conocimiento del mayor por lo que se espera de él.
- Habilidades o capacidad para desarrollarse adecuadamente y aprender.
- Motivación.

Existen grandes diferencias en las personas mayores en sus necesidades de relación social. Cartensen y Col (1990) recomiendan una serie de formulaciones para evaluar el nivel de interacción social de la persona mayor:

1. Es evaluar el nivel actual de interacción, comparándolo con el estilo social anterior y no con grupos normativos, dada la gran variabilidad interindividual y dado que no conocemos los niveles óptimos de interacción social en los distintos niveles de edad. Con ellos conseguiremos una valoración de la adecuación de las interacciones sociales para el individuo.

2. Si detectamos cambios en 1, debemos evaluar el entorno del mayor, detectando barreras físicas y sociales a la interacción (como imposición de ciertas normas institucionales, el tamaño y homogeneidad de la institución, la disponibilidad de visitas, etc.)

3. El que las intervenciones tengas más éxito a corto que a largo plazo, puede llevar a pensar en el escaso valor intrínseco que tienen las interacciones sociales.

4. En caso de no detectar barreras físicas y sociales que afecten el nivel de actividad social, es necesario seguir con el proceso de evaluación, realizando una valoración individual del deseo personal del contacto a través del mismo mayor y de personas significativas relacionadas con él.

1.2 EL NUEVO SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA: DEMANDAS Y OFERTAS DE ATENCIÓN. LA NUEVA LEY Y SU APLICACIÓN.

1.2.1 Las nuevas realidades y conceptualización de Dependencia.

El concepto de “dependencia” tal y como se entiende en la nueva Ley, con una dimensión fundamentalmente socio-sanitaria es bastante reciente. Su utilización habitual en el ámbito sociológico o socio-económico estaba más bien referida a aquellas personas que dependían para su subsistencia del sostén de una familia o de otras personas o instituciones desde un plano básicamente económico. Las personas dependientes eran, por tanto, las que no tenían ingresos propios y en definitiva sobre todo las que estaban fuera del mercado de trabajo, los niños y niñas y las personas ancianas sin pensión o ingresos. Dependiente era lo contrario a activo. La población de un país se dividía básicamente en “activos” y “dependientes”.

Lo más aproximado al concepto socio-sanitario de dependencia era el de discapacidad, que a su vez también ha experimentado una notabilísima evolución en los últimos treinta años.

En el mes de diciembre de 2009 se ha aprobado el Real Decreto 1856/2009 de 4 de diciembre, que establece una serie de actualizaciones terminológicas y conceptuales, que afectan de manera especial a la Ley de Dependencia:

“En consonancia con lo establecido en la disposición adicional octava de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y en la nueva clasificación de la Organización Mundial de la Salud, “Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud” (CIF-2001), se realizan las siguientes actualizaciones terminológicas:

1. Todas las referencias hechas al término “minusvalía” quedan sustituidas por el término “discapacidad”.

2. Todas las referencias hechas a los términos “minusválidos” y “personas con minusvalía” quedan sustituidas por el término “personas con discapacidad”.

3. Todas las referencias hechas al término “discapacidad” quedan sustituidas por “limitaciones en la actividad”.

4. Todas las referencias hechas al término “grado de minusvalía” quedan sustituidas por “grado de discapacidad”.

5. Todas las referencias hechas al término “grado de discapacidad” quedan sustituidas por “grado de las limitaciones en la actividad”.

A los efectos anteriores, se entenderá por “grado de las limitaciones en la actividad”, las dificultades que un individuo puede tener para realizar actividades, expresadas en porcentaje. Una “limitación en la actividad” abarca desde una desviación leve hasta una grave, en términos de cantidad o calidad, en la realización de la actividad, comparándola con la manera, extensión o intensidad en que se espera que la realizaría una persona sin esa condición de salud”.

La dependencia puede entenderse, por tanto, como el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal como consecuencia de una enfermedad o accidente. Este déficit comporta una limitación en la actividad. Cuando esta limitación no puede compensarse mediante la adaptación del entorno, provoca una restricción en la participación que se concreta en dependencia de la ayuda de otras personas para la realizar las actividades de la vida cotidiana.

Por su parte la nueva Ley de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, en su art. 2, incluye la siguiente definición de dependencia:

“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 la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”.

1.2.2 Las personas en situación de Dependencia en España.

En enero de 2005 se publicó el Libro Blanco de Atención a las personas en situación de dependencia en España, al que también se ha hecho mención en la introducción y que, aunque parte de la Encuesta INE 1999, actualiza y modifica ligeramente los datos anteriores.

Igualmente, el Libro Blanco incluía por primera vez proyecciones de evolución de la dependencia hasta el año 2020, que en todo caso deben valorarse con cautela, y que pueden sufrir una tendencia al alza por la propia evolución de la esperanza de vida o por el contrario experimentar una cierta desaceleración en función de los avances en políticas de salud y en investigación de la salud.

PROYECCIÓN DEL NÚMERO PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA POR GRADOS DE NECESIDAD DE CUIDADOS (ESPAÑA, 2005-2020).				
	2005	2010	2015	2020
PERSONAS DEPENDIENTES				
Grado 3 (Gran Dependencia)	194.508	223.457	252.345	277.884
Grado 2 (Dependencia Severa)	370.603	420.336	472.461	521.065
Grado 1 (Dependencia moderada)	560.080	602.636	648.442	697.277
TOTAL	1.125.190	1.246.429	1.373.248	1.496.226
Personas con necesidad de ayuda para realizar tareas domésticas y/o discapacidad moderada para alguna ABVD				
A (Disc. Moderada para alguna ABVD)	798.967	857.378	920.069	979.344
B (Disc. Para alguna AIVD)	858.433	914.161	971.884	1.028.992
TOTAL	1.657.400	1.771.539	1.891.952	2.008.336
Total de personas con discapacidad para las actividades de la vida diaria				
TOTAL	2.782.590	3.017.968	3.265.200	3.504.562

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA POR GRADOS DE NECESIDAD DE CUIDADOS Y GRANDES GRUPOS DE EDAD. (ESPAÑA, 2020).				
	6 A 64	65 A 79	80 Y MÁS	TOTAL
Personas Dependientes				
3 (Gran Dependencia Severa)	31.473	51.256	195.156	277.884
2 (Dependencia Severa)	88.208	120.885	311.971	521.065
1 (Dependencia Moderada)	219.942	234.021	243.315	697.277
TOTAL	339.623	406.162	750.442	1.496.226
Personas con necesidad de ayuda para realizar tareas domésticas y/o discapacidad moderada para alguna ABVD				

A (Disc. Moderada para alguna ABVD)	336.470	312.878	329.996	979.344
B (Disc. Para alguna AIVD)	339.550	348.779	340.663	1.028.992
TOTAL	676.020	661.657	670.659	2.008.336
Total personas con discapacidad para las actividades de la vida diaria.				
TOTAL	1.015.643	1.067.818	1.421.100	3.504.562

1.2.3 Evolución Demográfica y su incidencia en la Dependencia.

Reiterando que envejecimiento no es sinónimo de situación de dependencia y cada vez menos, también es cierto que la evolución demográfica, con un fuerte crecimiento de las expectativas de vida, tiene una evidente incidencia en la evolución del número de futuras personas que van a necesitar cuidados.

La evolución demográfica en España, como también en la mayoría de los estados desarrollados, ha experimentado en los últimos cien años unos cambios profundísimos, en su doble vertiente: crecimiento de la población mayor de 65 años en relación al conjunto de la población total y aumento de las expectativas de vida.

EXPERANZA DE VIDA POR EDAD Y SEXO, ESPAÑA 1900-2030

AL NACER	A LOS 65 AÑOS
----------	---------------

Años	Total	Varones	Mujeres	Diferencia	Total	Varones	Mujeres	Diferencia
1900	34,8	33,9	35,7	1,8	9,1	9	9,2	0,2
1910	41,7	40,9	42,6	1,7	10,0	9,8	10,1	0,3
1920	41,2	40,3	42,1	1,8	10,2	9,7	10,6	0,9
1930	50,0	48,4	51,6	3,2	11,0	10,4	11,5	1,1
1940	51,1	47,1	53,2	6,1	11	9,9	11,9	2
1950	62,1	59,8	64,3	4,5	12,8	11,8	13,5	1,7
1960	69,9	67,4	72,2	4,8	14,4	13,1	15,3	2,2
1970	72,4	69,6	75,1	5,5	14,7	13,3	15,9	2,6
1980	75,6	72,5	78,6	6,1	16,5	14,8	17,9	3,1
1990	76,9	73,4	80,5	7,1	17,5	15,5	19,2	3,7
1994	77,9	74,4	81,5	7,1	18,1	16	19,8	3,8
1996	78,3	74,7	81,9	7,2	18,2	16,1	20,0	3,9
1998	78,7	75,3	82,2	6,9	18,3	16,1	20,1	4
2000	79,4	76,1	82,8	6,8	18,8	16,7	20,7	3,9
2001	79,7	76,3	83,0	6,7	19,0	16,9	20,8	3,9
2002	79,7	76,4	83,0	6,6	18,9	16,8	20,7	3,9
2003	80,0	76,7	83,2	6,5	19,1	17,0	20,9	3,9
2004	80,2	77,0	83,5	6,5	19,3	17,2	21,1	3,9
2010	81,6	78,3	84,8	6,5				
2015	82,4	79,2	85,5	6,3				
2020	82,9	79,8	86,0	6,2				
2025	83,4	80,4	86,5	6,1				
2030	83,9	80,9	86,9	6,0				

La esperanza de vida al nacer ha experimentado un importantísimo avance desde 1900 a la actualidad, incrementándose, además, las diferencias entre hombres y mujeres, con un crecimiento en el caso de los hombres de 44,4 años, el 131% y en el de las mujeres de 49,1 años, el 138%.

Las proyecciones para el año 2030 sitúan las expectativas de vida al nacer de las mujeres en 86,9 años y en los hombres en 80,9 años.

1.2.4 La Oferta de Servicios y Prestaciones en la Atención a la Dependencia.

La mayor oferta se sitúa en el ámbito de la teleasistencia seguida de la ayuda a domicilio. Las plazas residenciales ocupan un tercer lugar en la oferta, lo que supone un cambio sustancial respecto a lo que ha sido la composición histórica de los servicios sociales en España, en los que el predominio de la oferta residencial había sido siempre muy superior a los programas de atención domiciliaria. En cuarto lugar, y a una distancia muy notable, se encuentran los centros de día.

El incremento de la oferta en la década de 2000-2010 ha sido de enorme importancia, aunque de manera mucho más intensa en los dos servicios de menor coste como la Ayuda a Domicilio y sobre todo la Teleasistencia.

El perfil de los usuarios de todos los programas está claramente feminizado y con una fuerte tendencia a tener una edad de más de 80 años.

Ayuda a Domicilio.

Con carácter general se pueden establecer las siguientes actividades:

- **Realización de tareas domésticas:** limpieza del hogar, lavado y planchado, realización de compras, etc.
- **Servicios personales:** aseo personal, levantarse y acostarse en la cama, compañía diurna o nocturna.
- **Apoyo a las relaciones con el entorno:** acompañamiento a los servicios de salud, gestiones en instituciones públicas o privadas, visitas a familiares, etc.
- **Ayudas complementarias:** ayudas técnicas, adaptación de la vivienda, etc.

La ayuda a domicilio se entiende para personas que, teniendo un grado de deterioro físico, psíquico o sensorial leve o moderado, pueden aún valerse por si mismas.

En torno al 83% del personal adscrito a estos programas son auxiliares de ayuda a domicilio y el 17% personal técnico y administrativo.

La prestación es prácticamente toda provisión pública, a través básicamente de las Corporaciones Locales, mediante la gestión de la administración correspondiente o la concertación con entidades.

Teleasistencia.

La teleasistencia funciona a través de la red telefónica conectada a una central de atención donde, junto a operadores formados o conocedores de elementos básicos de la atención a personas mayores, se dispone del apoyo de profesionales sociales y sanitarios, contando con una amplia base de datos sobre la situación y características de cada usuario para una más adecuada atención y seguimiento.

Es un sistema activo que permite el control y seguimiento de los usuarios en función de sus necesidades. La teleasistencia es de muy fácil manejo para cualquier usuario en caso de emergencia: sólo con pulsar un medallón o reloj de pulsera, resiste a golpes, agua, etc., se conecta con la central de atención, que incluso puede hablar con el usuario que no esté en el teléfono o cerca del teléfono.

Atención Diurna en Centros de Día.

Es un servicio sanitario y de apoyo familiar que ofrece durante el día atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de personas mayores afectadas por diferentes grados de dependencia, promoviendo su autonomía y la permanencia en su entorno habitual.

Los centros de día pueden atender a personas con problemas de discapacidad física o psíquico-social (pero que tengan un adecuado nivel de comunicación) y a personas que padecen deterioros cognitivos importantes, enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

Atención residencial.

Definimos los centros residenciales como centros orientados a la atención las 24 horas del día, para personas en situación de dependencia severa o total, que necesitan cuidados profesionales para la realización de todas o buena parte de las actividades básicas de la vida diaria, con posibilidad de seguimiento y cuidados sanitarios no agudos o especializados, con un número inferior a 200 plazas y con un ratio de personal en torno al menos de 0,5/usuarios.

La cobertura actual es de 368-805 plazas, el 4,56% de la población mayor de 65 años, distribuidas en un total de 5.297 centros.

El índice de cobertura del total de plazas consideradas públicas (gestión directa y concertada) en el conjunto de España sobre el total de la población mayor de 65 años es del 2,37 % y del 2,19% en el caso de las plazas exclusivamente privadas.

En cuanto al perfil de las personas residentes, se indica que el 66% son mujeres, el 66% tienen más de 80 años, la edad media del usuario es de 83 años, la edad media de ingreso en las residencias es de 80 años y el 73 % de los usuarios son dependientes.

El coste de una plaza concertada, es el 75% de los ingresos totales del residente, y el coste de una plaza privada, queda estipulado por la Junta de Andalucía.

Problemas y necesidades de la oferta Residencia en España.

-Limitada oferta de plazas públicas, tan sólo el 52% del total de las plazas existentes.

-Precios muy elevados para el poder adquisitivo medio de la población mayor en la oferta exclusivamente privada.

-Debiendo ser la función de las residencias la atención a las personas dependientes o en proceso de dependencia, como ya se ha indicado, todavía más de una de cada cuatro plazas residenciales lo son para personas válidas.

-Las dimensiones, emplazamiento, estructura, etc. de una parte de las residencias privadas e incluso de algunas públicas, no reúnen condiciones básicas de calidad asistencial ni de eficiencia en su funcionamiento, por lo que deberían ser cerradas afrontar un profundo proceso de reestructuración.

En consecuencia con todo lo anterior, las prioridades en materia de dotación residencial serían las siguientes:

-Aumentar sustancialmente la concertación pública de plazas residenciales privadas.

-Desarrollo prioritario de los programas de apoyo desinstitucionalizado, (centros de día y ayuda a domicilio de alta intensidad) que permitan reducir la presión de la demanda de plazas residenciales.

-Reconvertir los centros o plazas para válidos en centros y plazas asistidas.

Estancias temporales, Viviendas Tuteladas y Acogimientos Familiares.

Las estancias temporales tienen un pobre desarrollo en nuestro país. Sin embargo, es un programa que puede ser de gran utilidad para proporcionar un respiro a las familias cuidadoras o para quienes, conservando aún autonomía de vida, se encuentran en situación temporal de necesidad de cuidados especializados.

En relación a las viviendas tuteladas, se trata también de un programa relativamente reciente, iniciado a mediados de la década de los 90 y que, con un desarrollo en general muy limitado en todo el país.

Otros programas y servicios.

Centros de Noche, apartamentos con servicios comunes y determinados apoyos y seguimientos externos; convivencia intergeneracional con estudiantes y personas mayores; etc.

1.3 LOCALIDAD DE TÍJOLA Y SUS RECURSOS.

Tíjola es un municipio español de la provincia de Almería, Andalucía. El número de habitantes censados es de 3.853 del que 1.903 son varones y 1.950 son mujeres. El 17, 39% de la población es mayor de 65 años.

1.3.1 Guía de recursos.

La localidad de Tíjola cuenta con los siguientes recursos:

Servicios Sociales.

Centro de Servicios Sociales Comunitarios Alto Almanzora.

El centro de servicios sociales del “Alto Almanzora” se encuentra situado en la localidad de Olula del Río, atendiendo a los municipios de alrededor (Alcóntar, Armuña, Bacares, Bayarque, Lúcar, Olula del Río, Purchena, Serón, Sierro, Somontín, Suffí, Urrácal y Tíjola).

Este centro depende de la Diputación de Almería.

En el municipio de Tíjola, se encuentra deriva de dicho centro, una Trabajadora Social, con el objetivo de prestar apoyo y asesoramiento a la red de Servicios Sociales Municipales, haciendo efectivo el proceso de descentralización y la redistribución equitativa de los recursos para una adecuada cobertura de las necesidades. Su centro de trabajo está situado en el Excmo. Ayuntamiento de Tíjola, ubicado en la Plaza de España del municipio.

El horario de atención al público es de 8 a 15 horas.

Teléfono de contacto: 950 420 300.

Tienen carácter universal, sujeto a límites y condiciones que se establezcan o definan las situaciones originarias de los potenciales destinatarios.

Residencia de la Tercera Edad “San Sebastián”.

La Residencia San Sebastián, depende del Excmo. Ayuntamiento de Tíjola, y está situado en la Avenida Residencia, 1.

Teléfono: 950 420 834-Fax: 950 61 35 27

E-MAIL: residencia@tijola.es

Profesionales que trabajan en el centro: director, médico, DUES, fisioterapeuta, psicóloga, terapeuta ocupacional, trabajadora social, auxiliar administrativo, auxiliares de geriatría, gobernanta, técnico de mantenimiento, personal de cocina, limpieza y lavandería.

Presta los servicios propios de una Residencia de personas mayores: alojamiento, manutención, seguimiento sanitario, medidas higiénico-sanitarias, terapia y rehabilitación, programas de prevención, atención social individual, grupal y comunitaria, atención socio-familiar, y servicios de carácter complementario y opcional (servicio de podología, peluquería y barbería). Existen también, 18 viviendas tuteladas

enfrente del edificio, las cuales ofrecen todos los servicios de la residencia manteniendo la intimidad del hogar.

El Centro ofrece a sus usuarios diferentes programas y talleres:

- Talleres de musicoterapia, y laborterapia.
- Talleres de animación sociocultural.
- Talleres de jardinería.
- Talleres de voluntariado.
- Talleres de emociones básicas, risoterapia.
- Programas de gerontogimnasia, termoterapia, ect...

El sector de la población a la que atiende es a personas mayores de 60 años.

La residencia cuenta además, con una Política de Calidad y Medio Ambiente y con los correspondientes certificados que lo acreditan.

Centro de Discapacitados Virgen del Socorro.

El centro Virgen del Socorro, depende de la Consejería de Salud y Bienestar Social, pero es gestionado por Servicios Geriátricos de Almería S.L. Se encuentra en la Plaza de España, 9, del municipio.

Teléfono de contacto: 950 61 35 42

PÁGINA WEB: www.gerial.es

E-MAIL: administración@gerial.es

El centro cuenta con un equipo multidisciplinar compuesto por: médico, DUES, fisioterapeuta, psicóloga, auxiliares de enfermería, monitores, personal de cocina, limpieza y de administración.

Cuenta con los servicios de alojamiento, manutención, aseo, cuidados y vigilancia, podología, animación social y cultural, peluquería, barbería y lavandería.

El sector de la población que atiende son personas con alguna discapacidad.

Servicios Educativos.

Escuela Infantil el Lobito Bueno.

La Escuela Infantil el Lobito Bueno, depende del Excmo. Ayuntamiento de Tíjola, situado en la Calle Francisco de Quevedo.

Teléfono de contacto: 950 420 106

Cuenta con el siguiente personal: 1 directora, 5 educadoras, y 1 limpiadora.

Este centro tiene como objetivo principal, dar respuesta a la demanda de todos aquellos padres y madres de la localidad, que tratan de conciliar su vida laboral y profesional con la tarea de ser padres-madres.

Este proyecto está pensado para intentar cubrir las necesidades, tanto educativas, como asistenciales, afectivas, de todos los niños/as de la localidad de Tíjola, de edades comprendidas entre las 36 semanas y los tres años de edad.

Excepcionalmente, cuando las circunstancias sociolaborales de la familia lo justifiquen, podrán atender niños y niñas menores de 16 semanas.

Atenderán un máximo de 107 niños/as.

CEIP Sagrado Corazón de Jesús.

El Colegio Sagrado Corazón de Jesús, se encuentra en la Carretera del Socorro, 72 del municipio. Su naturaleza es pública y de ámbito local.

Teléfono de contacto: 950 429 914.

Atiende a un colectivo de niños con edades comprendidas entre los 3 a 11 años.

Instituto de Enseñanza Secundaria Alto Almanzora.

El instituto se encuentra en la Calle Huerta, 8, de la localidad. Su naturaleza es pública, y de ámbito local y comarcal.

Centro de Educación de Adultos.

Este centro va dirigido a personas mayores de 18 años que necesiten o deseen adquirir una formación inicial, mejorar o actualizar sus conocimientos u obtener los títulos de Graduado en Educación Secundaria Obligatoria, Bachillerato (sólo en modalidad Distancia) y de Técnico o Técnico Superior en el caso de los Ciclos Formativos de Formación Profesional específica ofertados (sólo a distancia en los IES). También se puede obtener el Certificado oficial del Ciclo Elemental de Inglés, expedido por la Escuela Oficial de Idiomas (a distancia a través del Programa That´s English!).

Servicios Sanitarios.

Centro de Salud de Tíjola.

Es un centro de carácter consultorio, que pertenece a la zona básica de Serón, Distrito A.G.S. Norte de Almería; área de Atención Hospitalaria de Baza, y depende del Servicio Andaluz de Salud.

Teléfono de contacto: 950 429 512

E-MAIL: DistritoLevanteAltoAl.sspa@juntadeandalucia.es

PROFESIONALES: médicos, enfermeras, celadores, personal administrativo, y trabajadora social.

Recursos de carácter judicial.

Tíjola dispone de un Juzgado de Paz, en el mismo Ayuntamiento, donde cuenta con una secretaria y un Juez de Paz que lleva a cabo funciones jurisdiccionales, encargado de resolver cuestiones de menor relevancia; presta al ciudadano el servicio más sencillo dentro de la compleja administración de justicia.

Servicios de carácter deportivo.

El municipio de Tíjola, cuenta con varias instalaciones de carácter deportivo como: un pabellón municipal, un campo de fútbol de césped artificial, un frontón tenis, dos pistas de pádel, una de tenis, una pista de futbol sala y una pista de baloncesto, además de las pistas polideportivas del Colegio Sagrado Corazón de Jesús y las del Instituto del Alto Almanzora, un gimnasio y piscina municipal.

Recursos de carácter religioso.

La localidad cuenta con diez ermitas católicas, siendo la principal, La Ermita-Santuario de La Virgen del Socorro, con una iglesia católica, La Iglesia Parroquial de Santa María, y una Escuela de Cristo.

Servicios de transporte y comunicación.

El municipio cuenta con una red de transporte público de autobuses, que depende de la Junta de Andalucía y comunica con las provincias colindantes. Dispone también, de taxis particulares, que unen con Almería y Granada. Además hay habilitado transporte escolar encargado de recoger a los alumnos de pueblos de alrededores.

Asociaciones y colectivos.

-Asociación de padres y madres del IES Alto Almanzora.

-Asociación de Amas de Casa “La Aurora”:

Los fines de esta asociación son servir de cauce a las inquietudes, iniciativas y aspiraciones de sus asociadas, facilitar los medios adecuados para cubrir al tiempo libre según sus aficiones, así como promover las distintas actividades dirigidas a una mayor formación cultural de sus socios proyectándolo hacia los demás, acometer en general cuantas actividades puedan redundar en el desarrollo de la personalidad de sus miembros, fomentar las relaciones con otras asociaciones cuyas actividades sean análogas, organizar excursiones y, en general, cuantas actividades culturales puedan desarrollar.

-El club de la Tercera Edad Tixola:

Centro destinado a la organización de actividades para la ocupación del tiempo libre, fomento de la convivencia y del apoyo comunitario; para personas mayores.

-Asociación Juvenil “Muevete-Tijola”:

Su fin es el de enriquecer a los jóvenes con actividades de diversa índole que amplíen su formación cultural social y humana en la que la convivencia y el respeto mutuo cobren especial relieve.

Recursos culturales.

Centro Cultural “Fidela Campiña”.

En el Centro cultural se celebran todo tipo de actos culturales como, obras de teatro, conferencias, exposiciones, bailes populares, conciertos de música, etc.

Dentro de sus instalaciones encontramos:

-La biblioteca municipal: acceso a internet para jóvenes y adultos, prensa diaria (Ideal, La Voz de Almería y El País), revistas, talleres culturales y de ocio (televisión, video, DVD), y servicio de préstamo de libros a domicilio.

-Centro de información juvenil: acceso a internet para jóvenes, solicitud de carnet joven, información de interés para los jóvenes: ocio, deportes, cultura, cursos, empleo, concursos, turismo rural, sexualidad, salud, derechos, ayudas, becas...

-Centro Guadalinfo: de innovación social, formación y empleo.

Otros.

Vivero Municipal.

1.4 SOCIALIZACIÓN EN PERSONAS MAYORES.

1.4.1 Concepto de socialización.

La *socialización* es un proceso por el cual el individuo acoge los elementos socioculturales de su ambiente y los integra a su personalidad para adaptarse en la sociedad. También, es la asunción o toma de conciencia de la *estructura social* en la que un individuo nace, y aprende a diferenciar lo aceptable (positivo) de lo inaceptable (negativo) en su comportamiento que se le llama socialización. La socialización se puede clasificar en tres etapas las cuales son: primaria, secundaria y terciaria.

La socialización es factible gracias a los *agentes sociales*, que se pueden identificar como la familia, la escuela, los iguales y los medios de comunicación. Además, son las instituciones e *individuos* representativos con capacidad para transmitir e imponer los elementos culturales apropiados.

- **Socialización Primaria:** aquella en la que el infante adquiere las primeras capacidades intelectuales y sociales, y que juega el papel más crucial en la constitución de su identidad.

- **Socialización Secundaria:** se inicia en la edad temprana con la asimilación de las estructuras cognitivas y las habilidades lingüísticas y comunicativas para, a través de las pautas de valores, normas y significados reconocidos, aprender la realidad y capacitar al sujeto para alcanzar contenidos significativos más extensos y lograr un proceso de interacción en el plano.

1.4.2 Personas mayores, características y socialización con otros círculos.

En la segunda mitad de la vida de las personas, adquieren particular importancia los factores psicológicos y sociales, muy resaltados en los últimos tiempos en la concepción del proceso salud-enfermedad, pues existe una menor capacidad neuropsíquica para la adaptación al medio. En nuestros días es imposible negarse a reconocer la imperiosa necesidad de desarrollar la atención al anciano en sus múltiples y

complejas facetas, ya que la salud del adulto se construye a lo largo de la vida, es el resultado de los hábitos personales, de los factores ambientales y el deterioro inevitable que sufre el organismo.

El envejecimiento se ha transformado de un problema primordialmente individual a uno fundamentalmente social; que la prolongación de la vida tiene un doble significado: individualmente, ser un anciano reclama de la persona un esfuerzo diario con miras de enfrentar con éxito los problemas que en el orden biológico, psicológico y social aparecen durante la tercera edad.

Envejecer de manera saludable implica no solamente tener la posibilidad de tener los cuidados médicos ante los problemas de salud que se presenten en esta etapa de la vida puesto que en el se producen una serie de cambios físicos y psicológicos que hacen un tanto difícil esta etapa de la vida. Implica reconocer a los ancianos como seres humanos con necesidades y posibilidades especiales por todos los factores comunitarios.

El envejecimiento puede conllevar desde las siguientes diferentes áreas:

-En el área afectiva puede producirse un descenso en el estado de ánimo general, predominando los componentes depresivos y diferentes temores ante la soledad, la indefensión, el empobrecimiento y la muerte. Decae el sentimiento de satisfacción consigo mismo y la capacidad de alegrarse.

-Desde el punto de vista cognitivo puede aparecer una disminución de la actividad intelectual y de la memoria (olvido de rutinas, reiteraciones de historias, etc.) y un deterioro de la agudeza perceptual.

-En el área motivacional puede producirse una disminución del interés por el mundo externo acerca de lo novedoso, donde en ocasiones no les gusta nada y se muestran gruñones y regañones quejándose constantemente. Aparece una tendencia a mostrar un elevado interés por las vivencias del pasado y por la revaloración de ese pasado.

-Por otra parte, aumenta su interés por el cuerpo en lo relacionado con las distintas sensaciones desagradables típicas de la vejez, apareciendo rasgos de hipocondría asociados a una incertidumbre en el futuro.

-Por otra parte, aumenta su interés por el cuerpo en lo relacionado con las distintas sensaciones desagradables típicas de la vejez, apareciendo rasgos de hipocondría asociados a una incertidumbre en el futuro.

-En el área volitiva se debilita el control sobre las propias reacciones y puede manifestarse la inseguridad.

-En el aspecto sociopsicológico, el adulto mayor se enfrenta a nuevas condiciones de vida por la pérdida de roles familiares y sociales que se agregan a un trasfondo de enfermedades y a una disminución de sus capacidades de adaptación. Resultan frecuentes los problemas de autoestima, depresión, distracción (diversión) y relaciones sociales.

La necesidad de socializarse con personas que tengan sus mismos intereses, gustos y preferencias y el empleo del tiempo libre han sido algunos de los motivos por los que se han fundado en nuestra sociedad los clubes de la tercera edad y algunas asociaciones; con el propósito de mejorar la calidad de vida de los ciudadanos de la comunidad y en especial la de las personas mayores en el tránsito hacia una vejez más satisfactoria.

El empleo del tiempo libre del adulto mayor ha de verse más bien como una acción proyectada desde lo social puede crear las condiciones que faciliten la elevación de la calidad de vida de estas personas, y contribuya al desarrollo de estilos de vida más saludables y autónomos a esta edad.

Los sujetos que envejecen adecuadamente utilizan y disfrutan de todas las posibilidades que existen en su entorno social y en sus propias personas, y están preparados para aceptar, sin claudicar, las propias limitaciones, la disminución de sus fuerzas y la necesidad de recibir algún tipo de ayuda; pero no renuncian a mantener, dentro de rangos razonables y posibles, determinados niveles de independencia y autodeterminación.

En la tercera edad, la actividad física-intelectual y el interés por el entorno canalizadas a través de actividades de recreación y ocio productivo, favorecen el bienestar y la calidad de vida de los individuos.

2. APROXIMACIÓN AL CONTEXTO Y ANÁLISIS DE LA REALIDAD

2.1 ANÁLISIS DEL CONTEXTO.

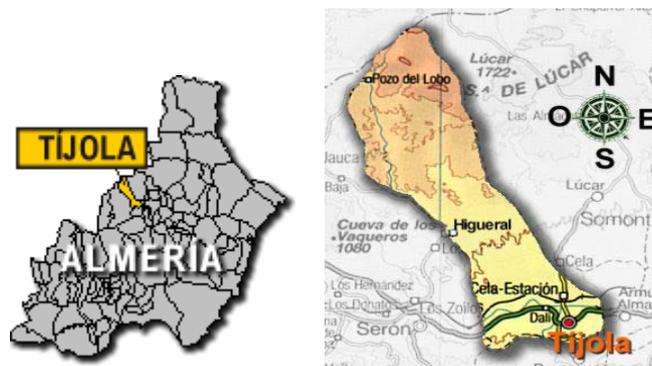
El lugar dónde vamos a llevar a cabo nuestro proyecto de intervención en calidad de vida en personas mayores, es en la localidad de Tíjola. Concretamente en la Residencia de la Tercera “San Sebastián”, perteneciente al Excmo. Ayuntamiento de Tíjola.

2.1.1 Estudio de la localidad de Tíjola:

Tíjola es un municipio español de la provincia de Almería, Andalucía. En el año 2012 contaba con 3.838 habitantes. Actualmente, tras solicitar información en el Ayuntamiento de la localidad, se constata que el número de habitantes censados a fecha del 4 de Abril de 2013, son 3.853 del que 1903 son varones y 1950 son mujeres. El 17,39% de la población es mayor de 65 años. Su extensión superficial es de 70 km² y tiene una densidad de 56,5 hab/km². Sus coordenadas geográficas son 37° 20' N, 2° 26' O. Se encuentra situada a una altitud de 693 metros y a 94,8 kilómetros de la capital de provincia, Almería, a través de la A-1178. La ciudad de Tíjola se encuentra enclavada en el Valle Alto Almanzora, al sur la Sierra de los Filabres y al norte la Sierra de las Estancias, encontrándose a sus pies el río Almanzora.

A Tíjola se puede acceder a través de la carretera autonómica A-334 que une Baza con Huércal Overa. Hasta 1985 Tíjola tenía estación de ferrocarril, ese año dejó de funcionar la línea de ferrocarril que unía las poblaciones de Murcia y Granada atravesando el valle del Almanzora y por tanto quedó inutilizada dicha estación.

Tíjola se encuentra situada en el Valle del río Almanzora, en la parte superior de su curso, margen derecho de dicho río, junto a otras poblaciones de su entorno como Serón, Armuña del Almanzora, Purchena. Tiene un clima mediterráneo-continental y sus habitantes han tenido a lo largo de su historia como recurso fundamental la agricultura y la ganadería, aunque en la actualidad se comparte con determinadas empresas de construcciones, fontanería, carpinterías metálicas y de madera, fábrica de dulces, embutidos, conservas, apicultura y de vegetales, viviéndose, además, del sector servicios.



2.1.2 Estudio de la Residencia de la Tercera Edad “San Sebastián”:

El Centro Residencial San Sebastián está ubicado en la localidad de Tíjola, situado en la parte alta del Valle del Almanzora, en la zona Centro Norte de la Provincia de Almería, flanqueada por la Sierra de los Filabres al sur, y la Sierra de las Estancias al norte; en la avenida Residencia nº 1, C.P 04880. El teléfono para contactar es el 950 420 834.

La Residencia San Sebastián, es un centro de carácter social que ofrece alojamiento, convivencia y atención integral, ya sea de forma temporal o permanente, y que tiene la función sustitutoria del hogar familiar, a las personas mayores en situación de dependencia, teniendo en cuenta la naturaleza de la dependencia, grado de la misma e intensidad de los cuidados que precise la persona, conforme a su Programa Individual de Atención (PIA).

Dicha Residencia es una Institución Pública, de titularidad municipal, dependiente del Excmo. Ayuntamiento de Tíjola, quien la gestiona con personal propio, contratados por el mismo.

Es un edificio de grandes dimensiones, formado por dos plantas, en las que se alberga:

-Planta baja con los servicios de cocina, salón de TV y lectura, sala de actividades recreativas y lúdicas, sala de conferencias, sala de terapias, comedor, sala de enfermería, sala de visitas, despacho médico, capilla, lavandería, peluquería, gimnasio, recepción y oficinas de administración, además dotada con baños geriátricos y once habitaciones dobles y una individual.

-Primera planta con ascensor, que alberga otras dos salas comunes de televisión y vídeo, stand de auxiliares, amplias terrazas; baños geriátricos, once habitaciones dobles y una individual.

En los alrededores encontramos verdes jardines con una plaza central y una fuente. A parte, existen 18 viviendas tuteladas enfrente del edificio las cuales ofrecen todos los servicios de la residencia manteniendo la intimidad del hogar.

2.2 ANÁLISIS DE LA REALIDAD.

2.2.1 Perfil de los usuarios del centro:

Dicho Centro se caracteriza por ser una residencia mixta, que cuenta con una capacidad total de 62 plazas, siendo 56 plazas de concierto gestionadas por la Consejería de Salud y Bienestar Social, a las cuales sólo se puede acceder si el usuario posee Valoración de Dependencia; y 6 plazas de carácter privado. A su vez, las 62 plazas son distribuidas según el tipo de usuario (válido o asistido, a título del centro), siendo destinadas a personas mayores con las siguientes características:

-Edad superior a 65 años.

-Pensionistas de jubilación, vejez, invalidez o viudedad, de edad superior a 60 años.

-Pensionistas de invalidez permanente absoluta, de edad superior a 50 años.

-Convalecientes.

A continuación, se exponen dos tablas reflejando las personas que trabajan en la residencia y el tipo de usuarios según su patología y grado de dependencia:

PERSONAL TRABAJADOR	
Nº	CUALIFICACIÓN
1	Director
1	Gobernanta
1	Médico
1	Trabajadora social
1	Terapeuta ocupacional
1	Psicóloga
1	Fisioterapeuta
3	DUE
13	Auxiliares
3	Personal de cocina
4	Personal de limpieza
2	Personal de lavandería
1	Personal administrativo
1	Personal de mantenimiento
	Total : 34 trabajadores

VALORACIÓN DE DEPENDENCIA					
Grado III		Grado II		Grado I	
H	M	H	M	H	M
11	23	5	4	3	2
SIN GRADO					
H			M		
3			0		

USUARIOS Residencia “San Sebastián”			
Nº	H	M	Perfil según patologías
19	6	13	Demencias
3	2	1	ACV
1		1	Parkinson
2	1	1	Parkinson/demencia
3	2	1	EPOC
2		2	Retraso mental
1		1	Sordomuda
5	4	1	Esquizofrenia
3	2	1	Cardiopatías
3	1	2	Osteoartrosis, prótesis,...
3	1	2	Ninguna
1		1	Obesidad
1	1		Glaucoma
1	1		Cirrosis
1	1		Enfermedad de Adison
1		1	Trastorno psicótico
Nº	H	M	Perfil según grado de dependencia
13	8	5	VÁLIDOS
5	3	2	SEMIVÁLIDOS
33	11	22	ASISTIDOS
51	22	29	TOTAL RESIDENTES

El número total de residentes en la actualidad es de 51 usuarios, entre los cuales son 22 hombres y 29 mujeres. Más de la mitad de los usuarios son asistidos o necesitan algún tipo de ayuda en sus actividades diarias de autocuidado.

El 80% de los usuarios tienen un nivel cultural bajo, no habiendo terminado los estudios primarios, pero sí pueden defenderse en la habilidad de lecto-escritura. El 15% de los usuarios son analfabetos y un 5% de ellos poseen estudios secundarios o superiores.

La mayoría de los residentes son viudos, les siguen los solteros, casados y por último, los separados.

La mayor parte de estos usuarios proceden de la propia localidad, aunque también vienen de otros pueblos de las provincias de Almería y Granada.

2.2.2 Recogida de datos del ámbito o ámbitos de realidad descrita:

- **Escala de Intereses:** para saber aficiones y gustos de los residentes.
- **Encuesta de Satisfacción de los residentes con los servicios ofertados:** para conocer qué les gusta del centro y qué se podría mejorar.

- **Índice de Barthel y Lawton (adaptada al centro):** para conocer el grado de funcionalidad de los usuarios, tanto en actividades básicas de la vida diaria como instrumentales.

- **Escala de Yesavage:** a través de esta escala podemos valorar el estado anímico de los residentes y la probabilidad de depresión.

- **Mini Exam Cognoscitivo (LOBO):** con ella se valoran las funciones cognitivas de los usuarios, principalmente las de orientación, concentración, cálculo, lenguaje y construcción.

- **Escala de Satisfacción Filadelfia (Lawton, 1972):** para evaluar la calidad de vida en el mayor.

- **Escala de Recursos Sociales (OARS) Duke University Centros (1978):** para evaluar los recursos sociales del mayor.

A parte de todas las escalas mencionadas, para el análisis de la realidad, hemos tenido en cuenta, todas las historias clínicas y sociales de los residentes.

2.2.3 Información obtenida tras el análisis de la realidad:

El centro se encuentra en el extremo este de la localidad, lindando al polígono industrial de la misma. Esta ubicación implica cierto aislamiento social de los residentes, ya que la mayoría presentan limitaciones físicas que les impiden ir al pueblo e interrelacionarse con sus ciudadanos.

Tras recopilar la información de la escala de intereses, hemos detectado que la mayoría de los usuarios han trabajado en la agricultura y ganadería. Hemos obtenido como intereses principales para las mujeres las labores (ganchillo, punto, costura), pasear, adivinanzas, refranes, manualidades, ver programas de televisión, cocinar, etc., para los hombres destacan entre sus aficiones los juegos de mesa, pasear, las noticias, los animales, las fiestas...

Una vez analizados los resultados de las encuestas de satisfacción hemos llegado a la siguiente conclusión: la mayoría de los residentes manifiestan no querer cambiar nada respecto al centro y su funcionamiento. Se sienten cómodos y bien atendidos. Excepto una minoría que expone que le gustaría tener más facilidad para acceder al pueblo y a

los recursos que éste ofrece. No obstante, mediante la observación podemos destacar que algunos de los residentes han caído en la monotonía de la vida residencial, acomodándose a sus circunstancias sin expectativas de mejorar sus relaciones sociales con el exterior. Sin embargo, otros sí han expresado esta necesidad en la encuesta, sobre todo tras pasar la época invernal que limita las salidas, por el mal tiempo.

Tras la valoración funcional de los usuarios, observamos que el 64,7% de los residentes son asistidos necesitando ayuda por lo menos en la mitad de las ABVD, el 9,8% son semiválidos necesitando ayuda para el aseo diario, siendo independientes en el resto de las ABVD; y el 25,49% son válidos necesitando una leve ayuda o supervisión en el baño.

Según los resultados obtenidos en la Escala de Depresión (Yesavage), detectamos que casi el 26% de los residentes tiene establecida una depresión. Casi el 8% de éstos presentan una probable depresión y el resto se encuentran bien anímicamente o por el avanzado estado de su demencia no pueden ser valorados.

Los resultados obtenidos en el Mini Exam Cognoscitivo son: que ninguno de los usuarios obtiene la máxima puntuación, pero el 26% de éstos no presenta deterioro cognitivo. Casi el 20% de los residentes no pueden ser valorados por el avanzado estado de su demencia. El resto presenta deterioro cognitivo sugestivo de demencia.

En la escala de Satisfacción Filadelfia, hemos obtenido información relevante. Más de la mitad de los usuarios refieren tener problemas y encontrarse peor conforme pasan los años, sintiéndose solos por no tener familia o por tener poco contacto con ella, debido a la distancia y que muchos de los familiares viven en otras localidades o provincias. Se sienten menos útiles y con menor valía, por la aparición de limitaciones tanto físicas como cognitivas; que acarrear la pluripatología y la edad principalmente.

Conclusiones obtenidas tras el paso de la Escala de Recursos Sociales (OARS), que es para nuestro proyecto de intervención una de las situaciones de los mayores que más nos interesa conocer:

- La mayoría de los residentes son viudos, les siguen los solteros, casados y por último, los separados.
- Sólo hay dos matrimonios en el centro.
- Los usuarios del centro no realizan salidas al pueblo para visitar a familiares. Sólo el 9.80% de los mismos realiza algún tipo de salida con algún familiar, ya sea para pasear o comer fuera con ellos.
- El 15.68% de los usuarios realiza visitas al pueblo por placer sin ningún motivo significativo o para atender algunas de sus necesidades (compras pequeñas, recados, paseos,...)
- El 74.51% de éstos no realizan ninguna salida fuera del centro.
- Referente a los contactos telefónicos que mantienen residentes y familiares se aprecia que: el 11.76% recibe llamadas frecuentes (a diario o semanales), el 19.60% recibe llamadas de vez en cuando (2 ó 3 veces al mes), el 15.68% recibe llamadas muy esporádicamente (4 ó 5 veces al año) y el 52.94% no reciben ninguna.
- Respecto a las visitas que mantienen residentes y familiares se aprecia que: el 29.41% recibe visitas frecuentes (diarias o semanales), el 15.68% recibe visitas de vez en cuando (2 ó 3 veces al mes), el 27.45% recibe visitas muy esporádicamente (entre 8 y 10 visitas anuales) y el 27.45% no reciben visitas o sólo 1 ó 2 veces al año.
- Referente a los ítems restantes del cuestionario resaltar lo que se ha dicho anteriormente, que la mayoría de los usuarios se sienten solos a menudo o en algunas ocasiones respecto a los apoyos de familia y amigos.
- La mayoría de los residentes están institucionalizados por carecer de familia o porque ésta no puede atender sus necesidades.

2.2.4 Reflexión sobre el proceso seguido:

Significado del análisis de la realidad en el proceso de intervención.

Esta fase implica el reconocimiento lo más completo posible de la situación objeto de estudio. Conviene examinar la realidad a estudiar, las personas, el entorno, las características y las circunstancias que van a incidir en el desarrollo del proyecto. Además, es muy importante detectar las necesidades existentes y establecer las prioridades. A la vez que permite ubicar los principales problemas, busca las causas de los mismos e intenta ofrecer diferentes soluciones para erradicarlos. El objetivo de esta

fase es el conocimiento de la realidad objetiva, ya que no basta con que una realidad sea sentida, debe constatarse hasta donde es real o imaginaria.

Priorizar las necesidades detectadas.

Podemos observar que los usuarios de la Residencia “San Sebastián” presentan los siguientes problemas por orden de importancia:

- 1.- Sentimiento de soledad.
- 2.- Aislamiento social.
- 3.- Deterioro funcional.
- 4.- Estado anímico con tendencia a la depresión.
- 5.- Deterioro cognitivo.
- 6.- Actitud conformista y desmotivadora en algunos usuarios.

Elaborar un inventario de recursos pertinentes para dar respuesta a las necesidades y realizar el proyecto.

En el marco teórico encontramos todos los recursos de la localidad que pueden dar respuesta a las necesidades surgidas.

Establecer posibles alternativas de acción para la ejecución del proyecto.

Utilizaremos gran parte de los recursos que ofrece la localidad de Tíjola, para llevar a cabo la acción del proyecto de intervención en calidad de vida de personas mayores. Posibles alternativas podrían ser, excursiones o salidas a merenderos, mercados, o actividades lúdicas, con otros colectivos o de otras localidades.

3. PLANIFICACIÓN

Una vez que hemos tomado conciencia del diagnóstico del Proyecto de Intervención estamos en condiciones de realizar la planificación del mismo. Toda Acción Social necesita ser planificada. La planificación implica saber dónde estoy o de dónde parto, con qué recursos cuento y qué procedimientos voy a utilizar para llegar a la consecución de unas metas mediante la realización de unas actividades que desarrollen los objetivos programados a corto, medio y largo plazo. Según cita PÉREZ SERRANO, G. (2011:51).

3.1 FINALIDAD DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN.

La finalidad de este Proyecto de Intervención en Calidad de Vida de Personas Mayores, es *evitar el aislamiento social de los usuarios de la Residencia de la Tercera Edad San Sebastián*, reconociendo la diversidad en las capacidades y las habilidades de las personas usuarias. Además de suprimir las barreras físicas y psicosociales, para facilitar el acceso a espacios, actividades y servicios, fomentando la participación de los residentes, mediante una interacción con el pueblo y sus habitantes; haciendo uso de los recursos que éste les ofrece, y así mismo, ofreciendo los que el centro posee, proporcionándoles una mejora en su *Calidad de Vida y Bienestar Social*.

3.2 OBJETIVOS

3.2.1 Objetivos Generales.

1. Evitar el Aislamiento Social fomentando las Relaciones Sociales.
2. Contribuir al mantenimiento del sentimiento de utilidad y autoestima personal.
3. Mejorar la calidad de vida, el bienestar y la satisfacción personal.

3.2.2 Objetivos Específicos.

1. Estudiar la situación, necesidad y demandas de las personas mayores del Centro.
2. Fomentar los contactos interpersonales y la integración social.
3. Facilitar el conocimiento y la utilización de los servicios y recursos que la sociedad pone a disposición de las personas mayores.
4. Favorecer el mantenimiento de un funcionamiento psicomotriz adecuado.
5. Mantener, en cierto nivel, las capacidades productivas.

6. Hacer frente a las disminuciones y limitaciones físicas.
7. Servir como medio de distensión y enfrentamiento activo al estrés y las tensiones propias de esta etapa de la vida.
8. Mantener o desarrollar la capacidad del disfrute lúdico y la apertura hacia nuevos intereses y formas de actividades.
9. Fomentar la creatividad y productividad en el uso del tiempo libre.

3.3 METODOLOGÍA.

La metodología desempeña un papel esencial en el desarrollo de cualquier Proyecto, pues casi siempre los resultados finales vienen condicionados por el proceso, el método y el modo como se han obtenido estos datos. Responde a la pregunta de ¿cómo se va hacer?, según cita PÉREZ SERRANO, G. (2011:68).

La metodología a utilizar en este Proyecto se define como, cualitativa, activa, didáctica, participativa, flexible, orientada al grupo, a sus intereses y a la mejora de su realidad.

Se han llevado a cabo los siguientes pasos:

-Repaso de todas las historias clínicas y sociales de los residentes.

-Investigación de demandas y necesidades, mediante la utilización de las siguientes escalas:

- **Escala de Intereses:** para saber aficiones y gustos de los residentes.
- **Encuesta de Satisfacción de los residentes con los servicios ofertados:** para conocer qué les gusta del centro y qué se podría mejorar.
- **Índice de Barthel y Lawton (adaptada al centro):** para conocer el grado de funcionalidad de los usuarios, tanto en actividades básicas de la vida diaria como instrumentales.
- **Escala de Yesavage:** a través de esta escala podemos valorar el estado anímico de los residentes y la probabilidad de depresión.
- **Mini Exam Cognoscitivo (LOBO):** con ella se valoran las funciones cognitivas de los usuarios, principalmente las de orientación, concentración, cálculo, lenguaje y construcción.

- **Escala de Satisfacción Filadelfia (Lawton, 1972):** para evaluar la calidad de vida en el mayor.

- **Escala de Recursos Sociales (OARS) Duke University Centros (1978):** para evaluar los recursos sociales del mayor.

- Establecimiento de prioridades, según los datos obtenidos de las encuestas y escalas, mencionadas anteriormente.

- Coordinación del equipo que va a participar en la intervención del proyecto: parte del equipo técnico del centro, alumnos de prácticas y voluntarios, participarán en las actividades que se llevarán a cabo en la ejecución, como apoyo, para conseguir una intervención adecuada y de calidad.

- Búsqueda de los recursos disponibles del pueblo, e identificación de los mismos.

- Priorización de las actividades encaminadas a conseguir la participación de los residentes.

- Reunión con los usuarios del centro, para presentarles el proyecto y las diferentes propuestas para su desarrollo; haciéndoles partícipes en la elección de las actividades que se vayan a realizar.

- Registro diario de la participación en la acción, y de la evolución de la misma. Adoptaré en todo momento el papel de moderadora y fomentaré la participación de los distintos colectivos a cooperar.

3.4 EVALUACIÓN (TÉCNICAS E INSTRUMENTOS).

Las técnicas que utilizaré para la evaluación son las siguientes:

- Evaluación grupal, dónde se expondrá de forma común, qué pretendemos conseguir con la ejecución de las actividades seleccionadas, para el desarrollo del proyecto. En un cuaderno de notas, apuntaremos las ideas expuestas.

- Observación: durante el desarrollo de las distintas actividades se utilizará esta técnica de forma continuada, para conocer en todo momento el progreso del proyecto.

- Se volverán a pasar las distintas escalas ya mencionadas, para comparar los resultados de antes y después de la intervención del Proyecto de Calidad en Personas Mayores.

- Al finalizar la ejecución del proyecto, se pasarán unas encuestas de satisfacción a todos sus participantes, dónde deberán evaluar, si han alcanzado las metas y objetivos

planteados al inicio de las actividades, y una valoración personal de su aprendizaje y qué les ha aportado a su vida diaria.

-Todo ello, acompañado de algún que otro debate sobre sus gustos, preferencias, opiniones respecto a la forma de realizar las diferentes actividades,... haciéndolos partícipes activamente durante todo el proceso.

3.5 ACTIVIDADES.

3.5.1 Actividades de Puertas Abiertas.

El objetivo de estas actividades es el de tratar de integrar a los residentes y al Centro en el entorno del que forma parte mediante actividades abiertas al público en general.

Gerontogimnasia:

Se invitará a las personas mayores del pueblo, en ciertos días concretos, a que sean partícipes en la gimnasia de mantenimiento que realiza el fisioterapeuta de la residencia diariamente con nuestros mayores.

Objetivo:

-Mejorar el bienestar físico y mental de las personas mayores.

Celebraciones de fiestas:

En el centro, a lo largo del año, se celebran diferentes tipos de fiestas, como las celebraciones de los cumpleaños a finales de cada mes, los carnavales, el día del Patrón del municipio “San Sebastián”, la Cruz de Mayo, etc.

Nuestra intención, será abrir las puertas del centro en las próximas celebraciones a la gente del pueblo. Se preparará una mañana amenizada con accesorios de decoración, un pisolabis, música animada...

Objetivo:

-Fomentar las Relaciones Sociales y la Integración de los residentes del Centro.

Actividades lúdicas:

Se organizarán varios días, también de puertas abiertas al público en general, ofreciendo maratones de actividades lúdicas, con los distintos juegos que poseemos y

otros que están en proyección. (Los bolos, la pesca, la diana, el juego de la oca “gigante”...).

Objetivo:

-Propiciar las relaciones interpersonales.

3.5.2 Actividades en el exterior.

El objetivo de estas actividades es evitar el aislamiento, y fomentar el ocio y tiempo libre.

Excursiones:

Está prevista una excursión en el mes de Mayo, posiblemente a la localidad de Cela, cerca de nuestro municipio. Las expectativas son: alquilar una casa con jardines que tiene vistas a un manantial de agua natural, y pasar todo el día allí con los residentes, disfrutando de una deliciosa comida, del buen tiempo, las vistas, y deleitando el día con diferentes actividades lúdicas, paseos, etc.

(Posible acompañamiento de un grupo de alumnos de un taller de empleo).

Objetivo:

-Potenciar la autoestima y mejorar sus capacidades físicas.

Salidas:

Se realizarán diferentes salidas al pueblo, todas las semanas durante la realización de la ejecución del Proyecto, y entre ellas serán:

- visitas de interés turístico y cultural a la Iglesia de Santa María y a las diferentes ermitas del pueblo.

-Visita a la biblioteca municipal.

-Paseos por los parques y lugares ajardinados de la localidad.

-Salida al mercadillo.

-Visita a eventos y exposiciones, etc.

Objetivo:

-Facilitar el conocimiento y la utilización de los servicios y recursos de los que dispone el pueblo.

Socialización con otros colectivos:

El empleo del tiempo libre tiene como propósito mejorar la calidad de vida de los ciudadanos de la comunidad y en especial en las personas mayores para alcanzar una vejez más satisfactoria; y qué mejor manera de emplearlo, que con personas que tengan sus mismos intereses, gustos y preferencias. Por ello se proponen diferentes actividades con:

-**El club de la Tercera Edad Tixola:** juegos de mesa y lúdicos, tertulias, videoforum, bingo, etc.

-**Asociación de Amas de Casa “La Aurora”:** talleres de labores, como cadeneta, ganchillo, manualidades, etc.

Objetivo:

Ver la acción proyectada desde lo social para crear condiciones que eleven la calidad de vida de estas personas y contribuir al desarrollo de estilos de vida saludables y autónomos.

-**Asociación Juvenil “Muevete-Tijola”:** talleres de cocina, tertulias, adivinanzas, chistes, etc.

Objetivo:

Promover el conocimiento entre relaciones de diferentes generaciones, compartiendo habilidades, experiencias actitudes y valores entre ellas.

3.6 TEMPORALIZACIÓN.

Estas actividades se llevarán a cabo durante los meses de Mayo y Junio, los días podrán ser variables y las actividades podrán sufrir cambios, durante la ejecución.

3.7 RECURSOS.

3.7.1 Recursos Humanos.

La Trabajadora Social es la encargada de llevar a cabo el proyecto, por ello de organizar y coordinar la planificación y ejecución. Contará con la ayuda del Equipo Técnico del Centro y en algunas actividades con las alumnas en práctica en la residencia, de un taller de empleo y del módulo de grado medio TASS, además de voluntarios.

3.7.2 Recursos Materiales.

En principio se consideran suficientes las instalaciones (del centro y del pueblo) y el material existente, aunque se preverá la adquisición de nuevo material, en función de algunas actividades. Se utilizará además, del transporte que dispone el ayuntamiento, para aquellas actividades que lo requieran.

3.7.3 Recursos Financieros.

La Dirección del Centro y el Excmo. Ayuntamiento de Tíjola aportarán los medios económicos.

4. EJECUCIÓN

El Proyecto de Intervención en Calidad de Vida en Personas Mayores, se ha podido llevar a cabo, gracias al apoyo y consentimiento proporcionado por la Dirección del centro, además de su financiación, junto al Ayuntamiento de la localidad; del cual depende.

La ejecución de este Proyecto, ha sido posible también, gracias a la colaboración de los Técnicos del Centro, alumnas de práctica y voluntarios.

Las actividades realizadas, han sufrido variaciones con respecto a las expuestas en la planificación del proyecto. Como se comentó entonces, la ejecución podría estar sujeta a cambios, según las necesidades de los usuarios, circunstancias presentadas y ajuste de tiempo.

A continuación, explicaremos como se ha elaborado la ejecución:

4.1 ACTIVIDADES EN EL CENTRO.

4.1.1 Encuentro entre La Asociación Juvenil “Muevete-Tíjola” y La Residencia de la Tercera Edad “San Sebastián”: Repostería, Magdalenas.

En primer lugar, debo hacer una pequeña percepción sobre la Asociación Juvenil, ha sido creada recientemente, y además yo soy socia de ésta.

La Asociación tenía afán por empezar lo antes posible a funcionar, así que se les propuso la idea de participar en una actividad con personas mayores. Les pareció formidable, y en seguida empezamos a organizar el encuentro. Se nos ocurrió que podía ser algo relacionado con la repostería.

Les comenté a los residentes, qué se pretendía hacer y qué les parecía. Todos aceptaron con ilusión y propusieron que dentro de la repostería podíamos hacer magdalenas. Por tanto, fijamos la fecha que mejor les venía a las chicas de la Asociación, para que pudiesen asistir el mayor número posible de participantes.

Yo misma, me encargué de comprar y preparar los ingredientes y materiales necesarios para la realización de la actividad.

DÍA: 14 de junio de 2013

LUGAR: Residencia San Sebastián, y dentro de la misma utilizamos el comedor ya que es la sala más cercana a la cocina y la más amplia e idónea para esta actividad.

RESPONSABLES: Adelaida González (TS) y Beatriz (TO).

PARTICIPANTES: Residentes de La Residencia San Sebastián y socias de La Asociación Juvenil Muevete-Tíjola.

DESARROLLO:

16:15 H- Llegan las socias de la Asociación Juvenil a la Residencia. Preparamos el comedor para la actividad y todos los materiales e ingredientes necesarios para la elaboración de las magdalenas.

16:30 H- Presentamos a los residentes a las niñas de la Asociación y les explicamos de nuevo, para qué han venido y qué vamos hacer.

A continuación, les preguntamos a los usuarios, cuáles son los ingredientes que hacen falta para cocinar magdalenas, y los vamos anotando en una pizarra, con las cantidades correspondientes.

Nos dividimos todos en dos grupos, para elaborar por un lado magdalenas con y sin azúcar. Los residentes van elaborando la mezcla de ingredientes, con la ayuda de las chicas, y una vez todo listo, comenzamos a rellenar los moldes y a añadirle los trocitos de chocolate troceados y las metemos al horno para que se cuezan durante 20min aproximadamente. Se repite la misma acción dos veces, puesto que el horno no es muy grande y no se han podido cocinar todas las magdalenas de golpe. Una vez listas le añadimos azúcar glas y virutas de colores por encima, para decorar.

Mientras esperábamos que las magdalenas estuvieran preparadas, hicimos una ronda de chistes y adivinanzas con los residentes.

18:30 H – Degustación de las magdalenas. Repartimos a todos los residentes del centro y trabajadores.

19:00 H – Damos por concluida la actividad. La Asociación juvenil se despide de los usuarios y éstos les agradecen la visita y el buen rato que han pasado en su compañía, además les hacen entrega de un recordatorio a cada una, hecho por ellos mismo, un abanico.

VALORACIÓN:

El taller de cocina con la Asociación Juvenil, tuvo una excelente aceptación por parte de los residentes. Fue la actividad de mayor participación. Para las mujeres de la residencia, fue muy grata ya que todas saben cocinar y les gusta, han hecho repostería a

lo largo de sus vidas en infinitas ocasiones, por lo que se sintieron complacientes. Expresaron opiniones y mostraron buena disposición. Los hombres también fueron partícipes en la elaboración de las magdalenas y sobre todo en la degustación de las mismas. Además disfrutaron de una buena compañía, y así lo mostraron, celebrándolas por su gentileza, e incluso intentaron dinamizar el ambiente contando adivinanzas, chistes, y cantando.

Uno de los obstáculos, fue el horno de la cocina que no era lo suficientemente grande, por lo que se tuvieron que cocer las magdalenas en varias veces. También, hubo un pequeño fallo con respecto al cálculo, en la cantidad de levadura necesaria y las primeras magdalenas no subieron mucho, aunque sabían bien.

4.1.2 Encuentro entre La Asociación de Amas de Casa “La Aurora” y La Residencia de la Tercera Edad “San Sebastián”: Manualidades, pulseras.

Para poder llevar a cabo esta actividad, tuve que ponerme en contacto con la presidenta de la Asociación. Fue muy laborioso contactar con ella, porque estuvo varios días fuera del pueblo y no fue fácil localizarla. Finalmente conseguí hablar con ella en el mismo local de la Asociación y le propuse la idea de organizar un encuentro con los mayores de la residencia. Me comentó que tenía que consultarlo con el resto de socias y que no andaban muy bien de tiempo, porque estaban llevando a cabo un proyecto para este verano. Finalmente aceptaron, y pensamos en realizar como actividad en dicho encuentro, manualidades, en este caso pulseras de cadeneta, ganchillo y de tela. La idea surgió porque tanto en la asociación como en la residencia, se realizan manualidades constantemente y en este caso al tratarse de mujeres, se pensó en labores; la gran mayoría se desenvuelven muy bien con ellas y disfrutan haciéndolo. Así que nos pusimos en funcionamiento y concretamos una fecha.

En todo momento los residentes fueron partícipes de dicha organización.

En este caso la Terapeuta Ocupacional, me acompañó a comprar los materiales necesarios. Las socias de La Asociación, también aportaron materiales de su centro.

DÍA: 24 de junio de 2013

LUGAR: Residencia San Sebastián, y dentro del mismo utilizamos el salón principal.

RESPONSABLES: Adelaida González (TS) y Beatriz (TO).

PARTICIPANTES: Residentes de La Residencia San Sebastián y socias de La Asociación de Amas de Casa Aurora.

DESARROLLO:

16:15 H- Llegan las socias de la Asociación de Amas de Casa a La Residencia. Preparamos el salón para la actividad y todos los materiales necesarios para su desarrollo.

16:30 H – Se hacen las presentaciones oficiales. Seguidamente, las responsables de la actividad, hacen una explicación de qué se va a hacer y cómo. A continuación, se combinan residentes y visitantes, para comenzar a trabajar de forma conjunta y recíproca. Mientras unas hacen pulseras de cadeneta, otras las hacen de ganchillo y otras de cartón forradas de retales de tela.

A lo largo del desarrollo de la actividad se intercambian opiniones, se aportan ideas, y se comentan a modo de interés y para propiciar un ambiente cálido y dicharachero, las diferentes manualidades que hacen las mujeres en la Asociación, y los residentes les cuentan todas las manualidades que han hecho en estos últimos años, cómo las han creado, y expresan que han significado para ellos.

18:30 H – Se muestran los resultados obtenidos y se hacen los últimos retoques, en decoración.

19:00 H – Damos por concluida la actividad. La Asociación se despide de los usuarios y éstos les ofrecen como regalo las pulseras que les han ayudado a hacer, en agradecimiento y para que las puedan venderse en el mercado medieval de este verano, con un fin benéfico: ayudar a las personas del pueblo que lo necesitan.

VALORACIÓN:

La visita de las mujeres de la Asociación Aurora, fue muy bien recibida sobre todo por las mujeres, los hombres a penas participaron, ya que no sabían hacer ni ganchillo ni cadeneta y eran reacios a aprender, excepto alguno que sí hizo un pequeño esfuerzo. Aún así les gustó el resultado final y se lo agradecieron a las colaboradoras del taller.

Aunque sí hay que resaltar que, a pesar de ser una actividad orientada a las mujeres de la residencia, el hecho de haberla realizado en el salón común, consiguió que

los residentes varones, estuviesen cerca, observando y siendo partícipes en la actividad, opinando, preguntado y viendo. Sí hubo un residente que mantuvo una actitud más participativa.

4.2 ACTIVIDADES EN EL EXTERIOR.

4.2.1 Salida a los jardines del polígono acompañados por el Taller de Empleo Burxana VIII de Purchena.

Una de las actividades que se habían planeado era hacer salidas a jardines de la localidad, para disfrutar de un agradable paseo y de las vistas de los mismos. Recientemente el Ayuntamiento, había reformado la entrada del polígono industrial, ajardinándola y acomodándola para que los ciudadanos del pueblo puedan disfrutar de la zona. A esta situación se unía un punto a nuestro favor, ya que los jardines se encuentran muy cerca de La Residencia, y además tuvimos la suerte de contar con las alumnas del taller de empleo que en el mes de abril se incorporaron al centro, para colaborar con nosotros durante dos meses aproximadamente.

DÍA: 10 de mayo de 2013

LUGAR: Jardines del Polígono.

RESPONSABLES: Adelaida González (TS), Beatriz Parra (TO) y Antonio González (fisioterapeuta).

PARTICIPANTES: Residentes de la Residencia San Sebastián, y alumnos de prácticas del Taller de Empleo Buxarna VIII de Purchena.

DESARROLLO:

11:15 H- Salida de la Residencia San Sebastián.

11:45 H – Llegada a los Jardines y placeta con bancos donde descansamos un rato, hablamos y nos refrescamos echándonos agua de la fuente.

12:00 H – Visitamos los jardines y pasemos por los caminos acondicionados de alrededor.

12:30 H – Regreso hacia la Residencia San Sebastián.

12:55 H – Llegada a la Residencia.

VALORACIÓN:

Este día se presentaron inconvenientes ya que no contábamos con las elevadas temperaturas ambientales, ni con el terreno de la zona que presentaba desnivel. No

podimos disfrutar de la salida a causa del calor y las dificultades para desplazar las sillas de ruedas, por lo que regresamos a la residencia antes de tiempo.

4.2.2 Visitas Culturales.

Visita a la Ermita de la Virgen del Socorro.

Esta actividad se llevó a cabo gracias a un joven del pueblo al que yo conozco personalmente. Contacté con él por teléfono. Esta persona está completamente involucrada en La Escuela de Cristo y en las Hermandades de Semana Santa. Conoce de maravilla la historia del Pueblo y en este caso la relacionada con la Ermita de la Virgen del Socorro. Posee llaves de la misma y no puso ningún inconveniente, en colaborar con nosotros, sino todo lo contrario, se ofreció voluntariamente, (a parte de proporcionarnos el acceso a la Ermita), en ser nuestro guía en la visita. Concretamos una mañana, que más o menos a él le viniese bien, ya que por nuestra parte no había ningún problema por el día escogido.

Los residentes del centro hacía tiempo que expresaban querer ir a verla, así que la idea les agradó con creces.

Contamos además con la encargada del mantenimiento de la Ermita, ese día. También tuvimos en esta ocasión, la colaboración de las alumnas del taller de empleo y dos alumnas más, del módulo de grado medio TASS (Técnico en Atención Sociosanitaria) que se habían incorporado recientemente a la residencia para hacer prácticas. Estarían con nosotros unos tres meses.

DÍA: 16 de mayo de 2013

LUGAR: Ermita Virgen del Socorro.

RESPONSABLES: Adelaida González (TS), Antonio González (fisioterapeuta) y M^a Trinidad (Psicóloga).

PARTICIPANTES: Residentes de la Residencia San Sebastián, alumnos de prácticas del Taller de Empleo Buxarna VIII de Purchena, alumnas de prácticas del TASS y voluntarios.

DESARROLLO:

10:45 H- Salida de la Residencia San Sebastián.

11:10 H – Llegada a la Ermita de la Virgen del Socorro y presentación de los voluntarios que nos la enseñan, Dolores y Raúl.

11:30 H – Nos cuentan la toda la historia y evolución, tanto de La Ermita como de su patrona la Virgen del Socorro. Vamos viendo paso a paso todos los detalles simbólicos e importantes que tiene el lugar.

Mediante el desarrollo de la actividad, tanto los responsables como alumnas y residentes, van preguntado todo tipo de preguntas interesantes, sobre La Ermita y las costumbres del pueblo.

12:15 H – Nos enseñan el trono de La Virgen, y visitamos dentro de La Ermita una sala de exposiciones, que posee todo tipo de detalles decorativos tanto de La Virgen como del trono.

13:00 H – Llegamos a la Residencia.

Visita a la Parroquia Santa María.

Esta visita fue también guiada por el mismo voluntario que en La Ermita de La Virgen del Socorro, así que en la actividad anterior, se concretó entre todos que día se realizaría ésta.

Ya se había hablado anteriormente tanto con residentes como con el muchacho, de su desarrollo, y ambas partes dieron su aprobación.

DÍA: 13 de junio de 2013

LUGAR: Parroquia Santa María.

RESPONSABLES: Adelaida González (TS), Antonio González (fisioterapeuta) y Beatriz (TO).

PARTICIPANTES: Residentes de la Residencia San Sebastián, alumnos de prácticas del Taller de Empleo Buxarna VIII de Purchena, alumnas de prácticas del TAS y voluntarios.

DESARROLLO:

10:45 H- Salida de la Residencia San Sebastián.

11:15 H – Llegada a la Parroquia Santa María y presentación del voluntario que nos la enseñan, Raúl.

11:30 H – Nos cuentan la historia y evolución, de La Parroquia, de las imágenes que guarda y de los detalles emblemáticos que posee el lugar. Como La Iglesia es bastante

grande y con diferentes capillas, nos fuimos desplazando por todas las zonas, mientras nos las iban describiendo.

En esta ocasión uno de los residentes colaboró a lo largo del desarrollo de la actividad, aportando su sabiduría sobre La Iglesia. Perteneció a la Escuela de Cristo.

12:30 H – Vemos La Escuela de Cristo, que se encuentra al lado de La Parroquia.

13:00 H – Llegamos a la Residencia.

VALORACIÓN:

Las visitas culturales a la Ermita y a la Parroquia, tuvieron muy buena acogida, la gran mayoría de los residentes que participaron no eran del pueblo, por lo que no habían visto aún ambos lugares. Les gustó mucho, mostraron interés por todo lo que nos enseñaron y contaron, y también fueron partícipes de la conversación. Los residentes que sí eran del pueblo, colaboraron con las explicaciones, sintiéndose útiles y cómodos. En general, estuvieron entretenidos y a gusto. Se valoró las iniciativas de algunos usuarios y la actitud pasiva de otros, al miedo por preguntar, y se optó entonces por mantener una posición dialogante y dinamizadora, para hacerles sentir más cómodos.

La única dificultad fue el acceso a ciertas zonas de ambos lugares; eran inaccesibles para silla de ruedas.

4.2.4 Encuentro entre en Club de la Tercera Edad y La Residencia San Sebastián.

Para organizar este encuentro, contacté por teléfono, con el Presidente del Club, le comenté nuestra idea y le pareció estupenda. Además, solicité permiso para poner un cartel dentro del local del Club de la Tercera Edad, a modo informativo, para que todas las personas que acuden al mismo, tuvieran constancia. En mi visita tuve la oportunidad de hablar con algunos de los socios y comentarles qué se pretendía llevar a cabo, con tal encuentro. Por otro lado, el presidente se puso en contacto con el resto de socios, para exponerles la idea planteada por La Residencia San Sebastián.

En esta actividad, tuvimos la suerte de contar además, de las alumnas del taller de empleo, de dos voluntarias: una de ellas, había sido alumna de prácticas universitarias en La Residencia unos meses anteriores al desarrollo del proyecto, y otra fue una de las socias de la Asociación Juvenil, que quiso participar de nuevo con nosotros.

La Terapeuta Ocupacional y yo, nos encargamos de comprar los regalos y picoteo para ese día, y el Director del Centro, encargó dos trofeos, para los ganadores de los campeonatos de dominó y cartas, que se iban a realizar.

DÍA: 19 de junio de 2013

LUGAR: Club de la 3ª Edad de Tíjola.

RESPONSABLES: Adelaida González (TS), Antonio González (fisioterapeuta) y Beatriz (TO).

PARTICIPANTES: Residentes de la Residencia San Sebastián, alumnos de prácticas del Taller de Empleo Buxarna VIII de Purchena y voluntarios.

DESARROLLO:

10:50 H- Salida de la Residencia San Sebastián.

11:20 H – Llegada al Club de la Tercera Edad de Tíjola, nos recibe el presidente. Se presenta y nos cuenta cómo funciona el centro y qué suelen hacer en él. A continuación, nos lo enseña.

11:30 H – Empiezan a llegar los mayores del pueblo, por lo que damos comienzo a la primera actividad, una partida de bingo. Nos distribuimos en las diferentes mesas del local, y también, repartimos refrescos y un pisolabis para amenizar la mañana. Las alumnas y voluntarias se dispersaron por las diferentes mesas para ayudar a los mayores con los cartones de bingo. Hubo dos ganadores, una persona del pueblo y otra de La Residencia, así que se les dio un regalo a cada uno, como ganadores.

Después de la partida de bingo, organizamos las mesas para hacer dos campeonatos de juegos de mesa, uno de cartas y otro de dominó. Los mayores se dispusieron por parejas, y los monitores y voluntarias estuvieron pendientes, del desarrollo de la actividad. El resto de mayores, que no sabían jugar a ambos juegos pasó un rato lúdico compitiendo en la diana con las alumnas del taller de empleo. (Las bajaras de cartas, los dominós y la diana, nos los llevamos de La Residencia).

Finalmente, se hizo entrega de los premios correspondientes a los ganadores y de los trofeos, que se habían preparado para dicho encuentro. En la diana, ganó una residente y se le regaló un monedero. A las cartas, ganaron dos parejas, una formada por un residente y su hermano, y otra por dos mayores del pueblo, se les entregó una bajara de cartas a cada uno y un abanico, obsequio del centro, para las esposas de los participantes. A los ganadores del dominó, que fueron dos residentes, se les dio un

dominó y se les hizo entrega de un trofeo, el cual se trajo a La Residencia y se puso en una zona común, para que todo lo disfrutasen; el trofeo de cartas se quedó en el Club de la Tercera Edad, ya que ganaron dos socios del Club y se puso en un lugar visible para que todos lo vean y recuerden el encuentro con los mayores de La Residencia San Sebastián.

12:30 H – Nos despedimos y nos dieron las gracias por haberles hecho pasar una mañana tan amenizadora. El sentimiento fue mutuo.

13:00 H – Llegamos a la Residencia.

VALORACIÓN:

La visita al club de la tercera edad, fue muy acertada. Fue una actividad lúdica orientada al incremento y mejora de las relaciones sociales entre personas de un mismo colectivo, con edades semejantes, propiciando la comodidad, comunicación y el intercambio. Los mayores del pueblo nos brindaron con su hospitalidad, ofreciéndonos su local de reuniones y su gran saber estar. Los residentes les respondieron compartiendo con ellos, una velada de juegos de mesa, un pisco labis, regalos y trofeos.

El problema que se presentó, fue que hubo un pequeño mal entendido con el presidente del club con el horario y la intención real de la actividad; por lo que los socios del Club aparecieron al encuentro más tarde de la hora establecida y menos de los esperados. Aún así, las personas que acudieron lo pasaron muy bien, y nos invitaron a volver a repetir la experiencia todas las veces que gustásemos.

4.2.5 Salida a la Biblioteca Municipal.

Esta salida fue organizada con la ayuda de la bibliotecaria. Una tarde me acerqué a la biblioteca y le comenté a ésta que los residentes querían hacer una visita al lugar. Me comentó los horarios de la biblioteca, que podríamos hacernos socios sin ningún problema como colectivo y me facilitó en número de teléfono para que la llamáramos y le concretáramos el día exacto que iríamos; y así se hizo.

DÍA: 27 de junio de 2013

LUGAR: Biblioteca Municipal.

RESPONSABLES: Adelaida González (TS), Antonio González (fisioterapeuta) y M^a Trinidad (Psicóloga).

PARTICIPANTES: Residentes de la Residencia San Sebastián, alumnos de prácticas del Taller de Empleo Buxarna VIII de Purchena.

DESARROLLO:

10:45 H- Salida de la Residencia San Sebastián.

11:15 H – Llegada a la Biblioteca y presentación de la bibliotecaria.

11:30 H – Socorro, nos explicó cómo funciona la biblioteca y todos los géneros de libros que podemos encontrar. Les preguntó a los residentes cuáles les podían interesar y empezamos a ver todo tipo de libros: de refranes, adivinanzas, chistes, manualidades, juegos lúdicos, obras de teatro, poesía y periódicos comarcales.

12:15 H – Hicimos una ronda de adivinanzas y chistes, con los libros que estábamos viendo.

12:40 H – La Residencia San Sebastián se hizo su propio carnet de socio de La Biblioteca Municipal, y sacamos varios libros de interés para los residentes, durante un período de tiempo. Además nos regaló libros de poesía para el centro.

13:00 H – Llegamos a la Residencia.

VALORACIÓN:

Ha sido una actividad innovadora, ninguno de los residentes conocía la biblioteca y la gran mayoría nunca había estado en una. Les ha gustado la sala, su organización y la gran variedad de recursos que ofrece. Los libros les han parecido entretenidos, y han disfrutado leyendo libros nuevos de adivinanzas, refranes, chistes, etc. El único inconveniente ha sido que algunos residentes no saben leer, y para éstos la actividad ha sido menos entretenida.

Se ha trabajado la estimulación cognitiva.

4.3 PARTICIPACIÓN DEL RESPONSABLE.

Como responsable del Proyecto de Intervención de Calidad de Vida en las Personas Mayores de la Residencia San Sebastián, y como Trabajadora Social del centro, mi intervención en la ejecución del mismo, ha sido en todo momento la de organizar y coordinar la intervención entre los distintos colectivos que han participado, estimulando la iniciativa grupal. Teniendo en cuenta sus intereses, valores, formas de pensar y posibilidades de actuación, se ha implicando a los distintos grupos en una acción conjunta, impulsando las actitudes comunitarias dando prioridad a la

comunicación y las relaciones sociales; siendo muy útil para la mejora persona y social de los residentes, haciéndolos partícipes su realidad para transformarla.

He participado de forma activa en todas las actividades que se han desarrollado, mediando y fomentando la participación grupal y comunitaria.

4.4 INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS.

Los instrumentos de recogida de datos que se han utilizado a lo largo del desarrollo del programa, han sido registros de participación, cuaderno de notas, encuestas de satisfacción, exposiciones comunes de opiniones y mediante observación directa.

5. EVALUACIÓN

Para llevar a cabo esta fase del proyecto primero debemos de tener en cuenta dos preguntas fundamentales: *¿cuál es el propósito de la evaluación?* y *¿qué se quiere evaluar?* Debemos intentar responderlas con el fin de establecer, qué modelo de evaluación encaja mejor con nuestras necesidades.

A continuación, intentaremos dar respuesta a las dos cuestiones citadas anteriormente:

-En primer lugar, destacamos que la evaluación es el proceso de reflexión que permite explicar y valorar los resultados de las acciones realizadas. La evaluación nos permite reconocer los errores y aciertos de nuestra práctica, a fin de corregirlos en el futuro.

-En segundo lugar, definir que queremos evaluar a los destinatarios de nuestro proyecto de intervención, sus necesidades, el diseño del programa que hemos llevado a cabo, su desarrollo, y los efectos producidos del mismo.

La evaluación de nuestro Proyecto de Intervención se va a basar en los modelos alternativos (paradigma cualitativo), ya que los resultados que buscamos van orientados hacia las mejoras de una realidad concreta.

Dentro del paradigma cualitativo hay varios modelos de evaluación:

-**La evaluación respondente de Stake (1975), Guba y Lincoln (1982):** actúa fundamentalmente sobre la base de datos fenomenológicos focalizando su atención en el proceso.

-**La evaluación iluminativa, Parlett y Hamilton (1976):** su preocupación central consiste en la descripción y la interpretación más que en la valoración y la predicción de aquellos que participan en el desarrollo del proyecto.

-**La evaluación democrática:** el propósito de este tipo de evaluación es promover el cambio en los participantes del programa basado en un equipo de participación entre el evaluador y los evaluados.

Debido a la finalidad de nuestra intervención, que era la de evitar el aislamiento social de las personas mayores de nuestro centro, fomentando las relaciones sociales, y contribuyendo al mantenimiento del sentimiento de utilidad y autoestima personal, haciéndoles partícipes en todo momento del proceso de intervención; el modelo escogido de evaluación es el siguiente: la *evaluación democrática*, puesto que concuerda con la finalidad de nuestro Proyecto.

Los momentos en los que la evaluación se ha llevado a la práctica son:

- En el *diagnóstico*:

Se ha detectado que el diagnóstico llevado a cabo ha sido el idóneo ya que se han comprobado que las principales necesidades y/o problemas y sus consecuencias, en el colectivo al que se dirige el proyecto, eran las/os que sospechábamos. Así posteriormente, se han planteado unos objetivos con alternativas y actividades para intentar lograrlos. Los instrumentos utilizados han sido los siguientes:

- **Encuesta de Satisfacción de los residentes con los servicios ofertados:** para conocer qué les gusta del centro y lo que se podría mejorar.
- **Índice de Barthel y Lawton (adaptada al centro):** para conocer el grado de funcionalidad de los usuarios, tanto en actividades básicas de la vida diaria como instrumentales. Para las actividades avanzadas no utilizo escalas ya que hay muy pocos usuarios que las realicen.
- **Escala de Yesavage:** a través de esta escala podemos valorar el estado anímico de los residentes y la probabilidad de depresión. Pasadas por la psicóloga del centro.
- **Mini Exam Cognoscitivo (LOBO):** con ella se valoran las funciones cognitivas de los usuarios, principalmente las de orientación, concentración, cálculo, lenguaje y construcción. También pasadas por la psicóloga del centro.
- **Escala de Satisfacción Filadelfia (Lawton, 1972):** para evaluar la calidad de vida en el mayor.
- **Escala de Recursos Sociales (OARS) Duke University Centros (1978):** para evaluar los recursos sociales del mayor. Pasadas por la trabajadora social del centro.
- **También se utilizaron otros documentos como Historia Clínica, Historia Social o de vida.**

-Durante la **aplicación-ejecución:**

A través de las actividades que se han ido realizando se han intentado lograr los siguientes objetivos:

- Evitar el Aislamiento Social fomentando las Relaciones Sociales.
- Contribuir al mantenimiento del sentimiento de utilidad y autoestima personal.
- Mejorar la calidad de vida, el bienestar y la satisfacción personal.

En general, ha habido una buena participación en todas las actividades. Han sido a nivel grupal y comunitario, no habiendo ningún problema en la integración, ya que los residentes están acostumbrados a trabajar en equipo diariamente, en las actividades y talleres del centro.

Durante la ejecución de las actividades, hemos llevado a cabo un registro de participación, de los residentes, voluntarios y de los distintos colectivos que han participado en ellas. Además, se ha valorado mediante observación directa, la evolución de las mismas, y el resultado, acompañado de las siguientes técnicas e instrumentos, que se exponen en la evaluación final.

- En la **evaluación final:**

En esta etapa hemos usado las mismas escalas que en el momento del diagnóstico, y encuestas de satisfacción que hemos modificado en base a los diferentes colectivos que han participado en las distintas actividades de dicho proyecto; para poder conocer sus opiniones.

Los instrumentos que hemos utilizado para llevar a cabo la evaluación han sido principalmente:

-La observación directa.

-Encuestas de satisfacción de elaboración propia en la residencia.

-Escala de valoración funcional (Barthel y Lawton adaptada), que suelen presentar fiabilidad (porque da los mismos resultados tras repetir el test en situaciones similares) y validez (ya que mide lo que dice medir).

-Mini-Exam Cognoscitivo (LOBO) y escala de yesavage, pasadas por la psicóloga de la residencia.

-Escala de Recursos Sociales (OARS) Duke University Centros (1978): para evaluar los recursos sociales del mayor. Pasadas por la trabajadora social del centro.

-Escala de Satisfacción Filadelfia (Lawton, 1972): para evaluar la calidad de vida en el mayor. No se ha pasado porque es muy similar al yesavage, y los residentes ya estaban cansados poniéndose más reacios.

-Todo ello, acompañado de algún que otro debate sobre sus gustos, preferencias, opiniones respecto a la forma de realizar las diferentes actividades,... haciéndolos partícipes activamente durante todo el proceso.

Para poder interpretar los datos recogidos en las fases anteriores, es decir; los cambios producidos en los usuarios de la residencia de la Tercera Edad San Sebastián, hago un breve recuerdo del análisis de la realidad inicial:

El número total de residentes a fecha 21/04/2013 era de 51 usuarios, entre los cuales eran 22 hombres y 29 mujeres. Más de la mitad de los usuarios eran asistidos o necesitaban algún tipo de ayuda en sus actividades diarias de autocuidado.

El 80% de los usuarios tenían un nivel cultural bajo, no habiendo terminado los estudios primarios, pero sí pueden defenderse en la habilidad de lecto-escritura. El 15% de los usuarios eran analfabetos y un 5% de ellos poseían estudios secundarios o superiores.

La mayoría de los residentes eran viudos, les seguían los solteros, casados y por último, los separados.

La mayor parte de estos usuarios procedían de la propia localidad, aunque también venían de otros pueblos de las provincias de Almería y Granada.

En las siguientes tablas se pueden ver los residentes que había antes de poner en práctica el proyecto, y tras su finalización.

Nº	H	M	Perfil según grado de dependencia 21/04/2013
13	8	5	VÁLIDOS
5	3	2	SEMIVÁLIDOS
33	11	22	ASISTIDOS
51	22	29	TOTAL RESIDENTES

Nº	H	M	Perfil según grado de dependencia 28/06/2013
13	8	5	VÁLIDOS
6	4	2	SEMIVÁLIDOS
28	10	18	ASISTIDOS
47	22	25	TOTAL RESIDENTES

Podemos observar que el número de residentes ha disminuido en 4 residentes debido a fallecimientos y/o traslados. En lo referente al nivel cultural, estado civil y procedencia no hay cambios significativos.

A lo largo de la ejecución del proyecto de intervención, como ya hemos señalado anteriormente, se ha ido llevando un control con respecto a la participación de los residentes en las diferentes actividades propuestas. Los resultados han sido los siguientes:

PARTICIPACIÓN				
Perfil según grado de dependencia 28/06/2013		Hombres	Mujeres	Total
Válidos	Sí participan	5	3	8
	No participan	3	2	5
Semiválidos	Sí participan	3	1	4
	No participan	1	1	2
Asistidos	Sí participan	4	7	11
	No participan	6	11	17
Total Residentes		22	25	47

Una vez analizados los resultados de las *encuestas de satisfacción* previas a la ejecución del proyecto, se llegaron a las siguientes conclusiones: la mayoría de los residentes manifestaban no querer cambiar nada respecto al centro y su funcionamiento. Se sentían cómodos y bien atendidos. Excepto una minoría que exponía que le gustaría tener más facilidad para acceder al pueblo y a los recursos que éste ofrece. No obstante, mediante la observación pudimos destacar que algunos de los residentes habían caído en la monotonía de la vida residencial, acomodándose a sus circunstancias sin expectativas de mejorar sus relaciones sociales con el exterior. Sin embargo, otros sí expresaron esta necesidad en la encuesta, sobre todo tras haber pasado la época invernal que limita las salidas por el mal tiempo.

En la actualidad, las encuestas de satisfacción que se les ha pasado a los residentes y los colectivos participantes en dicho proyecto, han sido modificados algunos de los ítem para poder valorar la influencia de las diferentes actividades en la mejora de la calidad de vida de nuestros mayores. Y comprobar si se han cumplido los objetivos que se propusieron en un principio.

Los resultados obtenidos de estas encuestas, tras la ejecución del proyecto, han sido los siguientes:

La mayor parte de los residentes siguen manifestando no querer cambiar nada respecto al centro y su funcionamiento, más aún tras la puesta en marcha de los dos proyectos llevados a cabo en estos meses de mayo y junio. Se siguen sintiendo cómodos y bien atendidos. Los usuarios que referían no poder acceder al pueblo por la lejanía del centro y sus limitaciones físicas principalmente, expresan agradecimiento por haberles facilitado el acceso al pueblo y a los recursos que éste ofrece con la ayuda de los alumnos del taller de empleo de Purchena y las dos alumnas del módulo Técnico de Atención Sociosanitaria y voluntarios del pueblo. Las salidas se han realizado a pie para poder llevar a los usuarios de sillas de ruedas, ya que en el centro no se posee de un vehículo adaptado. La participación de los residentes en las actividades ha sido de forma voluntaria, los que referían haber caído en la monotonía, tras la aplicación del proyecto se encuentran de mejor humor y más receptivos para participar en actividades nuevas. Sin embargo, todavía hay gente reacia a participar en actividades fuera del centro. Las relaciones sociales con el exterior han mejorado notablemente e incluso reencontrándose con viejos amigos y conocidos. La mayoría de los usuarios menciona querer seguir manteniendo contacto con otros colectivos dentro de la residencia y fuera pudiendo establecer relaciones, donde el aprendizaje ha sido mutuo.

Tras la *valoración funcional* hemos observado que los individuos que han participado en las actividades no han empeorado y algunos han sufrido una leve mejoría, sobre todo se refleja en los residentes asistidos y semi-válidos, (como se puede observar en la tabla anterior).

Según los resultados obtenidos en la *Escala de Depresión (Yesavage)*, detectamos que casi el 26% de los residentes tiene establecida una depresión. Casi el 8% de éstos presentan una probable depresión y el resto se encuentran bien anímicamente o por el avanzado estado de su demencia no pueden ser valorados. Tras la finalización del proyecto de intervención, los datos adquiridos son los siguientes: el 34,78% de los residentes se mantiene estable, el 39,13% ha mejorado notablemente y el 8,69% ha sufrido un empeoramiento. Estos últimos no son datos objetivos referidos al proyecto, ya que su deterioro en este aspecto es más debido a problemas personales y o

familiares, y no a un cambio provocado por su participación en dicho proyecto, ya que tras haberles pasado encuestas de satisfacción han expresado sentirse mucho mejor durante y tras la realización de las diferentes actividades. Hay que señalar además, que el 13,04% de los residentes que tenía probable depresión han pasado a un estado anímico normal y especificar que hay un usuario no valorable.

Los resultados obtenidos en el *Mini Exam Cognoscitivo (MEC)* en el mes de abril, antes de la puesta en práctica del proyecto de intervención eran: que ninguno de los usuarios obtenía la máxima puntuación, pero el 26% de éstos no presentaba deterioro cognitivo. Casi el 20% de los residentes no podían ser valorados por el avanzado estado de su demencia. El resto presentaba deterioro cognitivo sugestivo de demencia.

En la actualidad podemos reflejar los siguientes datos referentes al MEC: todos los residentes que han participado en las actividades el 56,52% se mantienen estables, el 26,1% ha mejorado y el 13% ha sufrido un leve empeoramiento debido a su demencia. Sólo un residente ha sido no valorado ya que presenta retraso mental del 87%.

Se obtuvo a partir de la escala de *Satisfacción Filadelfia* información relevante. Más de la mitad de los usuarios referían tener problemas y encontrarse peor conforme pasaban los años, sintiéndose solos por no tener familia o por tener poco contacto con ella, debido a la distancia y a que muchos de los familiares viven en otras localidades o provincias. Se sentían menos útiles y con menor valía, por la pluripatología y la edad principalmente. Aunque esta escala no se ha pasado por ser similar a la de Yesevage, podemos decir que aquellos usuarios que se sentían más solos por no tener familia o poco contacto con ella, al establecer más contacto con otros colectivos se sienten más animados y con más ganas de vivir.

Tras el paso de la escala de *Recursos Sociales (OARS)*, podemos llegar a la conclusión, de que los resultados obtenidos no interfieren en los objetivos o fines a conseguir con la intervención de este proyecto. Esto es debido a que esta escala mide relaciones familiares y personales, y no hemos actuado en este aspecto, sino a nivel comunitario. Se han establecido relaciones sociales con distintos colectivos pero, no con familiares.

De las encuestas de satisfacción que se les pasó a los residentes y demás colectivos que han participado en las distintas actividades, hemos obtenido las siguientes respuestas:

Residentes

-Respecto a las salidas de la residencia, (vistas jardines, ermita, iglesia y biblioteca) todos han contestado que les hizo ilusión salir de la residencia y hacer actividades diferentes. Aumentan su autoestima. Sin embargo, hubo cinco residentes que no participaron en dichas visitas, porque se fatigan al andar largas distancias, pero manifestaron que sí les hubiese gustado ir.

-En el taller de cocina con la Asociación Juvenil, todos los participantes refieren haber disfrutado de la actividad considerablemente, excepto un residente, el cual manifiesta que la cocina en sí, no es una labor que le llame la atención, pero que sí disfrutó de la compañía de las muchachas de la asociación.

-La actividad que se llevó a cabo con las mujeres de la Asociación de Amas de Casa “Aurora”, no tuvo un porcentaje muy alto de participación, ya que los residentes varones mantuvieron una actitud de rechazo por no saber hacer labores, tampoco quisieron aprender. Sin embargo, si hubo un residente que aunque no participó activamente sí estuvo presente en todo momento, se sentía cómodo haciéndonos compañía, hablando con el resto de compañeras y observando qué hacían. Esta actividad, por lo contrario entre las mujeres fue un éxito, les encantan las labores y se sintieron útiles, aportando ideas y opiniones; otras recordaron técnicas que habían olvidado con los años.

-En la visita al club de la tercera edad, el 100% de los participantes expresó haberle gustado la experiencia, por ir a un sitio nuevo con personas de sus mismas edades, ver a viejos amigos y conocidos, por las relaciones mantenidas, y principalmente por la mañana tan entretenida que pasaron.

-La actividad de más aceptación ha sido el taller de cocina, seguida de la visita al Club de la Tercera Edad y de la visita a la Parroquia. Y la actividad menos valorada ha

sido la salida a los jardines, por el calor que hizo ese día y le sigue la visita a la biblioteca porque algunos residentes no sabían leer, y no lo disfrutaron como les hubiese gustado. Un tercio de los residentes manifiesta que todas las actividades les han gustado por igual.

-Todos los participantes en las diferentes actividades, reflejan que sí les ha gustado tener más contacto con el exterior y con otros colectivos, que les gustaría seguir manteniéndolo y que sigamos realizando actividades similares. Sólo un residente ha mostrado indiferencia, principalmente con respecto al contacto con otros colectivos, ya que es una persona muy independiente y se agobia con mucha facilidad.

-También hay que hacer referencia a la participación en las diferentes actividades, de las alumnas del taller de empleo de Purchena, de las alumnas del TASS y de los voluntarios; todos los residentes han sido conscientes del esfuerzo que han hecho para ayudarnos y que gracias a su ayuda ha sido posible llevarlas a cabo. Todos están muy agradecidos por ello. Al finalizar el proyecto les dieron un abanico de regalo a cada uno/a, en agradecimiento y como recuerdo. (Los abanicos se habían hecho durante las actividades de laborterapia antes de comenzar la ejecución del proyecto).

-Por último, vamos a reflejar las puntuaciones obtenidas según los residentes en los siguientes ítems, del 1 al 10 (1-pésimo y 10-excelente):

- Organización de las actividades: 9,15 puntos de media.
- Grado de satisfacción durante la realización de las actividades: 8,87 puntos de media.
- Realización de nuevas amistades: 8,56 puntos de media.
- Estado anímico actual tras la realización del proyecto: 8,68 puntos de media.

-A todos estos datos debemos añadir que hubo tres residentes que no se pudieron valorar mediante las encuestas de satisfacción, dos porque debido a sus demencias no se acordaban de haber participado, y otro residente por causa del 75% de retraso mental que presenta. Estas personas fueron valoradas mediante observación directa, y las conclusiones obtenidas fueron, que en todo momento mantuvieron una actitud positiva, participe y con buen humor.

Taller de Empleo de Purchena y alumnas del TASS.

Todos los participantes coinciden en los mismos aspectos, reflejan que esta experiencia les ha servido para conocer mejor a las personas mayores, sus costumbres, intereses, gustos, opiniones y sobre todo, que han aprendido mucho al lado de ellos, con sus experiencias de vida y sabiduría. Hacen hincapié en los sentimientos que los mayores les han transmitido: entusiasmo, ilusión y satisfacción. Simplemente por el hecho de salir de la residencia, para hacer una actividad nueva y diferente. Manifiestan que ha merecido la pena colaborar en las salidas y ayudar para que pudiesen participar más usuarios gracias a su ayuda.

Asociación Juvenil Muevete-Tíjola

Ninguna de las participantes en la actividad de repostería, había hecho un taller con personas mayores. La experiencia para ellas fue muy gratificante y les sorprendió para bien. Acudieron a La Residencia, para compartir una tarde agradable con los residentes, y enseñarles a cocinar magdalenas, y a cambio recibieron, caras de alegría y emoción por colaborar con ellas en todo lo que les proponían. Piensan que han sido muy agradecidos, porque además intentaron amenizarles la tarde, hablándoles de lo que les gusta hacer, cantando, contando chistes, adivinanzas, y alagándolas. Asimismo mostraron sus habilidades y capacidades, culinarias; por lo que se podría decir que fue un sentimiento recíproco entre jóvenes y mayores, de bienestar, disfrute y entretenimiento.

Expresaron que volverían a repetir la experiencia sin dudarlo.

Voluntarios

Las cuatro personas voluntarias que han participado en varias actividades, han manifestado que para ellos la experiencia ha sido muy gratificante. Principalmente, porque gracias a su colaboración ha sido menos complicada la realización de las mismas; con una pequeña ayuda han hecho felices a otras personas. También expresan haber aprendido a disfrutar del tiempo de ocio en la compañía de personas mayores, reflejan haber disfrutado con ellos. Reconocen que son un colectivo muy agradecido y verles divertirse ha merecido el esfuerzo.

También refieren que volverían a prestar su tiempo como voluntarios en ocasiones futuras.

Socios del Club de la Tercera Edad de Tíjola

Con ellos fue imposible pasarles una encuesta de satisfacción por falta de tiempo, aunque al terminar la mañana de juegos lúdicos, se les preguntó en voz alta y en conjuntos a los socios del club, cómo se habían sentido durante el desarrollo del encuentro con nuestros mayores, y todos expresaron que había sido una gran mañana, que no se esperaban pasarlo tan bien, y dieron las gracias por la visita, y el entretenimiento que les aportaron los residentes, las alumnas del taller de empleo, voluntarios y monitores. Nos invitaron a volver siempre que queramos, y nos ofrecieron el local del Club para cuando gustemos. También invitaron a los residentes a que participen en los campeonatos de cartas y dominó que se hacen en verano.

Asociación de Amas de Casa “Aurora”

Fue complicado que pudieran asistir a la residencia, por las fechas ya que en junio se iban de vacaciones y tenían mucho trabajo pendiente. Reconocieron que tuvieron dudas en aceptar realizar una actividad con los residentes, por falta de tiempo, pero en el último momento hicieron un esfuerzo. Expresan que para ellas, ese esfuerzo mereció la pena. Fue una actividad lúdica, donde hubo aportaciones por ambas partes, opiniones y sugerencias para mejorar el trabajo. También, trajeron para enseñarnos las distintas manualidades que hacen en la asociación, a su vez, los residentes les mostraron todas las manualidades que han hecho en la residencia durante estos años. Hubo aportaciones de nuevas ideas, para hacer manualidades en un futuro. Al finalizar la actividad los residentes les regalaron gran parte de las pulseras elaboradas ese día, para que las pudieran vender este verano en la feria medieval del pueblo, y recolectar dinero para ayudar a Cáritas, como años anteriores.

Exclamaron haber gozado con la experiencia.

5.1 CONCLUSIONES.

Podemos constatar que la finalidad con la que se creó dicho Proyecto de Intervención en Calidad en Personas Mayores, ha cumplido con éxito sus expectativas, a pesar de los inconvenientes surgidos, los cuales mencionaremos después.

Se han mejorado las relaciones sociales con el exterior del centro, evitando el aislamiento social de los residentes, integrándolos con las personas del pueblo y

haciendo uso de los recursos que éste les ofrece. Hemos podido suprimir en cierta medida las barreras físicas y psicosociales, gracias también a la ayuda obtenida de las alumnas del taller de empleo, del módulo TAS y de los voluntarios, con quienes no contábamos al comienzo de este proyecto. Sin ellos hubiesen aparecido impedimentos principalmente, en las actividades llevadas a cabo fuera del centro.

Se ha logrado un cambio positivo con respecto a las actitudes conformistas que presentaban los residentes antes de llevar a cabo las diferentes actividades. Han asumido un papel más activo, siendo partícipes en las actividades de forma voluntaria y con satisfacción, dando su opinión y rompiendo con la monotonía de sus vidas, aumentando sus relaciones sociales.

Tras el análisis de todas las escalas y encuestas, podemos concluir que los residentes han mejorado anímicamente, encontrándose de mejor humor, también han mejorado a nivel cognitivo y funcional, y están más receptivos a participar en actividades nuevas, y seguir manteniendo contacto con el exterior. Por lo que se puede decir que ha mejorado su Calidad de Vida y Bienestar Social.

5.1.1 Problemas o inconvenientes surgidos.

Durante el proceso del programa, surgieron varios problemas o inconvenientes:

-Falta de tiempo, ya que se han llevado a cabo en el centro dos proyectos de intervención de la misma similitud, por lo que tuvimos que repartir el tiempo y ajustar ambos proyectos para no solaparlos.

-Contactar con las diferentes asociaciones costó varias llamadas de teléfono y visitas a los diferentes locales. Esto significó menos tiempo para poder organizar los encuentros.

-La falta de un vehículo adaptado para que pudiesen haber participado todos los residentes que quisiesen. El centro está a las afueras del pueblo y algunos residentes se fatigan andando distancias largas, así que no pudieron participar en las salidas.

-Las barreras arquitectónicas encontradas en la Ermita e Iglesia. Algunos usuarios no pudieron acceder a ciertas zonas. También se presentó como un problema, las escaleras que hay para poder acceder al local de La Asociación Aurora, por lo que el encuentro tuvo que ser en la residencia.

5.2 PROPUESTAS DE MEJORA.

-Disposición de más tiempo para la organización y elaboración de proyectos futuros.

-Eliminar las barreras arquitectónicas, con la posible compra en un futuro de un vehículo adaptado para las circunstancias y necesidades de los residentes de la Residencia de la Tercera Edad “San Sebastián”.

6. BIBLIOGRAFÍA

- ALVIRA MARTÍN. (1993): *Tendencias de envejecimiento de la población. Problemas y consecuencias*. EN: Gerontología Social. Perspectivas teóricas de intervención. Diputación Provincial de Jaén. Págs. 27-39.
- CARSTENSEN, L.L EDELSTEIN, B.A. (1990): *Gerontología clínica. Intervención psicológica y social*. Ed. Martínez Roca. Barcelona.
- CASTELLÓN DEL PINO, A. (2003): *Temas de Geriatria y Gerontología I*. Aula de Gerontología Ciudad de Tíjola. Págs. 1-9.
- CASTELLÓN DEL PINO, A; YUSTE ROSSELL, N; RUBIO HERRERA, RAMONA. (2003): *Temas de Geriatria y Gerontología I*. Aula de Gerontología Ciudad de Tíjola.
- DE CASTRO, A. (1990): *La Tercera Edad tiempo de ocio y cultura*. Madrid: Narcea.
- MARAVALL GÓMEZ-ALLENDE, H. (2012): *El Nuevo Sistema de Atención a la Dependencia en España: Demandas y Ofertas de Atención. La Nueva Ley y su Aplicación*. Ed. GPS. 3ª. ed. Págs. (25-33), (46-47), (70-71), (101-134).
- PÉREZ SERRANO, G. (2004): *¿Cómo intervenir en personas mayores?* Madrid: Dykinson.
- PÉREZ SERRANO, G. (2011): *Elaboración de Proyectos Sociales. Casos prácticos*. Madrid: Narcea.
- SARRATE CAPDEVILA, M.L. (2006): *Atención a las personas mayores. Intervención práctica*. Madrid: Universitas, S.A.
- SERVICIOS SOCIALES Y POLÍTICA SOCIAL. (1998): *Envejecimiento Activo (I)*. Madrid: Consejo General del Trabajo Social.
- SERVICIOS SOCIALES Y POLÍTICA SOCIAL. (1999): *Envejecimiento Activo (II)*. Madrid: Consejo General del Trabajo Social.

7. WEBGRAFÍA

<http://www.efdeportes.com/efd149/actividades-recreativas-para-la-socializacion-del-adulto-mayor.htm>

<http://www.tijola.es>

<http://www.wikipedia.es>

8. ANEXOS

8.1 ANEXO 1: ESCALAS Y ENCUESTAS PASADAS A LOS RESIDENTES.

8.2 ANEXO 2: ENCUESTAS PASADAS A LAS ALUMNAS DE PRÁCTICAS Y VOLUNTARIOS.

8.3 ANEXO 3: REGISTRO DE PARTICIPACIÓN COLECTIVA.

ANEXO 1

ESCALA DE INTERESES

NOMBRE		APELLIDOS	
Nº de Historia			

TAREAS	MUCHO	POCO	NADA
PASEAR			
JARDINERÍA			
MÚSICA			
BAILAR			
CANTAR			
CESTERÍA			
TELARES			
GIMNASIA			
DOMINÓ			
CARTAS			
TRES EN RAYA			
DAMAS			
PARCHÍS			
AJEDREZ			
OCA			
BINGO			
TOCAR INSTRUMENTOS			
DEBATES			
EXCURSIONES			
TEATRO			
FIESTAS			
MUSEOS			
ANIMALES			
BOLOS			
PETANCA			
DIANA			
LEER			
ESCRIBIR			
COSER, BORDAR, GANCHILLO...			
DIBUJAR, COLOREAR, ...			
CINE			
MARQUETERÍA			
ARCILLA			
ESTAÑO			
TELEVISIÓN (programas,...)			
NOTICIAS			
RADIO			
POLÍTICA			
NÚMEROS			
RELIGIÓN			
POESÍA			
CHISTES			
ADIVINANZAS, REFRANES			
MANUALIDADES			
FOTOGRAFÍA			
LABORES DOMÉSTICAS			
OTROS			

ÍNDICE DE BARTHEL

NOMBRE		APELLIDOS	
Nº de Historia			

FECHA				
ALIMENTACIÓN: 10 INDEPENDIENTE: capaz de usar cualquier instrumento, come en tiempo razonable. 5 NECESITA AYUDA: necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, etc... 0 DEPENDIENTE: necesita ser alimentado.				
LAVADO (baño): 5 INDEPENDIENTE: capaz de lavarse entero, incluye entrar y salir del baño. 0 DEPENDIENTE: necesita alguna ayuda.				
VESTIRSE: 10 INDEPENDIENTE: se viste, desnuda y ajusta la ropa. Se ata los zapatos. 5 NECESITA AYUDA: realiza al menos la mitad de las labores en un tiempo razonable. 0 DEPENDIENTE: le visten.				
ARREGLARSE (aseo personal) 5 INDEPENDIENTE: realiza todas las actividades personales, se lava manos y cara, etc... 0 DEPENDIENTE: necesita alguna ayuda.				
DEPOSICIÓN: 10 CONTINENTE/ NINGÚN ACCIDENTE: no presenta episodios de incontinencia. 5 INCONTINENTE/ ACCIDENTE OCASIONAL: episodios ocasionales de incontinencia. 0 INCONTINENTE.				
MICCIÓN: 10 CONTINENTE/ NINGÚN ACCIDENTE: no presenta episodios de incontinencia. 5 INCONTINENTE/ ACCIDENTE OCASIONAL: episodios ocasionales de incontinencia. 0 INCONTINENTE.				
USO DEL RETRETE: 10 INDEPENDIENTE: usa el retrete, bacinilla o cuña, se sienta y levanta. Se limpia y viste. 5 NECESITA AYUDA: para mantener equilibrio, limpiarse o ponerse y quitarse la ropa. 0 DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia mayor.				
TRASLADO SILLÓN/CAMA: 15 INDEPENDIENTE: no necesita ninguna ayuda, si usa silla de ruedas es independiente. 10 MÍNIMA AYUDA: supervisión verbal y pequeña ayuda física. 5 GRAN AYUDA: capaz de sentarse, pero necesita mucha asistencia para el traslado (2 p.) 0 DEPENDIENTE: incapaz no mantiene el equilibrio sentado.				
DEAMBULACIÓN: 15 INDEPENDIENTE: puede caminar independiente al menos 50 m, aunque se ayude. 10 NECESITA AYUDA: puede caminar al menos 50m, pero con supervisión o ayuda. 5 INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS: propulsa su silla al menos 50m. 0 DEPENDIENTE/ INMÓVIL: incluye ser rodado por otro.				
ESCALONES: 10 INDEPENDIENTE: capaz de subir y bajar escaleras sin ayuda personal o supervisión. 5 NECESITA AYUDA: necesita ayuda física o supervisión. 0 DEPENDIENTE/ INCAPAZ: necesita alzamiento (ascensor) o no puede salvar escalones.				
TOTAL				

ESCALA LAWTON (ADAPTADA)

NOMBRE		APELLIDOS	
Nº de Historia			

FECHA			
CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO: 1 Utiliza el teléfono por iniciativa propia. Busca y marca números. 1 Es capaz de marcar números bien conocidos. 1 Es capaz de contestar al teléfono pero no de marcar. 0 No usa el teléfono en absoluto.			
SALIR AL EXTERIOR: 1 Sale al exterior de manera independiente. 0 Necesita acompañamiento para salir al exterior.			
AUTONOMÍA EN EL INTERIOR: 1 Sabe moverse en el interior de la residencia sin perderse. Necesita acompañamiento para moverse dentro de la residencia.			
CUIDAR LA HABITACIÓN: 1 Es capaz de cuidar la habitación por sí sólo/a. No participa en el cuidado de la habitación por sí sólo.			
USO DEL ASCENSOR: 1 Es capaz de coger solo/a el ascensor. Tiene capacidad para utilizar el ascensor pero con ayuda de otros/as			
MANEJO DE ASUNTOS ECONÓMICOS: Maneja los asuntos financieros con independencia. Recoge y reconoce sus ingresos. Maneja los gastos del día a día, pero necesita ayuda para ir al banco. Grandes gastos. Incapaz de manejar el dinero.			
HACER COMPRAS: Realiza todas las compras necesarias independientemente. Realiza independientemente pequeñas compras. Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra. Totalmente incapaz de comprar.			
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE: Viaja sólo en transporte público o conduce su propio coche. 1 Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte. 1 Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona. Sólo usa el taxi o automóvil con ayuda de otros. No viaja.			
TOTAL			

ESCALA YESAVAGE

NOMBRE:

FECHA:

		SI	NO
1.	¿Está satisfecho con su vida?	0	1
2.	¿Ha abandonado muchas de sus actividades?	1	0
3.	¿Nota que su vida está vacía?	1	0
4.	¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	1	0
5.	¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?	0	1
6.	¿Tiene miedo de que le pase algo?	1	0
7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8.	¿Se siente a menudo abandonado?	1	0
9.	¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	1	0
10.	¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11.	¿Cree que vivir es maravilloso?	0	1
12.	¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?	1	0
13.	¿Se encuentra lleno de energía?	0	1
14.	¿Cree que su situación es desesperada?	1	0
15.	¿Cree que los otros están mejor que usted?	1	0

TOTAL: _____

RESULTADOS:

0-5= NORMAL

6-9PROBABLE DEPRESIÓN

>9DEPRESIÓN ESTABLECIDA

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (MEC)

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

Ocupación.....Escolaridad.....

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

ORIENTACIÓN

- Dígame el día.....fechaMes.....Estación.....Año..... ___5
- Dígame el hospital (o lugar).....
planta.....ciudad.....Provincia.....Nación..... ___5

FIJACIÓN

- Repita estas tres palabras ; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda) ___3

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

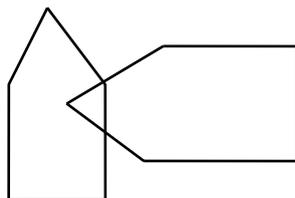
- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando ? ___5
- Repita estos tres números : 5,9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás ___3

MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras de antes ? ___3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto ?, repetirlo con un reloj ___2
- Repita esta frase : En un trigal había cinco perros ___1
- Una manzana y una pera ,son frutas ¿verdad ?
¿qué son el rojo y el verde ? ___2
- ¿Que son un perro y un gato ? ___3
- Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa ___1
- Lea esto y haga lo que dice : CIERRE LOS OJOS ___1
- Escriba una frase ___1
- Copie este dibujo___1



Puntuación máxima 35.
Adulto geriátrico 20/Adulto no geriátrico 24

**Escala de Satisfacción de Filadelfia
(Lawton, 1972 versión adaptada por Montorio,1990)**

A continuación le voy a leer unas frases. Me gustaría que me dijera si son aplicables a usted. Si está de acuerdo con ellas, responda SÍ, y en el caso de que no sean aplicables a usted, responda NO.

1.- ¿A medida que se va haciendo mayor se ponen las cosas peor para usted?	SI	NO
2.- ¿Tiene usted tanta energía como el año pasado?	SI	NO
3.- ¿Se siente usted sólo?	SI	NO
4.- ¿Le molestan ahora más las cosas pequeñas que antes?	SI	NO
5.- ¿Siente que conforme se va haciendo mayor es menos útil?	SI	NO
6.- ¿A veces está tan preocupado que no puede dormir?	SI	NO
7.- ¿Según se va haciendo mayor, las cosas son MEJOR__ PEOR__ IGUAL__ que lo que usted pensó que sería?		
8.- ¿A veces siente que la vida no merece la pena ser vivida?	SI	NO
9.- ¿Ahora es usted tan feliz como cuando era más joven?	SI	NO
10.- ¿Tiene muchas razones por las que estar triste?	SI	NO
11.- ¿Tiene miedo de muchas cosas?	SI	NO
12.- ¿Se siente más irascible que antes?	SI	NO
13.- ¿La mayor parte del tiempo la vida es dura y difícil?	SI	NO
14.- ¿Cómo está de satisfecho con su vida ahora? SATISFECHO__ NO SATISFECHO__		
15.- ¿Se toma las cosas a pecho?	SI	NO
16.- ¿Se altera o disgusta fácilmente?	SI	NO

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

**ESCALA DE RECURSOS SOCIALES (OARS)
DUKE UNIVERSITY CENTER (1978)**

Me gustaría hacerle preguntas acerca de sus familiares y amigos.

0. ¿Su estado civil es?:

- a) Soltero
- b) Casado/a
- c) Viudo/a
- d) Divorciado/a
- e) Separado/a
- // No contesta

2. ¿Quién vive con usted? (ponga sí/no):

- a) Sí/no Nadie
- b) Sí/no Esposo/a
- c) Sí/no Hijos
- d) Sí/no Nietos
- e) Sí/no Padres
- f) Sí/no Otros. Especificar _____
- g) Sí/no Hermanos/as
- h) Sí/no Otros familiares
- i) Sí/no Amigos/as
- j) Sí/no Cuidadores pagados.

3. ¿Cuántas personas conoce suficientemente bien como para visitarlas en su casa?

- 3: mayor 5
- 2: 3-4
- // No responde
- 1: Una vez
- 0: Ninguna

4. ¿Cuántas veces ha hablado por teléfono con amigos y/o familiares en la última semana?

- 3: Una vez al día o más
- 2: 2-6 veces
- // No responde
- 1: Una vez
- 0: Ninguna

5. ¿Cuántas veces durante la semana pasada ha visto a personas que no viven con usted? (visitas ,etc .)

- 3: Una vez al día o más
- 2: 2-6 veces/semana
- 1: Una vez
- 0: Ninguna
- // No responde

6. ¿Tiene usted alguna persona en quien confiar?

1: Sí 2: No // No responde

7. ¿Se encuentra solo o se siente en soledad?

1: Casi nunca
1: Algunas veces
0: A menudo
// No responde

8. ¿Ve usted a sus amigos y familiares tan a menudo como a usted le gustaría?

1: Sí 0: No // No responde

9. ¿Si alguna vez necesitase usted ayuda por encontrarse incapacitado, tendría quien le prestase esa ayuda?

1: Sí 0: No

Sí ha contestado Sí: ¿Esa persona cuidaría de usted?

De forma indefinida

Durante un corto período de tiempo (semanas o 6 meses)

Sólo de forma pasajera (para ir al médico, a comer, etc.)

// No responde

¿Quién es esa persona? Nombre: _____

Relación: _____

INTERPRETACION

0. Excelentes recursos sociales: las relaciones sociales son muy amplias y satisfactorias. Al menos una persona puede cuidarlo/a indefinidamente en caso de necesidad.
1. Buenos recursos sociales; las relaciones sociales son razonablemente satisfactorias y adecuadas, y al menos una persona puede cuidarlo indefinidamente. O las relaciones son muy amplias y satisfactorias y puede ser cuidado por sólo un período corto de tiempo.
2. Deterioro social leve; las relaciones sociales son insatisfactorias, de pobre calidad y pocas, pero al menos una persona puede cuidarlo de forma indefinida. O las relaciones sociales son razonablemente satisfactorias, pero sólo puede ser cuidado un período corto de tiempo.
3. Deterioro social moderado: las relaciones sociales son insatisfactorias, de pobre calidad y pocas; sólo se pueden dar cuidados durante períodos cortos de tiempo. o las relaciones sociales son al menos adecuadas o satisfactorias, pero la ayuda sólo puede prestarse de vez en cuando.
4. Deterioro social grave: las relaciones sociales son insatisfactorias, de pobre calidad y pocas; se puede prestar cuidados sólo de vez en cuando. O las relaciones son al menos satisfactorias o adecuadas, pero la ayuda no se le puede dar ni de vez en cuando.
5. Deterioro social total: las relaciones son de pobre calidad, insatisfactorias y pocas, y la ayuda no se le puede dar ni de vez en cuando.

-
- 7) **¿TE HA GUSTADO TENER MÁS CONTACTO CON EL EXTERIOR Y CONOCER A OTROS COLECTIVOS? ¿Y QUE TE GUSTARÍA SEGUIR REALIZANDO?**
- 8) **¿TE HACÍA ILUSIÓN PARTICIPAR EN ACTIVIDADES CON LAS ALUMNAS DEL MÓDULO DE TÉCNICO DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA REALIZANDO AQUÍ EN ESTA RESIDENCIA SUS PRÁCTICAS Y ACOMPAÑANDO EN LOS DIFERENTES TALLERES?**
- 9) **¿QUÉ ACTIVIDAD DE LAS QUE HEMOS REALIZAMOS TE GUSTA MÁS? ¿Y LA QUE MENOS?**
- 10) **¿TE HA GUSTADO TENER MÁS CONTACTO CON EL EXTERIOR? ¿Y QUE TE GUSTARÍA SEGUIR REALIZANDO?**
- 11) **PUNTUA DEL 1 AL 10. (1-PÉSIMO Y 10-EXCELENTE)**
- **ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES.**
 - **GRADO DE SATISFACCIÓN DURANTE LA REALIZACIÓN.**
 - **REALIZACIÓN DE NUEVAS AMISTADES.**
 - **ESTADO ANÍMICO ACTUAL.**

ANEXO 2

**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN SOBRE LA ACTIVIDAD
DEL TALLER DE REPOSTERÍA
(MAGDALENAS VARIADAS)**

- ¿TE HACÍA ILUSIÓN PARTICIPAR EN ACTIVIDADES CON LAS PERSONAS MAYORES?

SI NO

- ¿TE HAS SENTIDO BIEN DURANTE LA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD?

SI NO

- ¿TE HA PARECIDO INTERESANTE O ENTRETENIDA?

SI NO

- ¿QUÉ TE HA APORTADO ESTA ACTIVIDAD?

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN SOBRE LA ACTIVIDAD SALIDAS CULTURALES (VISITA A LA ERMITA VIRGEN DEL SOCORRO Y PARROQUIA SANTA MARÍA)

- ¿TE HACÍA ILUSIÓN PARTICIPAR EN ACTIVIDADES CON LAS PERSONAS MAYORES?

SI NO

- ¿TE HAS SENTIDO BIEN DURANTE LA REALIZACIÓN DE AMBAS VISITAS?

SI NO

- ¿TE HAN PARECIDO INTERESANTES O ENTRETENIDAS?

SI NO

- ¿QUÉ HAS APRENDIDO DE ÉSTAS ACTIVIDADES?

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN.

**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN SOBRE LA ACTIVIDAD
SALIDAS CULTURALES
(VISITA A LA BIBLIOTECA MUNICIPAL)**

- ¿TE HACÍA ILUSIÓN PARTICIPAR EN ACTIVIDADES CON LAS PERSONAS MAYORES?

SI NO

- ¿TE HAS SENTIDO BIEN DURANTE LA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD?

SI NO

- ¿TE HA PARECIDO INTERESANTE O ENTRETENIDA?

SI NO

- ¿QUÉ HAS APRENDIDO DE ESTA ACTIVIDAD?

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN.

ANEXO 3

REGISTRO DE PARTICIPACIÓN DIARIO

ACTIVIDADES						
RESPONSABLE						
GRUPO	USUARIOS DE LA RESIDENCIA SAN SEBASTIÁN					
RESIDENTE/FECHA	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	
NOTAS						

- + : LA REALIZA BIEN, MOTIVADO Y DE FORMA ASERTIVA
- +/- : LA REALIZA PERO CON AYUDA.
- : LA REALIZA MAL, APÁTICO O NO LA TERMINA.