

Atención de calidad para los mayores en el medio rural familiar



Experto Universitario
“Intervención en Calidad de Vida en Personas Mayores”

UNED: 2011/2012

Tutora: Martina Pérez Serrano

Autora: María Purificación López Bonillo

NIF: 27523644

Dirección: C/ Barranco nº 13 Arboleas (Almería)

C.P. 04660

E-Mail: plopezbo@dipalme.org

Teléfono: 678328838

Atención de calidad para los mayores en el medio rural familiar

INDICE

1. NATURALEZA DEL PROYECTO	3
1.1. Descripción	3
1.2. Marco Institucional	3
2. FUNDAMENTACION	5
3. ANALISIS DE LA REALIDAD	11
4. PLANIFICACION	18
4.1. Objetivos:	19
Objetivos Generales	
Objetivos Específicos	
4.2. Metodología	20
Coordinación	21
Actividades	21
Técnicas e instrumentos	24
4.3. Temporalización	25
4.4. Recursos	26
5. APLICACIÓN-EJECUCION	26
6. EVALUACION	35
7. CONCLUSIONES Y PROPUESTA DE MEJORAS	43

8. BIBLIOGRAFIA45

9. ANEXOS46

Atención de calidad para los mayores en el medio rural familiar

1. NATURALEZA DEL PROYECTO

1.1. Descripción.

La temática sobre la que se centra este proyecto de intervención es la atención y apoyo de cuidadores/as informales de personas mayores dependientes, para que dispongan de habilidades y conocimientos que les ayuden a tomar decisiones, resolver conflictos en el desempeño de su labor de cuidado, de manera que mejore la calidad de cuidado de la persona dependiente y por tanto su calidad de vida.

El cuidado informal es una realidad en la mayor parte de las familias de la comarca, donde desempeño mi trabajo como profesional, siendo necesario actual como medida de prevención de sobrecarga y prevención de posibles situaciones de claudicación.

Por ello, considero que es importante dotar de especial atención a todas aquellas personas que por elección propia —en la mayoría de los casos— o por obligación, han de hacer frente al cuidado de familiares dependientes. Al mismo tiempo, informar sobre la red de servicios y recursos propios de los SS.SS.CC y Especializados, en demasiadas ocasiones absolutamente desconocidos para quienes realmente los necesitan.

Este Proyecto de Intervención se abordará desde una dimensión psicológica, de la salud, de la ética y la gestión social, en el ámbito de los Servicios Sociales Comunitarios en el medio rural, para lo cual se realizará un estudio previo de la realidad y sobre la que ya se cuenta con datos fiables y reales que motivan la necesidad de intervención.

1.2. Marco Institucional.

El proyecto se enmarca en los Servicios Sociales Comunitarios, como primer nivel de atención a la sociedad, que tienen la finalidad de conseguir unas mejores condiciones de vida para el pleno desarrollo de los individuos y los grupos en los que se insertan mediante una atención integrada y polivalente, dando cumplimiento así a la Ley 2 de 4 de abril de 1988 de Servicios Sociales de Andalucía, por ser esta comunidad el ámbito geográfico en el que se desarrolla el proyecto de intervención.

En la Comunidad Autónoma Andaluza las Diputaciones han asumido estos servicios por delegación de la Junta de Andalucía, gestionando y coordinándolos en los municipios menores de 20.000 habitantes.

Desde el Área de Bienestar Social y a través del Servicio Provincial de Servicios Sociales Comunitarios, el IV Plan Provincial de Servicios Sociales Comunitarios es el referente Institucional para la planificación y desarrollo de las intervenciones comunitarias en respuesta a las necesidades sociales, organizativas y estructurales existentes, en colaboración y coordinación con los municipios menores de 20.000 hb. de la provincia.

La Diputación provincial de Almería gestiona y coordina los SS. SS. Comunitarios de los 97 municipios menores de 20.000 habitantes de la provincia, los cuales están distribuidos en 14 Zonas de Trabajo Social (demarcaciones geográficas que comprende número de habitantes con características socioculturales similares), entre las cuales se encuentra la Zona del Mármol compuesta por los siguientes municipios: Cantoria, Lijar, Albanchez, Cóbdar, Chercos, Macael, Laroya y Fines, distribuidos en cuatro UTS.

Partiendo del ámbito geográfico donde se ubica el proyecto es necesario centrar la programación de la intervención, teniendo en cuenta la planificación de la estructura organizativa donde vamos a intervenir, el IV Plan Provincial de Servicios Sociales Comunitarios 2009-2011 de la Diputación de Almería, que es el instrumento de carácter institucional y referencial para la planificación y desarrollo de las intervenciones comunitarias de los servicios sociales comunitarios, intervenciones de integración social relacionadas con los objetivos de los servicios sociales comunitarios e intervenciones

complementarias a la Ley de Dependencia. En coordinación y colaboración con los municipios menores de 20.000 habitantes de la provincia.

A nivel táctico el plan comprende tres ejes programáticos, los cuales se materializan en programas marcos, este proyecto se enmarca en el Eje Ciudadanos: Igualdad de oportunidades para todos, Programa de formación, atención y apoyo a cuidadores informales (Programa complementario a la Ley de Dependencia y vinculado a las prestaciones básicas de Ayuda a Domicilio y Convivencia y Reinserción. Se dirige prioritariamente a cuidadores informales así como a toda la población) y da respuesta al siguiente objetivo específico: Dotar a los cuidadores informales de conocimientos y habilidades que mejoren la atención y cuidados que prestan a las personas Dependientes.

2. FUNDAMENTACION.

El envejecimiento es un proceso complejo en el que se van produciendo cambios biológicos, psicológicos y sociales en la persona, que caracterizan esta etapa de la vida. Si bien no podemos generalizarlos, si debemos entenderlos como un proceso habitual. La etapa de la vejez presenta fases diferenciadas. En un primer estadio (60-65 años a 75-80 años), el nivel de autonomía personal es elevado necesitando algún apoyo para realizar las actividades de la vida diaria.

En un segundo estadio (a partir de los 80 años), la persona va perdiendo autonomía, afectando de manera importante al desarrollo de la vida diaria, necesitando ayuda cada vez en mayor número de tareas básicas de la vida diaria, llegando a no valerse por sí mismas a partir de los 90 años, necesitando apoyo continuado específico. (M^a Luisa Sarrate Capdevila 2006). El proceso del envejecimiento se caracteriza por un conjunto de fenómenos comunes, que caracterizan esta etapa de la vida.

Las condiciones de salud de la población anciana van degenerando con el paso del tiempo por múltiples factores, de carácter biológico, psicológico, social y ambiental que afectan en su conjunto al funcionamiento.

Para intervenir con personas mayores es necesario conocer el conjunto de fenómenos que afectan a la vejez y así poder tomar medidas que ayuden a prevenir y atender las distintas problemáticas, que se pueden derivar y que van a afectar a la calidad de vida del mayor.

A los efectos en la salud del mayor que se van produciendo en el proceso de envejecimiento, hay que añadir otras situaciones que aparecen a medida que avanza la edad, pasando de vivir de forma independiente y realizar múltiples actividades y tareas de forma autónoma, a necesitar ayuda en determinadas actividades necesarias para su vida diaria, desde una ayuda mínima como puede ser por ejemplo el acompañamiento en una gestión, hasta la necesidad de un grado importante y continuado de ayuda, por ejemplo en el aseo personal, al entrar en una *situación de dependencia*, necesitando el apoyo continuado de otros, para realizar las tareas básicas de la vida diaria.

La ley 39/2006 de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia la define como “*el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria*”.

Tradicionalmente ha sido la familia la encargada de proveer ayuda en esta etapa de la vida, sin embargo los cambios que ha sufrido nuestra sociedad en los últimos años, como el incremento del número de personas mayores con necesidad de cuidado, el trabajo de la mujer fuera del hogar, la reducción del número de miembros de las unidades familiares, los cambios en los modelos de familia, las familias monoparentales, parejas de hecho, etc., hacen necesario que las administraciones públicas, se planteen la necesidad de ofertar cuidados profesionales que den cobertura a esta nueva situación.

Las políticas sociales existentes en nuestro país que intentan responder a las necesidades de las poblaciones dependientes, se basan en la permanencia de estas

personas el mayor tiempo posible en su medio familiar, considerando como argumentos favorables, razones de tipo social y psicológicas, la permanencia en el hogar por un lado evita la ruptura con su entorno y por otro la pérdida de inserción social, y por lo tanto una respuesta más humana y menos costosa.

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en situación de Dependencia de 15 de diciembre 2006, ha supuesto un giro a estas políticas al reconocer el cuidado de las personas dependientes como un derecho subjetivo de ciudadanía. Supone articular una serie de recursos y prestaciones, orientadas a satisfacer las necesidades individuales y contempla la retribución de los cuidados familiares como una opción excepcional, optando por la profesionalización de los cuidados y atenciones.

No obstante la red familiar en el medio rural, continúa teniendo gran peso en la provisión de cuidados básicos en situaciones carenciales como enfermedad, envejecimiento, dependencia. En este ámbito se continua asumiendo el cuidado tradicional en el que el cuidador va adoptando su rol de forma progresiva, a medida que los mayores envejecen y van requiriendo cuidados, y es generalmente ejercido por mujeres como una extensión más de sus actividades domésticas.

Diversos trabajos, en el nuestro y en otros países, han reiterado una y otra vez la relevancia que tiene la ayuda familiar respecto a la prestada por los Servicios Sociales. En lo que hace referencia a España, Pura Díaz Vega (2002), expone que “el 63,8% de los cuidados que reciben las personas mayores son dispensados por los familiares cercanos (cónyuge e hijos), otros allegados (familiares y parientes) asumen el 8,1%, empleados de hogar se responsabilizan del 5,4%, otras personas (amigos y vecinos) asumen el 2% y los Servicios Sociales se encargan del 3,8% (casi el 20% no contestan o no saben). Estos informes también han ayudado a conocer quiénes y cómo son los cuidadores familiares. Concretamente, suelen ser mujeres (83%), de más de 45 años (70%) y suelen cuidar sin recibir ayuda de nadie (61,5%). Además de su relevancia, respecto a otras fuentes de ayuda y apoyo prestado por los familiares suele ser el preferido por la persona mayor y el que mejor se adecua a sus cambiantes necesidades”.

Los familiares consideran que el cuidado pertenece al ámbito estrictamente familiar, lo consideran una obligación moral, porque asumen las necesidades de sus mayores o por el deseo de mostrar reciprocidad o gratuidad a la persona que cuida, recurriendo solo a los Servicios Sociales o de Salud, cuando ya no pueden por sí mismos resolver los problemas que les ocasiona la atención de sus mayores.

En los últimos años la casuística del cuidado informal ha ido cambiando, si bien es cierto que aún hoy sigue recayendo sobre la mujer, hija o cónyuge de la persona cuidada. Y aunque las mujeres van ocupando puestos muy diversos, sigue siendo mayoritario el grupo que conforman las amas de casa. En la mayoría de los casos son personas que carecen de formación específica para los cuidados que realizan, carencia que se ve agravada por situaciones de dependencia cada vez más complejas y por el desconocimiento acerca de cómo afrontar los cuidados, lo que repercute de forma negativa en éstos y en la salud mental y física de la persona cuidadora.

Se trata de una labor de intensidad muy elevada, que exige una dedicación importante, en muchos casos de más de ocho horas al día todos los días del año, y que se prolonga de forma notable en el tiempo, en ocasiones durante años. Todo ello se traduce en complicaciones para la persona cuidadora para trabajar fuera de casa, para promocionar en su trabajo, para disponer de tiempo de ocio o vacaciones y, en consecuencia, en problemas familiares, de pareja, económicos y de salud, tanto psíquica como física.

Por estas razones, a las que se añaden la generalización de muy diversos modelos de familia, una mayor incorporación de la mujer al mercado de trabajo y un creciente número de personas dependientes, nos encontramos ante un fenómeno que genera una problemática a la que hay que hacer frente.

Siendo el objeto de intervención de este proyecto la capacitación de las personas cuidadoras, para que pueda proporcionar una atención de calidad al mayor en su entorno, es necesario aclarar algunos conceptos básicos que facilitarán la comprensión del tema. Entre ellos, los siguientes:

- a) Los **cuidadores no profesionales** de personas en situación de dependencia son aquellas personas (familiares o amigos) que prestan a una persona con dependencia los apoyos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas y aquellas otras necesidades derivadas de su condición de dependencia. (Guía Cuidado del Cuidador)
- b) El cuidado, denominado **el cuidado informal** que para Riviera (2006), significa lo siguiente *“es la atención no remunerada que se presta a las personas con algún tipo de dependencia psicofísica por parte de los miembros de la familia u otros sujetos sin otro lazo de unión ni de obligación con la persona dependiente que no sea la amistad o el de buena vecindad”*. La mayoría de los estudios recogen que la ayuda a los mayores especialmente cuando son dependientes está desempeñada por familiares, al que se denomina cuidador/a principal, que es la persona de la unidad de convivencia que habitualmente se encarga de cuidar la salud de las personas dependientes, sin recibir retribución económica a cambio. Este tipo de cuidado se basa en relaciones afectivas y de parentesco.

Según (Duran, 1999), el *“trabajo” de cuidar incluye atención personal e instrumental, vigilancia y acompañamiento, cuidados sanitarios, y la gestión y relación con los servicios sanitarios*. Cuidar también supone *dar apoyo emocional y social*. En definitiva, cuidar significa *“encargarse de”* las personas a las que se cuida. *El “coste” de cuidar es mucho más amplio que el resultado de sumar horas dedicadas a determinadas tareas”*

Otros estudios han puesto de manifiesto las necesidades de las personas cuidadoras principales y los problemas de salud y socio familiares que padecen a consecuencia de los cuidados de larga duración. Se constata así mismo *“la importancia crucial de su rol de cuidador familiar porque aborda de forma integral la salud de las personas en situación de dependencia, prevención de la sobrecarga y la claudicación familiar, así como la necesidad de coordinar la atención social y sanitaria.”* Tal como lo exponen estos autores (Schulz, Belle, Czaja, McGinnis, Stevens & Zhang 2004; Schulz y Beach, 1999; Delicado, 2003; Durán, 2004; MTAS, 2004; López Orueta, Gómez-Castro, Sánchez, Carmona y Alonso, 2009).

Normalmente la persona cuidadora, afronta esta responsabilidad sin una preparación adecuada, no ha adquirido las destrezas suficientes para cuidar al familiar, especialmente cuando la situación de dependencia se produce de repente por una enfermedad o un accidente o por un proceso degenerativo progresivo.

Las carencias más comunes que presentan los cuidadores cuando se convierten en tales son:

- Desconocimiento acerca de la dolencia que afecta a nuestro familiar y la forma en que se deben prestar los cuidados que va a necesitar.
- Ausencia de conocimientos y habilidades desarrolladas para minimizar el impacto de los cuidados en nuestra salud y bienestar.
- Falta de destrezas desarrolladas para apoyar en las a Actividades de la Vida Diaria y en las necesidades concretas de nuestro familiar.
- Desconocimiento del alcance de los cuidados que deben prestarse y de la responsabilidad que se adopta, así como de los posibles impactos que ello tendrá en nuestra vida y en la de nuestra familia.

Teniendo en cuenta la necesidad de cuidados que genera la situación de dependencia de un familiar, ello afecta al grupo de convivencia, debido a los cambios que se producen. Esto es, el asumir los nuevos roles; la adopción de responsabilidades que en ocasiones provocan tensiones; las dificultades que se generan en las relaciones y en la comunicación.

De los estudios realizados en relación al cuidado de personas mayores, se deduce que no hay un patrón único de afrontamiento de las situaciones de cuidados por parte de los cuidadores, el modo de percibir y afrontar las tareas de cuidado varía de unas personas a otras, incluso para una misma persona cuidadora dependiendo ello de la fase de cuidados que la persona dependiente necesite.

3. ANALISIS DE LA REALIDAD.

El proyecto se desarrolla en el municipio de Fines en la provincia de Almería, geográficamente se encuentra ubicado en el norte de la provincia, es decir en el Valle del Almanzora. Su extensión es de 21 km cuadrados. Pertenece a la Zona de Mármol. Esta zona tiene una población de 14.386 habitantes, de los cuales 2.637 son mayores de 65 años, siendo el 18% de la población total. Datos facilitados por el Informe Sociodemográfico 2011 de Diputación Provincial de Almería.

El proyecto de intervención lo centraremos en la UTS3, en el municipio de Fines de 2.371 habitantes de los cuales 295 son mayores de 65 años, un 12% del total la población. El proyecto es una experiencia, que se pretende realizar en el municipio y posteriormente hacerlo extensible al resto de los municipios de la Zona de Trabajo Social en Mármol.

Para llevar a cabo la intervención es necesario realizar un estudio de la población mayor de 65 años del municipio de Fines, concretamente la población valorada de la situación de dependencia siguiendo las normas de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, en los siguientes grados: 1.- Grado III Nivel 1, Grandes dependientes (cuando la persona necesita ayuda para realizar las varias actividades básicas de la vida diarias varias veces al día y, por su pérdida total autonomía física, mental, intelectual o sensorial necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona). 2.- Así mismo en el Grado II Nivel 1 y 2, dependientes severos (cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador), por ser estos grados y niveles de dependiente los que actualmente tienen reconocidos servicios y prestaciones de dependencia y que permanecen en su medio por la característica de estos.

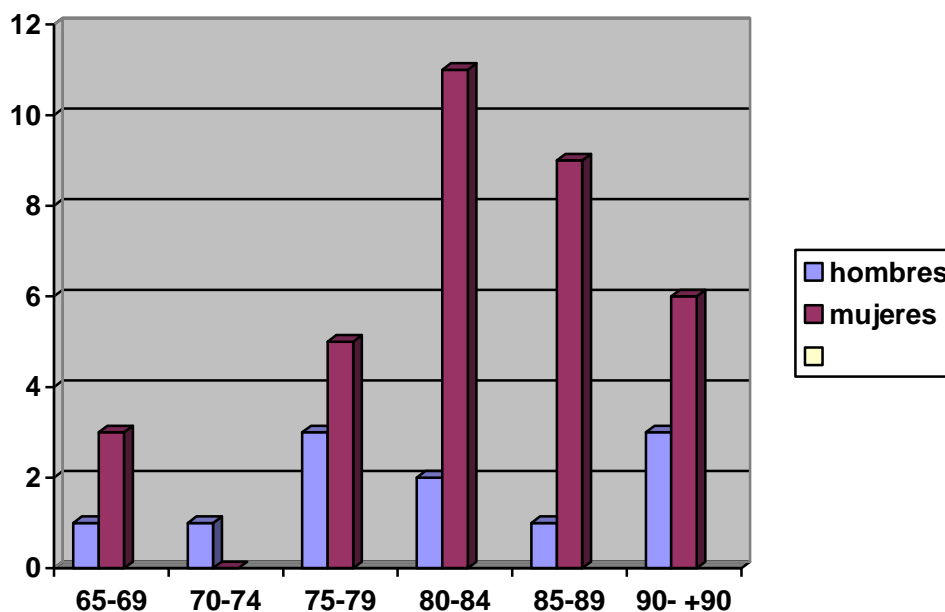
La población valorada con dependencia Grado III Nivel, 1 y 2, con el Grado II Nivel 1 y 2, en total son 58 beneficiarios tienen prestación económica para cuidados en el entorno familiar. Para 25 beneficiarios se les reconoce apoyo de cuidadores no profesionales, esto es Servicio de Ayuda a Domicilio con apoyo familiar. Datos recogidos de la historia social SIUSS de la UTS3 del Centro de Servicios Sociales Comunitarios.

El análisis de la realidad lo centraremos por un lado, en la población mayor de 65 años, que cumpla estas condiciones y por otro lado, en las características de la persona cuidador/a informal que atiende sus necesidades en el ámbito familiar.

Para esta fase de estudio se utilizarán técnica de consulta, observación y entrevista, utilizando como instrumentos el Informe Social (Anexo 2), y el Programa Individual de Atención (PIA) (Anexo3) más un cuestionario dirigido a los cuidadores familiares de las personas mayores dependientes.

Las características que presenta esta población mayor dependiente son:

Número de personas dependientes según edades y sexo

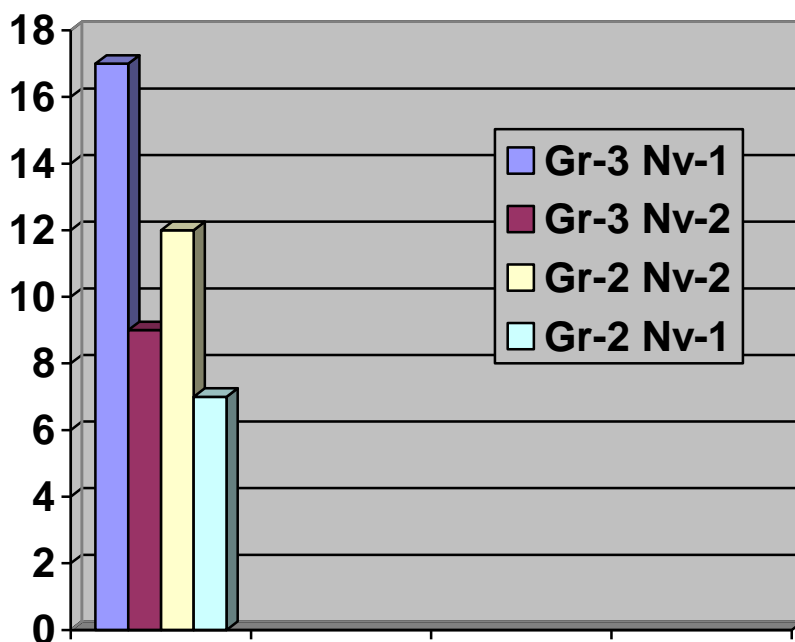


Las características que presenta la población dependiente en el municipio de fines responden a un patrón clásico de distribución de población para estas edades. Por un lado destacar el mayor número de usuarios mujeres, que podemos achacar seguramente a que la esperanza de vida en mujeres es mas alta en entornos rurales, de ahí que la diferencia sea sustancialmente significativa. 35 mujeres frente a 11 hombres usuarios de este servicio, denota claramente que en población general para estas edades es mucho mayor la presencia de mujeres que de hombre. En conclusión, existen más usuarias porque la población de mujeres es también más alta. Aunque no debemos

descartar otros factores que no se han estudiado en este trabajo, puesto que la diferencia tampoco correlaciona de un modo tan lineal entre porcentaje de población por sexos, y usuarios del servicio de dependencia.

Por otro lado, la población se distribuye a lo largo de la gráfica en forma de campana. Esto podemos atribuirlo por un lado a que hasta edades por debajo de 75 años, aún se dispone de un estado de salud aceptable, y por otro a la escasez de personas mayores de 90 años, y por tanto también de dependientes.

Número de mayores dependientes, según grado (Gr) y nivel de dependencia (Nv)



De los datos de esta gráfica podemos deducir que existe una diferencia significativa entre las personas valoradas en un Grado III, nivel 1, y el resto de valoraciones. Sería interesante para una correcta interpretación atender a la fecha en que se produjeron estas valoraciones. Puesto que por un lado, los dependientes más graves tuvieron un acceso más temprano al servicio de valoración, tiempo que coincidió con la implantación de esta ley, y donde los valoradores y criterios estaban aún en un proceso de ajuste propio de las primeras aplicaciones de esta ley.

Valoraciones que se produjeron en fechas posteriores, y también a consecuencia de las dificultades y ajustes propios de la situación económica por un lado, y por otro las

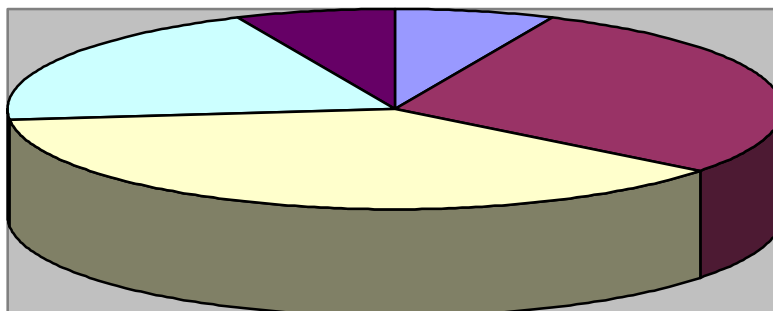
exigencias propias de un servicio que tiende a ser cada vez mas especializado, documentado, exigente y preciso podrían incidir en que se diesen valoraciones de grado dos, e incluso personas que pertenecen a estos grados pero que aún no han sido valoradas, y en consecuencia cuantificadas.






No obstante estas valoraciones hay que interpretarlas con la preceptiva cautela, puesto que se trata de apreciaciones subjetivas que se suelen comentar entre los propios trabajadores de estos servicios, y no contamos con un análisis pormenorizado y objetivo de los datos.

Las características de la persona cuidadora de la población mayor de 65 años dependiente son:

- a) Cuidadoras. Número de cuidadoras según su edad. Total 45 cuidadoras

La lógica de la siguiente gráfica es sencilla. Normalmente la persona cuidadora de un dependiente suele ser un hijo/a, y mas concretamente una hija, por tanto es normal que la mayor incidencia se produzca entre cuidadoras de 50 a 60 años, puesto que sus



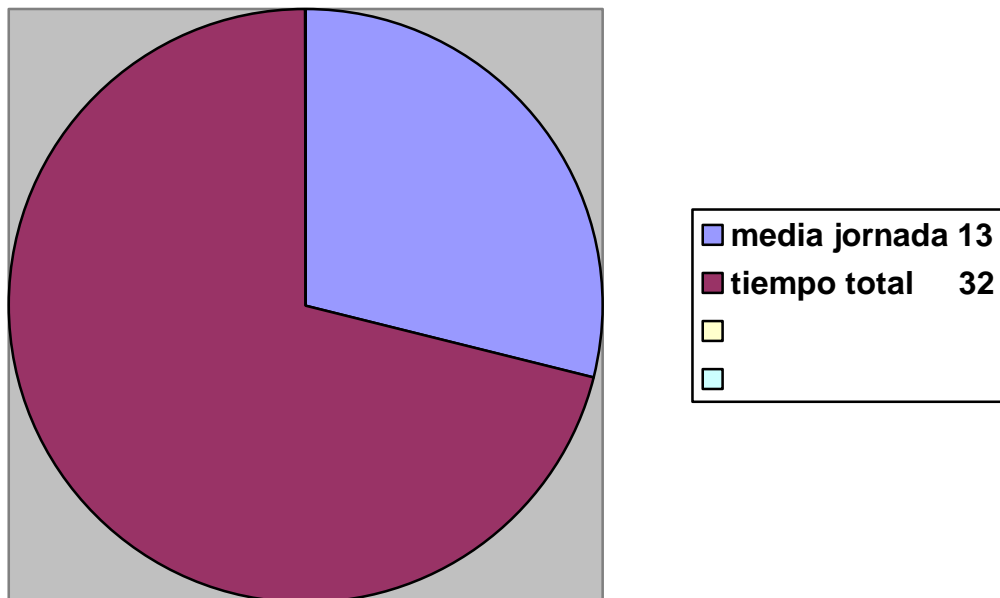
	menor de 40	3
	de 40 a 49	13
	de 50 a 59	17
	de 60 a 69	9
	mayor de 70	3

progenitores tienen en este caso entre 20 y 30 años más que ellos, justo en la población en que más casos de personas dependientes se dan, como podemos apreciar en la gráfica primera

Es lógico por el mismo razonamiento que sea escasa la presencia de cuidadoras en el entorno familiar menores de 40 años y mayores de 70 y en cualquier caso podríamos estudiar la relación de parentesco que en este caso se produce entre cuidador y dependiente.

Por otro lado la inmensa mayoría de los cuidadores son mujeres, esto podemos atribuirlo por un lado a la tradición familiar, de que el cuidado de los mayores corresponde a las hijas o nueras, y por otro a que esta tradición está mucho más arraigada en entornos rurales como el que estamos estudiando.

b) Cuidadores. Según el tiempo dedicado al cuidado.



En línea con todos los datos anteriores, si estamos hablando mayoritariamente de cuidadoras de edades de 50 años en adelante, nos estamos refiriendo a una población que tradicionalmente no se incorporó al mercado de trabajo en su momento, siendo

posible entenderse que su trabajo consistía en labores domésticas o de cuidado de los demás, y que ahora asuman como trabajo el cuidado de los mayores. De este modo, aunque consideramos este trabajo como tal, reconocido estadísticamente no lo está, y además se entiende dedicación a tiempo total puesto que son cuidadoras que están atentas a la persona dependiente durante la mayor parte del tiempo por necesitar supervisión, suplencia o ayuda en tareas básicas de su vida diaria según está recogido en el PIA de cada dependiente.

Cuidadoras que disponen de apoyos complementarios en el cuidado del dependiente (otros familiares, cuidadores profesionales, apoyo vecinal, SAD), en total son 19 cuidadoras.

Las cuidadoras que participan en asociaciones, actividades culturales, ocio o cualquier otra actividad comunitaria en total son 15 cuidadoras

Respecto a tener o haber adquirido algún tipo de formación como cuidador/a (cursos, charlas), solo 6 cuidadoras habían asistido a una charla informativa sobre cuidados de dependientes.

Otra variable a tener en cuenta en la población objeto de estudio, han sido los mayores dependientes en total 34 mayores dependientes a los cuales tuvieron en su Programa Individual de Atención, como objetivo de intervención respecto a la unidad de convivencia el *“Ofrecer información y ayuda profesional a los cuidadores no profesionales tanto en las dificultades y/o problemas que puedan derivarse en la atención a la persona dependiente como para la prevención de situaciones de claudicación y sobrecarga”*.

Analizando los datos recogidos en el estudio de la realidad de las personas mayores dependientes, que reciben los cuidados de un familiar y que han sido valorados de acuerdo a la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención; nos referimos a las personas en situación de dependencia como Grandes Dependientes y Dependientes Severos, de los cuales unos necesitan suplencia para realizar todas o algunas de las actividades básicas de la vida diaria y otros ayuda en

todas o en algunas de estas tareas, están recibiendo una atención de media jornada o jornada completa, siendo necesaria supervisión constante para evitar riesgos como es el caso de las personas con algún tipo de demencia.

Se aprecia que estas personas están siendo cuidadas por familiares en la mayoría de los casos por mujeres, que comparten su tarea de cuidado con otras cargas familiares (hijos, marido, nietos y otros mayores), tareas del hogar y en ocasiones jornada laboral fuera de casa, circunstancias que van generando una sobrecarga que afecta al estado psicológico, emocional y físico. Así mismo, se ven afectadas en sus condiciones personales dado que según sean las características personalizadas que requieran los cuidados que han de proporcionar junto con los recursos, las habilidades y conocimientos de que disponen para hacer frente a las situaciones a las que se enfrentan. La persona mayor dependiente, por lo general, también depende de la capacidad de resolución y de cómo afronta el cuidador/a la situación, convirtiéndose en la razón principal que justifica la necesidad de proyectos o actuaciones que den respuesta y favorezcan la capacitación de los cuidadores en su medio, donde realizan su labor de actuación y atención con el fin de promover la calidad de la atención y el cuidado que requieren las personas mayores dependientes, muy especialmente en los entornos rurales, donde los servicios son más escasos y están afectados por factores como la distancia geográfica, dificultades de medios de transportes públicos y las creencias culturales de responsabilidad familiar.

4. PLANIFICACION

La planificación que se propone es una planificación concreta porque se refiere a un proyecto que es el nivel mayor de concreción en la planificación, aunque como se indicaba en el encuadre institucional forma parte de la planificación específica dentro del “Programa de formación, atención y apoyo a cuidadores informales” junto con otros programas a través de los cuales se desarrollan las prestaciones básicas de los Servicios sociales Comunitarios. Estos, forman parte del Eje Igualdad de Oportunidades para todos, dentro del cual forma parte el IV Plan Provincial de los Servicios Sociales Comunitarios de la Diputación Provincial de Almería, desde donde se halla en concreto

el nivel de Planificación general. Este plan abarca tres ejes programáticos de actuación, a saber:

1. Organización y funcionamiento.
2. Ciudadanos: Igualdad de oportunidades para todos.
3. Competencia institucional.

Centrándonos en el nivel de planificación en que se basa nuestra intervención, esta es una planificación concreta en la que se determinan las actividades específicas que nos van a llevar a lograr los objetivos propuestos en el proyecto.

Según la dimensión temporal es una planificación próxima a corto plazo (se establece un periodo de duración de 6 meses), además es una planificación a nivel local porque se desarrolla a nivel municipal desde la administración local, ya que los destinatarios son los cuidadores de las personas mayores dependientes del municipio de Fines. Y más en detalle al sector gerontológico.

4.1. Objetivos:

Objetivos generales:

- Apoyar el mantenimiento y mejora de la calidad de vida de los/as cuidadores/as familiares de personas mayores dependientes.
- Mejorar la calidad de los cuidados que las personas cuidadoras proporcionan a las personas mayores en situación de dependencia.

Objetivos específicos:

- Transmitir los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias a los cuidadores que les capaciten para llevar a cabo un cuidado integral de los mayores dependientes con técnica y calidad.

- Sensibilizar a las cuidadoras de la importancia que tiene el hecho de aprender a dar y recibir ayuda tanto por su parte como por la parte de la persona cuidada
- Apoyar emocionalmente y facilitar la adquisición y desarrollo de habilidades personales que salvaguarden la salud emocional y ayuden a afrontar la relación del “cuidador-cuidado-entorno”.
- Acercar la información sobre recursos sociales comunitarios y especializados a todos los cuidadores/ras en el medio donde desempeñan su labor.
- Proporcionar un espacio de encuentro que permita a las personas cuidadoras que lo deseen el desahogo emocional mediante el intercambio periódico de experiencias

4.2. Metodología.-

El método implica el modo de proceder para alcanzar los objetivos propuestos para conseguir el fin que se persigue. Comprende las actividades, tareas, los modos y formas de hacer apoyándose en los materiales y recursos necesarios para llevar a cabo la acción. De todos modos, se trata de un proceso secuenciado y continuado en un periodo de tiempo determinado que conduce a conseguir unos resultados.

La intervención se realizará en dos niveles: a nivel individual, atendiendo a las características y necesidades individuales de cada destinatario, y a nivel grupal, para compartir las necesidades, intereses comunes, favoreciendo lo más posible la participación en el desarrollo de las actividades, adaptándolas a sus propias necesidades de manera que lo aprendido se lleve a la práctica en la dinámica de la vida diaria y facilite la reflexión de lo aprendido, favoreciendo el intercambio de experiencias de manera que se estimule el proceso de cambio de forma individual y se alcance la cohesión del grupo, para poder continuar un proceso de autocuidado como grupo independiente a través de la creación de “un grupo de autoayuda”.

Coordinación:

Coordinación interna:

- Se mantendrán reuniones entre los técnicos que desarrollan el taller al inicio y al final del mismo.
- Una reunión inicial con la profesional de salud, para presentar el proyecto e informar sobre el grupo destinatario del taller y a su vez solicitar su colaboración, más otra reunión destinada a valorar cada una de las sesiones desarrolladas.
- Otra reunión con la psicóloga del equipo, para informar sobre las características del grupo y el proceso de desarrollo del taller así como otra reunión posterior para valorar a cada una de las sesiones.

Coordinación externa:

- Se celebrará una reunión informativa inicial por parte de la Coordinadora del proyecto, con los responsables políticos municipales y responsables del Centro de Salud. Y al finalizar, para informar sobre el desarrollo, conclusiones y valoración

Actividades:

Fase inicial

1.-Esta es la primera fase de desarrollo del proyecto, en ella se pretende darlo a conocer a las distintas instituciones implicadas, responsables políticos del Ayuntamiento (Concejala de Servicios Sociales) y responsables del Consultorio Médico (dos médicos de familia y un ATS) y solicitar la colaboración de profesionales que intervienen con los destinatarios desde otras áreas, en este caso Salud.

Concretamente la colaboración de la ATS del Consultorio Médico, ya que interviene directamente con los principales beneficiarios del proyecto, las personas mayores dependientes .Y parte de los contenidos a tratar en la formación de los cuidadores/as son específicas de las funciones y competencias de esta área y de esta profesión. Para esta actividad se utilizara la técnica de reunión.

2.- Presentación del proyecto a las personas cuidadoras a través de visita a domicilio. Durante la visita se informa sobre el proyecto, el taller y su contenido, facilitándole un díptico del Taller y se le pasa la “Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit” (Anexo 1)

3.- Selección del grupo de intervención, de acuerdo a las siguientes prioridades:

- Cuidadoras que presenten mayor nivel de sobrecarga de acuerdo a los resultados de la Escala de Zarit.
- Cuidadores de personas mayores que tenga fuera del Programa Individual de Atención como objetivo de intervención en relación al grupo de con vivencia. “Ofrecer información y ayuda profesional a los cuidadores no profesionales tanto en las dificultades y/o problemas que puedan derivarse en la atención la persona dependiente como para la prevención de situaciones de claudicación o sobrecarga”.
- Cuidadores que manifiesten necesidad de formación y apoyo en atención y cuidado de su familiar.

4.- Realización de ficha de inscripción e información del calendario de desarrollo y lugar.

Fase de desarrollo

Taller “**La atención integral del mayor dependiente en el ámbito familiar**”, el taller se desarrollará en sesiones semanales de 1h y 30’, durante los meses de mayo y junio.

Programación de la temática a desarrollar en cada sesión:

- 1ª Sesión. Proceso de envejecimiento y promoción de la autonomía personal. Situación de dependencia y actividades básicas de la vida diaria.
- 2º Sesión. Hábitos y cuidados básicos de salud en las personas mayores dependientes.

3º Sesión. Movilizaciones y cambios posturales.

4º Sesión. 5º Sesión .Cuidados del cuidador. Manejo de situaciones con personas dependientes.

6º Sesión. Recursos y servicios de apoyo familiar en el cuidado del mayor.

7º Sesión. Los grupos de autoayuda

Fase Final

En esta fase llegamos prácticamente al final del desarrollo de las actividades en que participan directamente los destinatarios del proyecto. Etapa en la que se espera haber obtenido la cohesión del grupo, alcanzando un óptimo grado de confianza y de intercambio de experiencias y relación, que les permita ver los beneficios personales y a nivel de grupo de actividades de este tipo, así como la ayuda que suponen para su vida diaria, siendo el momento de proponer la constitución inicial de “un grupo de autoayuda” entre las personas cuidadoras que lo deseen, para favorecer el desahogo emocional y el intercambio de experiencias periódicamente, para ello se realizará una reunión dirigida por la Trabajadora Social coordinadora del proyecto.

Técnicas e instrumentos:

<u>- Técnicas:</u>	<u>- Instrumentos:</u>
--------------------	------------------------

Reunión Entrevista Visita a Domicilio Taller: exposición dialogada, Role-playing, dramatización Training group, Lluvia de ideas.	Historia social (SIUSS) Informe Social Programa Individual de Atención Cuestionario Escala Diagrama de Grant Graficas Power point Video Cuestionarios Valoración destinatarios. Ficha seguimiento taller. Ficha de reuniones
--	---

4.3. Temporalización:

Fase	Actuaciones	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
Fase Previa	Recogida de datos. Consulta documentación Análisis de la realidad						
Fase Inicial	- Presentación proyecto a responsables políticos y salud. - Presentación a cuidadoras. - Selección del grupo de intervención - Inscripción participante en taller.						

Fase de Desarrollo	A nivel individual : Asesoramiento familiar Seguimiento. A nivel grupal: Taller “La atención integral del mayor dependiente en el ámbito familiar”.						
Fase Final	Inicio Grupo autoayuda Evaluación Memoria						

4.4. Recursos

Recursos		
Humanos	Trabajadora Social Centro de Servicios Sociales Comunitarios UTS3, ATS Centro de Salud, Psicóloga Equipo Interdisciplinar Centro de Servicios Sociales Comunitarios.	
Materiales	<i>Infraestructura y equipamientos</i>	-Despacho de la UTS3 de Servicios Sociales Comunitarios. -Salón de actividades de la biblioteca municipal (equipado con sillas y mesas).
	<i>Útiles Profesionales</i>	Ordenador, proyector, pantalla, camilla. Ayudas técnicas: andador, silla de ruedas, grúa... Material fungible: folios, carpetas, bolígrafos
Financieros	No requiere financiación ya que el proyecto se realiza en horario de trabajo, forma parte de la planificación anual y esta dentro de las funciones y competencias de los profesionales que intervienen tanto desde Servicios Sociales Comunitarios como desde Salud.	

5. APLICACIÓN- EJECUCION.

La ejecución del proyecto es el momento en que se lleva a cabo lo planificado, llevamos a la práctica las actividades programadas, para ello hemos desarrollado las actividades planteadas de acuerdo al calendario establecido, habiendo encontrado a lo largo del proceso inconvenientes o problemas, que han hecho necesario modificaciones o reformulaciones del planteamiento de las actividades, adaptándonos a las circunstancias. La ejecución del proyecto comprende tres fases, en las que se desarrollan las actividades y tareas necesarias para lograr alcanzar los objetivos propuestos.

Fase Inicial

Esta es la fase en la que comenzamos a preparar el desarrollo del proyecto, comprende las siguientes actividades:

- 1.- Diseño del díptico informativo del taller. “La atención integral del mayor dependiente en el ámbito familiar”.
- 2.-Presentación del proyecto a nivel institucional.

Esta es la primera fase de desarrollo del proyecto, en ella se ha dado a conocer a las distintas instituciones implicadas, responsables políticos del Ayuntamiento (Concejala de Servicios Sociales) y responsables del Consultorio Médico (dos médicos de familia y un ATS) y se ha solicitado la colaboración de los profesionales que intervienen con los destinatarios desde otras áreas, en este caso Salud.

Concretamente la colaboración de la ATS del Consultorio Médico, ya que interviene directamente con los principales beneficiarios del proyecto, las personas mayores dependientes. Y parte de los contenidos a tratar en la formación de los cuidadores/as son específicas y relativas a las funciones, competencias de esta especialidad y de esta profesión.

Para esta actividad se utiliza la técnica de reunión.

3.- Presentación del proyecto a las personas cuidadoras.

Una vez determinado el grupo de población sobre la que queremos actuar: “personas cuidadoras de mayores dependientes”, la actividad que llevamos a cabo es la presentación del proyecto de intervención, con la finalidad de hacer a las personas cuidadoras partícipes de él, ya que son los protagonistas y es necesario que se sienta como tales para que se impliquen.

La técnica utilizada en esta actividad es la visita a domicilio. Contamos con la ventaja de conocer a las cuidadoras, ya que han sido las representantes de los usuarios dependientes. Así mismo con las que se ha programado la atención individualizada de sus respectivos dependientes, con lo cual la visita forma parte del seguimiento del dependiente lo que nos permite acceder con facilidad al personal diana de este nuevo proyecto, proporcionando información directa y observación sobre el medio. A la vez que informamos sobre como pretendemos ayudarles a que desarrollen su labor de cuidado, cuidándoles, para ello se les hace entrega de un díptico informativo del taller que iniciamos próximamente y pasamos un cuestionario (cuestionario de Zarit), con el que se pretende valorar la sobrecarga de los cuidadores/as.

La técnica utilizada en esta actividad es la “Visita a Domicilio” y utilizamos como instrumentos el díptico del taller y el cuestionario en el que recogeremos la información necesaria para valorar la sobrecarga de los cuidadores/as.

4.- Selección del grupo de intervención, de acuerdo a las siguientes prioridades:

Para desarrollar esta actividad de selección del grupo participante en el taller, ha sido necesario priorizar entre las personas cuidadoras visitadas, con la finalidad de acotar el grupo de trabajo y que este fuese operativo. Para ello se ha priorizado en los siguientes indicadores:

- Cuidadoras que presenten mayor nivel de sobrecarga de acuerdo a los resultados del cuestionario de Zarit
- Cuidadores de personas mayores que tengan el Programa Individual de Atención. El objetivo de intervención en relación al grupo de convivencia es:

“Ofrecer información y ayuda profesional a los cuidadores no profesionales tanto en las dificultades y/o problemas que puedan derivarse en la atención a la persona dependiente como para la prevención de situaciones de claudicación y sobrecarga”.

- Cuidadores que manifiesten necesidad de formación y apoyo en atención y cuidado de su familiar.

5.- Realización de ficha de inscripción e información del calendario de desarrollo y lugar. Se realiza la convocatoria a través de llamada telefónica, se contacta con cada una de las cuidadoras y se les comunica el lugar de celebración y el horario: El Martes a las 16 horas a las 17:30 horas durante los meses de mayo y junio en el salón de reuniones de la biblioteca municipal. Se les proporciona la ficha de inscripción y se pide confirmación de su asistencia.

Fase de desarrollo

En esta fase ya contamos con un grupo seleccionado de 25 cuidadoras con las cuales iniciamos una intervención a nivel individualizado y una intervención a nivel grupal.

- A nivel individual :

Se ha mantenido asesoramiento individualizado a la persona cuidadora y al grupo de convivencia, como unidad familiar a la que afecta y a su vez incide en el cuidado del dependiente y en la dinámica de vida diaria del cuidador/ra.

La información y orientación se ha ajustado al momento y necesidades que presenta cada familia, en relación con la situación de prestación de cuidados.

La capacidad de escucha en todo el proceso es esencial, para poder ofrecer un asesoramiento adecuado a cada familia en los distintos momentos del proceso. Igualmente es crucial adaptarnos a la capacidad de cada familia o cada cuidador, garantizando la facilidad de asimilación y claridad en los mensajes.

Para llevar a cabo esta actividad de asesoramiento individualizado, se han realizado visitas domiciliarias de seguimiento, en distintos momentos para controlar como afecta y como se lleva a la práctica los conocimientos y habilidades adquiridas en la formación grupal que se les proporciona en el taller de formación.

Además se ha atendido en el Servicio de Información cualquier consulta puntual a demanda de las personas cuidadoras.

Se ha realizado derivación de dos cuidadoras al Programa Familia y Convivencia, para que valoren desde el equipo interdisciplinar del centro la posibilidad de intervención, por considerar que requiere apoyo psicológico especializado.

- A nivel grupal:

Se desarrolla el Taller

“La atención integral del mayor dependiente en el ámbito familiar”.

Desarrollo del taller:

Sesión	Profesional que la desarrolla	Contenidos	Técnicas	Objetivo
<p>1ª Sesión. Día 15 de mayo.</p> <p>Presentación</p> <p>Proceso de envejecimiento y promoción de la autonomía personal. Situación de dependencia y actividades básicas de la vida diaria.</p>	<p>Trabajadora Social ATS Psicóloga</p> <p>Trabajadora Social</p>	<p>Hacen una breve descripción del taller: temas a tratar en las sesiones que comprende y profesionales que las trabajarán.</p> <p>- Envejecimiento y características. - Mantenimiento de la autonomía personal en la vida diaria y dependencia. - ¿Como ayudar al dependiente sin hacerlo más dependiente?</p>	<p>Técnica de Presentación del grupo</p> <p>Exposición</p> <p>Trining group</p>	<p>Dar a conocer a los participantes y lograr un clima de confianza.</p> <p>Ayudar a los participantes a tomar conciencia y reflexionar sobre su propio comportamiento, confrontar actitudes y posibles cambios.</p>
<p>2ª Sesión. Día 22 de mayo.</p> <p>Hábitos y cuidados básicos de salud en las personas mayores dependientes.</p>	<p>A.T.S. Centro Salud</p>	<p>Cuidados básicos de las personas mayores, principales problemas que surgen con el deterioro y hábitos saludables: Alimentación.- Dieta sana.- Evitar la deshidratación.- La higiene:- Recomendaciones ...</p>	<p>Exposición</p> <p>Observación video</p> <p>Discusión guiada</p>	<p>Facilitar habilidades que puedan utilizar en su función de cuidado e intercambio de experiencias.</p>

<p>3º Sesión. Día 29 de mayo. Movilizaciones y cambios posturales</p>	<p>A.T.S. Centro Salud</p>	<p>Movilizaciones y transferencias de distintos tipos y posiciones, sobre la que se han realizado los comentarios oportunos y prácticas entre los participantes del taller.</p>	<p>Exposición Observación diapositivas Ejercicios prácticos.</p>	<p>Proporcionar técnicas que faciliten la labor de cuidado que realizan.</p>
<p>4º Sesión. Día 5 de Junio. 5º Sesión. Día 12 de Junio Cuidados del cuidador. Manejo de situaciones con personas dependientes.</p>	<p>Psicóloga</p>	<p>1.¿Qué puede hacer un cuidador para cuidar mejor de sí mismo? 2.. ¿Cuidar de sí mismo mejora el cuidado de una persona mayor? 3. ¿Qué señales pueden ser consideradas señales de alerta? 5.¿Cómo pedir ayuda? 4. ¿Cómo actuar ante las señales de alerta? 7. .Poner límites al cuidado 6.¿Cómo solicitar ayuda profesional?</p>	<p>Exposición Retrato- Robot</p>	<p>Ayudar a conocerse mejor y proporcionar habilidades para afrontar situaciones en la vida diaria sin que le afecten emocionalmente.</p>
<p>6º Sesión. Día 19 de junio. Recursos y servicios de apoyo familiar en el cuidado del mayor. Ayudas Técnicas</p>	<p>Trabajadora Social</p>	<p>Introducción. Ley de Dependencia Servicios y Prestaciones del SAAD. Otros Servicios y Prestaciones (Igualdad y Bienestar Social y Salud) Adecuaciones y utensilios.</p>	<p>Exposición Discusión guiada</p>	<p>Dar a conocer los recursos públicos y privados que pueden ayudarles en su responsabilidad de cuidado y donde pueden pedir ayuda.</p>

7º Sesión. Día 26 de junio. Los grupos de autoayuda. Clausura	Trabajadora Social	Reflexión sobre necesidades de los cuidadores/as, la importancia de recibir apoyo, ¿Qué es un grupo de autoayuda? Beneficios y funcionamiento.	Exposición Rolle- playing	Reflexión sobre sus situaciones personales y como pueden afrontarla
---	--------------------	--	------------------------------	---

Fase Final

En esta fase llegamos prácticamente al final del desarrollo de las actividades en que participan directamente los destinatarios del proyecto. Etapa en la que se espera haber obtenido la cohesión del grupo, alcanzando un óptimo grado de confianza y de intercambio de experiencias y relación que les permita ver los beneficios personales y a nivel de grupo de actividades de este tipo, así como la ayuda que suponen para su vida diaria, siendo el momento de proponer la constitución inicial de “un grupo de autoayuda” entre las personas cuidadoras que lo deseen, para favorecer el desahogo emocional y el intercambio de experiencias periódicamente.

Información sobre la constitución de un grupo de autoayuda.

Se realiza una reunión dirigida por la Trabajadora Social coordinadora del proyecto, en la que participan todas las personas cuidadoras que habían manifestado su interés en participar de esta formación.

Este grupo se plantea de forma informativa, pero sobre todo desde un punto de vista práctico y dinámico en cual se aprovechen las experiencias de los participantes. Se desarrolla siguiendo una serie de premisas que se consideran fundamentales. Tales como:

- Desculpabilización.
- Formación.
- Capacitación.
- Motivación.

La metodología de trabajo será muy dinámica, dando a todos los participantes la oportunidad de dar su opinión siendo pues muy activos en la expresión de sus pensamientos, sentimientos, miedos y deseos. Los temas a tratar de modo transversal serán:

1. La autoestima: como suma de la confianza y del respeto por uno mismo.

2. La empatía: como la participación afectiva junto al dependiente, sin llegar a ser superado por la emotividad de la situación. La capacidad de ponerse en el lugar de los demás y a ver las cosas desde su misma perspectiva, sin implicarse emocionalmente.
3. Autocontrol: como la capacidad de actuar de acuerdo con lo que deseamos, evitando las consecuencias negativas que puede tener nuestra conducta.

Técnicas e instrumentos utilizados:

Técnicas utilizadas	Actuaciones en las que se utilizan
Reunión	Presentación proyecto Coordinación técnicos y responsables Seguimiento del equipo (Taller)
Entrevista	Realización encuesta Asesoramiento individualizado Selección cuidadoras participantes Seguimiento individualizado y familiar
Observación	Selección cuidadoras Seguimiento taller Seguimiento individual y familiar
Visita a domicilio	Asesoramiento Seguimiento
Técnicas Taller: exposición dialogada, role-playing, training group, promoción de ideas Instrumentos	Sesiones formativas del taller - Historia social (SIUSS) - Informe Social - Programa Individual de Atención - Cuestionario Escala - Diagrama de Grant - Graficas

	<ul style="list-style-type: none">- Power point- Video- Cuestionarios de valoración destinatarios- Ficha seguimiento, taller- Ficha de reuniones
--	--

6. EVALUACION

La evaluación es el proceso de reflexión que permite explicar y valorar los resultados de las acciones realizadas. La evaluación no es una etapa final o terminal en un proyecto, pues debe estar presente desde el inicio hasta el final del mismo con el fin de ir controlando el logro de los resultados, las lagunas existentes en el proceso, los aspectos no previstos que se van a presentar en la aplicación del proyecto, la adecuación o inadecuación de las actividades, etc.

Es necesario determinar cómo, en qué grado y medida se han alcanzado los objetivos propuestos, determinar las lagunas y los fallos en la realización de los mismos, los logros y los efectos no esperados. (Gloria Pérez Serrano).

La decisión de realizar una evaluación, pasa por conocer y tener en cuenta sus componentes fundamentales. Seguir una serie de pasos previamente planificados, que nos permitan hablar del proceso de evaluación; para ello hemos de dar respuesta a las siguientes cuestiones:

- **¿Qué evaluar?** Se trata de identificar el objeto de la evaluación.
- **¿Cuándo evaluar?** Fases o momentos de evaluación.
- **¿Cómo o de qué manera se quiere evaluar?** Para ello es necesario determinar el método y las técnicas apropiadas.

En esta fase de evaluación además tomamos como referencia a García Herrero y Ramírez Navarro (1996), sobre el procedimiento de evaluación en los proyectos de

intervención social, considerando la evaluación como un proceso, porque es parte esencial de un proyecto y porque ha de estar presente en su diseño y ejecución y no sólo en el momento final. Para ello la evaluación se realiza en tres momentos:

- 1º Momento: Al inicio del diseño del proyecto.
- 2º Momento: Durante el proceso de ejecución.
- 3º Momento: Al final del proyecto.

- **Primer momento: La evaluación al inicio del diseño del proyecto.**

Es conveniente decidir ¿qué evaluamos? **El fin** más importante de la evaluación **de este proyecto será comprobar su adecuación a las necesidades.**

Para alcanzar esta finalidad es necesario conocer las características de los beneficiarios del proyecto, la eficacia, rentabilidad y calidad.

Según la finalidad la evaluación puede ser formativa o sumativa. Es formativa o procesal. Es formativo en cuanto que pretende ir revisando el proyecto y sus efectos durante el proceso de aplicación del mismo, con objeto de introducir aquellas modificaciones que se consideren oportunas y que lleven al mejor logro de los objetivos propuestos en el proyecto. Por lo tanto, este proyecto tiene un carácter abierto hacia el cambio para la mejora. No está sujeto a planteamientos rígidos desde el inicio.

Es sumativa o de producto. En cuanto que se realiza una valoración cuando ha finalizado el proceso; valoración referida al control de consecución de los objetivos, y una valoración de los distintos indicadores a evaluar al final del proyecto. Con ello se pretende tomar una decisión sobre la conveniencia de continuar, abandonar o sustituir los aspectos del proyecto que no funcionan.

Los instrumentos empleados son:

En la evaluación formativa, predomina la observación sistemática e incidental a nivel individual y grupal. Para la cual ha sido útil el uso de un diario de todo el proyecto, donde se recogieron aquellos aspectos de interés que se produjeron.

Para la evaluación sumativa, se elaboraron fichas de asistencia, cuestionarios de valoración de los participantes y registros observacionales de aspectos concretos y análisis de resultados.

En esta fase se ha realizado un estudio de la realidad, en la que se valoran las **características de la muestra y población** destinataria del proyecto y se determina que indicadores se tienen en cuenta para seleccionar el grupo de intervención.

La muestra de población sobre la que trabajamos la forman personas cuidadoras de mayores dependientes que tienen reconocido grado y nivel de dependencia con prestaciones y servicios en vigor, que les ha sido reconocido “Servicio de Ayuda a Domicilio “y” Prestación económica para cuidados en el entorno familiar” son los destinatarios directos del proyecto, siendo los destinatarios indirectos los mayores que reúnen las características mencionadas y el resto de familiares.

En cuanto a la eficacia del proyecto podemos afirmar que se han logrado las pretensiones propuestas, formar a las personas cuidadoras de personas mayores y facilitar habilidades de resolución de conflictos y desahogo personal, contribuyendo a mejorar su calidad de vida y la del familiar, según se aprecia en la valoración de los participantes y el seguimiento realizado.

Estas actuaciones no son cuantificables directamente, pero indirectamente son muy rentables al prevenir situaciones de enfermedad y necesidades de actuaciones profesionales especializadas que suponen un alto coste a nivel de servicios sanitarios y sociales.

Por otra parte en el desarrollo del proyecto se ha atendido a indicadores que valoraran la calidad de las instalaciones, formación y contenidos facilitados así como el rigor en el seguimiento.

La evaluación en esta fase se realizó con la revisión de documentación, (documentos que conforman la historia social: Ficha Social, Informe Social y PIA), un cuestionario y otras técnicas como visita a domicilio, entrevista y observación.

- **Segundo momento: La evaluación durante el proceso de ejecución del proyecto.**

En este momento se ejecuta lo planificado. La recogida de información se realiza desde una doble perspectiva:

1. Cuantitativa: Para ello recogemos sistemáticamente los datos previstos en un cuestionario con previa elaboración de los indicadores.
2. Cualitativa: En este aspecto recogemos igualmente observaciones de opiniones y las sugerencias dadas

En esta fase la primera actividad es la presentación del proyecto a nivel institucional en el Ayuntamiento a través de la Concejala de Servicios Sociales y en el centro Salud, directamente a los profesionales sanitarios los que componen el Consultorio Médico.

La evaluación se realiza a través de la ficha de reuniones, en la que se recoge la aceptación, la buena acogida del proyecto y la necesidad de coordinación.

La presentación del proyecto a los usuarios se realiza a través de una visita domiciliaria en la que se recoge información través del cuestionario y de la observación.

Para valorar la selección de participantes en el taller: “La atención integral del mayor dependiente en el ámbito familiar” se realiza la selección tomando como referencia los siguientes indicadores:

1. Cuidadoras que presenten mayor nivel de sobrecarga de acuerdo a los resultados del cuestionario de Zarit
2. Cuidadores de personas mayores que tengan en el Programa Individual de Atención, como objetivo de intervención en relación al grupo de con vivencia *“Ofrecer información y ayuda profesional a los cuidadores no profesionales tanto en las dificultades y/o problemas que puedan derivarse en la atención a la*

persona dependiente como para la prevención de situaciones de claudicación o sobrecarga”.

3. Cuidadores que manifiesten necesidad de formación y apoyo en atención y cuidado de su familiar.

A través del desarrollo del taller se han conseguido los objetivos propuestos, permitiendo evaluar en cada sesión el número de participantes, nivel de participación, adecuación de los contenidos a los intereses y necesidades de los participantes.

ASPECTOS A EVALUAR	VARIABLES E INDICADORES
ASISTENCIA	Número de asistentes por sesiones y global Porcentaje de asistencia respecto a la población diana Evolución de la asistencia
INTERES	Puntuación de los asistentes al taller.
VALORACION PROFESIONAL DEL GRADO DE IMPLICACION	Numero de intervenciones por sesión calificables.
DIFUSION	Actuaciones realizadas, observaciones y comentarios de los asistentes al respecto

La evaluación individual de cada sesión ha permitido facilitar información, para la evaluación global de los objetivos:

- 1.*Dotar de conocimientos y habilidades que permitan a las personas cuidadoras proporcionar un cuidado integral a los mayores dependientes.*

Este objetivo se ha conseguido a través de los contenidos de las tres primeras sesiones, en las que se ha facilitado una formación integral sobre los cuidados del mayor de forma práctica favoreciendo la reflexión de las cuidadoras.

- 2. *Sensibilizar a las personas cuidadoras de la importancia de recibir ayuda y aprender a cuidarse para mejorar su capacidad de cuidado.*

- 3. *Apoyar emocionalmente y facilitar la adquisición y desarrollo de habilidades personales que salvaguarden la salud emocional y ayuden a afrontar la relación del “cuidador-cuidado-entorno”.*

Estos dos objetivos se han conseguido con el desarrollo de las sesiones 4 y 5 las cuales han sido mayoritariamente prácticas pudiendo observarse la implicación de las participantes y la reflexión sobre situaciones personales.

- 4. *Acercar la información sobre recursos sociales comunitarios y especializados a todos los cuidadores/ras en e medio donde desempeñan su labor.*

Este objetivo igualmente se ha alcanzado con los contenidos de la sesión 6 y 7, donde se les ha facilitado la información de todos los recursos dirigidos a mayores y como apoyo a las familias, así como el proceso de gestión y donde dirigirse. observándose en algún caso desconocimiento de alguno de los beneficios o no valorando adecuadamente algún recurso, como es el caso de la ayuda a domicilio, en el que se sobrevalora los beneficios en relación a tareas del hogar y se infravaloran o no se aprecia de manera significativa el beneficio de descarga para el cuidador o las atenciones que facilita como la compañía al mayor, tarea que normalmente se descuida en el entorno familiar por la saturación de trabajo y estado de ánimo del responsable de los cuidados.

- 5. *Proporcionar un espacio que permita a las personas cuidadoras que lo deseen el desahogo emocional y el intercambio de experiencias periódicamente.*

Este objetivo también se ha alcanzado como muestra el compromiso de nueve cuidadoras de acudir a una primera reunión de inicio de un grupo de autoayuda, según el cuestionario de evaluación de la sesión. En este momento se ha utilizado para la valoración el cuestionario de evaluación de la sesión y la observación.

- **Tercer momento: La finalización del proyecto o la presentación de resultados.**

En esta fase de la evaluación se realiza una síntesis de todo el proceso de evaluación el cual nos permite alcanzar unas conclusiones sobre la intervención realizada.

Así concretamos que el proyecto, de acuerdo a la planificación propuesta, nos ha permitido actuar sobre las personas cuidadoras de mayores dependientes del municipio de Fines, cuya *meta era formar a los destinatarios* para que adquirieran las competencias necesaria que les facilite el desarrollo de su labor de cuidado diario y capacitarlas para que afronten los conflictos y situaciones estresantes de la vida diaria sin que afecte a su estado emocional y por tanto al cuidado de las personas que depende de ellas, favoreciendo de esta forma la calidad de vida de las cuidadoras y de los mayores, respondiendo a las necesidades detectadas previamente.

Además se han detectado otras necesidades sobre las que es necesario intervenir por estar relacionadas con el proyecto y con los destinatarios.

El interés por formar un grupo de autoayuda nos aporta información sobre la necesidad de desahogo, de apoyo y de autocuidado que tienen las cuidadoras.

Por otro lado también se ha detectado la necesidad de intervención familiar en algún caso, ya que requiere una intervención más específica y continuada.

Y la necesidad de establecer un protocolo de derivación entre el Centro de Salud y el Centro de Servicios Sociales Comunitarios para la derivación de casos valorados con necesidad de posible intervención de cada uno de estos servicios.

Además de la evaluación del proyecto en sí es necesario evaluar la actuación del profesional responsable, a modo de reflexión para actuaciones futuras, para ello utilizamos el análisis D.A.F.O, técnica aplicada por las empresas pero que también se utiliza en otros contextos como es la formación o las actuaciones profesionales en distintos campos. Esta técnica permite diagnosticar cuatro aspectos básicos:

1. Debilidades.
2. Amenazas.
3. Fortalezas

4. Oportunidades

Aplicado a la actuación de coordinación del proyecto y teniendo en cuenta que se trata de apreciaciones cualitativas podemos obtener las siguientes observaciones dentro de la metodología del análisis D.A.F.O.:

DEBILIDADES	AMENAZAS
<ol style="list-style-type: none">1. Falta de experiencia con una metodología tan exhaustiva y rigurosa.2. Sobrecarga de trabajo por realizar otros proyectos paralelos.3. Excesivo cuestionamiento interno ante un proyecto tan novedoso.	<ul style="list-style-type: none">➤ Recortes económicos para llevarlo a la práctica en otros municipios.➤ Tiempo limitado para el desarrollo.
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ol style="list-style-type: none">1. Conocimiento del campo de actuación.2. Claridad en los objetivos propuestos.3. Coherencia entre la planificación y la actuación.4. Capacidad de adaptación a los cambios.5. Empatía con los destinatarios.	<ul style="list-style-type: none">➤ Control del proyecto desde el diseño hasta la evaluación.➤ Llevar a la práctica una idea valorada como necesaria.

7. CONCLUSIONES Y PROPUESTA DE MEJORAS.

Como conclusiones al finalizar el desarrollo del proyecto, puedo decir como profesional de la intervención social, que ha sido una experiencia muy satisfactoria, por

ser una necesidad manifiesta sobre la que no se ha podido intervenir anteriormente, por circunstancias de prioridad en el servicio.

Con la intervención se han logrado los objetivos propuestos, avanzan en el mantenimiento y mejora de la calidad de vida de los/as cuidadores/as familiares de personas mayores dependientes y de los cuidados que estos reciben, no obstante no es un proyecto que podamos dar por finalizado, ya que la formación es un proceso abierto y cambiante y aún más cuando estamos tratando con personas en su dinámica de vida diaria, en la que intervienen múltiples factores y circunstancias, condiciones que afectan no sólo a la muestra de población objeto de intervención sino a la que se van añadiendo otros usuarios con las mismas necesidades y sobre las que es necesario intervenir.

Como *propuestas de mejora* se plantean las siguientes:

- -Establecer un protocolo de derivación entre el Centro de Salud y el Centro de Servicios Sociales Comunitarios para la derivación de casos valorados con necesidad de posible intervención de cada uno de estos servicios al ser un colectivo sobre el que ambos servicios trabajan y es necesario establecer una coordinación en beneficio de los usuarios.
- Introducir una ampliación del periodo de ejecución en el que se permita el seguimiento individualizado de los destinatarios del proyecto, para valorar sobre la realidad los conocimientos adquiridos y la incorporación a la vida cotidiana.
- Llevar a cabo la creación de “un grupo de autoayuda”, como recurso de desahogo de las cuidadoras, dando continuidad al apoyo y autonomía en el autocuidado.

8. BIBLIOGRAFIA

- Bódalo-Lázaro Ester (2010): “Cambios en los estilos de vida de las cuidadoras de personas dependientes”, Portuaria, Vol. X nº 1-2010 .Pp.85-97
- Cuidar y Cuidarse. Guía para personas cuidadoras: Escuela Andaluza de Salud Pública

- Diputación Provincial de Almería (2011): Informe Sociodemográfico 2011
- Diputación Provincial de Almería (2008): IV Plan Provincial de Servicios Sociales Comunitarios
- Fundación Bizitzen: Cuidando en Casa. Guía para el cuidado familiar (2008). Vitoria: Gobierno Vasco.
- García Herrero, Gustavo y José M. Ramírez Navarro (1996): Diseño y evaluación de proyectos sociales. Zaragoza: Certeza
- Izal Fernández de Trocóniz M. y Montorio, Cerrato Ignacio, Díaz Veiga Pura (1997): Cuando las personas mayores necesitan ayuda. Guía para cuidadores y familiares. Madrid: IMSERSO
- Jiménez Herrero F. (1999): Salud Pública y envejecimiento. Problemas de la geriatría en el año 2000. La Coruña: Fundación Barrie de la Maza.
- Ley 6/ 39 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.
- Libro Blanco: Atención a las personas en situación de dependencia en España: IMSERSO.
- Martínez Rodríguez T. Enclave rural. La intervención psicosocial en contextos rurales con familias de personas mayores en situación de dependencia. IMSERSO.
- Martínez Rodríguez T. Enclave rural Solidaridad Intergeneracional. IMSERSO.
- Pérez Serrano G. (2004): ¿Cómo intervenir en personas mayores? Madrid: Dykinson
- Pérez Serrano G. (2011): Elaboración de Proyectos Sociales. Casos prácticos. Madrid: Nancea
- Portal Mayores. El cuidado del cuidador. Como cuidarse mejor.
- Sarrate Capdevila María Luisa (2006): Atención a las personas mayores. Intervención práctica. Madrid: Editorial Universitas, S.A.
- Un cuidador. Dos vidas. Obra Social “La Caixa”.
- Victoria Delicado-Useros María Victoria y Copete-González María Teresa, Barnés-Martínez Ana, García-Molina Susana (2011): “Redes sociales y recursos de apoyo a cuidadores familiares y personas dependientes comparación 2001-2009”, Portuaria, Vol. XI nº 2-2011. Pp. 33-45
- www.afalanzarote.com. Asociación de familiares de enfermos de alzheimer y otras demencias de Lanzarote.

9. ANEXOS

ANEXO 1

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

Cada ítem se valora así:

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado):

Frecuencia	Puntuación
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de "no sobrecarga" una puntuación inferior a 46, y de "sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56.

ANEXO

2

JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL

INFORME SOCIAL PARA LA ELABORACIÓN DE LA PROPUESTA DE PROGRAMA INDIVIDUAL DE ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Decreto 168/2007, de 12 de junio, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, así como los órganos competentes para su valoración. (BOJA n° 119 de 18 de junio)

Orden de ____ de _____ de _____ (BOJA n° ____ de fecha _____) **EXPEDIENTE N°** _____

1 DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA PERSONA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA	
APELLIDOS Y NOMBRE	NIF/NIE
GRADO Y NIVEL DE DEPENDENCIA	FECHA DE RESOLUCIÓN

2 ANTECEDENTES DE LA PERSONA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA			
2.1.- CON EXPEDIENTE EN SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS: <input type="checkbox"/> Sí, en SIUSS. Referencia: _____ <input type="checkbox"/> Sí, en otros. Referencia: _____ <input type="checkbox"/> No.			
2.2.- SERVICIOS QUE RECIBE:			
SERVICIOS	TITULARIDAD	INTENSIDAD	AFORTACIÓN MENSUAL DE LA PERSONA USUARIA

3 SITUACIÓN DE CONVIVENCIA			
3.1.- LA PERSONA VIVE EN: <input type="checkbox"/> Centro residencial <input type="checkbox"/> Domicilio particular			
3.2.- UNIDAD DE CONVIVENCIA (sólo cuando la persona viva en domicilio particular): <input type="checkbox"/> La persona vive sola. <input type="checkbox"/> La persona vive en su domicilio atendida por una unidad de convivencia. <input type="checkbox"/> La persona vive en su domicilio atendida por varias unidades de convivencia. <input type="checkbox"/> La persona vive en otro domicilio atendida por una unidad de convivencia. <input type="checkbox"/> La persona vive por temporadas en diferentes domicilios atendida por diversas unidades de convivencia.			
UNIDAD DE CONVIVENCIA 1			
TIEMPO MEDIO CONTINUADO	Meses: _____	Días: _____	TIEMPO TOTAL ANUAL
		Meses: _____	
		Días: _____	
DOMICILIO:			
LOCALIDAD:			
NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA NACIMIENTO	RELACIÓN/PARENTESCO	



3	SITUACIÓN DE CONVIVENCIA (continuación)										
3.4.- CONSISTENCIA DEL APOYO DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA:											
3.4.1.- INDICADORES:											
<input type="checkbox"/> La persona cuidadora principal tiene un buen estado general.											
<input type="checkbox"/> La persona cuidadora principal dispone de conocimientos suficientes para la prestación de cuidados.											
<input type="checkbox"/> La unidad de convivencia dispone de tiempo para atender a la persona en situación de dependencia.											
<input type="checkbox"/> La unidad de convivencia dispone de apoyos complementarios no profesionales.											
<input type="checkbox"/> La unidad de convivencia dispone de periodos de descanso.											
3.4.2.- VALORACIÓN:											
- El apoyo de la unidad de convivencia tiene una consistencia: <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Baja											
3.5.- FRAGILIDAD DEL APOYO DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA:											
3.5.1.- INDICADORES:											
<input type="checkbox"/> La persona cuidadora principal es predependiente o tiene dependencia acusada.											
<input type="checkbox"/> La persona cuidadora principal presenta signos de agotamiento físico / emocional.											
<input type="checkbox"/> La unidad de convivencia plantea dificultades en la comprensión del proceso de dependencia.											
<input type="checkbox"/> La unidad de convivencia dispone de escasos conocimientos para la prestación de cuidados.											
<input type="checkbox"/> Existe concurrencia de enfermedad / discapacidad con necesidad de apoyos en otros miembros de la unidad de convivencia.											
<input type="checkbox"/> La unidad de convivencia presenta dificultades de conexión social / aislamiento.											
<input type="checkbox"/> La unidad de convivencia carece de compromiso estable.											
3.5.2.- VALORACIÓN:											
- El apoyo de la unidad de convivencia tiene una fragilidad: <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Baja											
3.6.- RIESGO DE CLAUDICACIÓN DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA:											
3.6.1.- INDICADORES:											
<input type="checkbox"/> En la unidad de convivencia existe riesgo de claudicación por impacto del cuidado.											
<input type="checkbox"/> En la unidad de convivencia existe riesgo de claudicación por dificultad en la relación con la persona en situación de dependencia.											
<input type="checkbox"/> En la unidad de convivencia existe riesgo de claudicación por problemas de competencia.											
3.6.2.- VALORACIÓN:											
- El apoyo de la unidad de convivencia tiene un riesgo de claudicación: <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Bajo											
3.7.- ATENCIÓN A LA PERSONA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA:											
3.7.1.- INDICADORES:											
<input type="checkbox"/> Se le prestan adecuadamente los cuidados básicos (aspecto aseado, ropa en buen estado).											
<input type="checkbox"/> Se le permite hablar / dar su opinión.											
<input type="checkbox"/> La persona está habitualmente acompañada.											
<input type="checkbox"/> En su presencia no se habla de las situaciones que origina.											
<input type="checkbox"/> Se le ejercita y moviliza habitualmente.											
<input type="checkbox"/> Otras observaciones:											
3.7.2.- VALORACIÓN:											
- La atención a la persona en situación de dependencia es: <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Regular											
3.8.- SITUACIÓN DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA EN SU RELACIÓN CON LA PERSONA BENEFICIARIA:											
<input type="checkbox"/> En la unidad de convivencia la persona en situación de dependencia es la principal responsable.											
<input type="checkbox"/> En la unidad de convivencia hay miembros que dependen económicamente de la persona beneficiaria (especificar, en su caso, en la tabla adjunta).											
<table border="1"><thead><tr><th>APELLIDOS Y NOMBRE</th><th>RELACION / PARENTESCO</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>		APELLIDOS Y NOMBRE	RELACION / PARENTESCO								
APELLIDOS Y NOMBRE	RELACION / PARENTESCO										

001314

4	LA PERSONA BENEFICIARIA Y SU SITUACIÓN DE DEPENDENCIA
4.1.- RELACIONES SOCIALES Y CON LA COMUNIDAD:	
4.1.1.- INDICADORES:	
<input type="checkbox"/> Estudia. <input type="checkbox"/> Trabaja. <input type="checkbox"/> Participa activamente en la vida de la comunidad (asociaciones, ONGs, movimientos vecinales ...).	
<input type="checkbox"/> Realiza actividades de ocio comunitario. <input type="checkbox"/> Tiene proyectos o cosas que quiere hacer. <input type="checkbox"/> Carece de expectativas de futuro.	
<input type="checkbox"/> Inexistencia de relaciones sociocomunitarias.	
4.1.2.- VALORACIÓN:	
- La persona en situación de dependencia tiene un grado de relación: <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Bajo	

6	DIAGNÓSTICO SOCIAL

001314

7	LUGAR, FECHA Y FIRMA
En _____ a _____ de _____ de _____ EL/LA TRABAJADOR/A SOCIAL DE LOS SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS	
Fdo.: _____	

ANEXO3

JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL

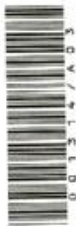
PROPUESTA DE PROGRAMA INDIVIDUAL DE ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Decreto 168/2007, de 12 de junio, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, así como los órganos competentes para su valoración. (BOJA n° 119 de 18 de junio)

Orden de ____ de _____ de _____ (BOJA n° _____ de fecha _____) **EXPEDIENTE N°** _____

1 DATOS DE LA PERSONA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA			
1.1.- DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA PERSONA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA			
APELLIDOS Y NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO	NIJ/NIJ
SEXO <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M	ESTADO CIVIL	GRADO Y NIVEL DE DEPENDENCIA	FECHA DE RESOLUCIÓN DE RECONOCIMIENTO DEL DERECHO
1.2.- DATOS BANCARIOS DE LA PERSONA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA			
Código Entidad	Código Sucursal	Dígito Control	N° Cuenta
Entidad: _____			
Domicilio: _____			
Localidad: _____		Provincia: _____	C. Postal: _____

2 CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y FAMILIARES DE LA PERSONA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA	
2.1.- La unidad de convivencia está compuesta por un n° total de miembros de _____, de los cuales _____ son adultos y _____ son menores de edad.	
2.2.- Dependen económicamente de ella _____ personas.	
2.3.- La persona en situación de dependencia está siendo atendida en su entorno familiar:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2.4.- Las condiciones de convivencia son adecuadas:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2.5.- Las condiciones de salubridad y habitabilidad de la vivienda son adecuadas:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



3 OBJETIVOS
3.1.- RESPECTO A LA PERSONA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA:

3.2.- RESPECTO A LA UNIDAD DE CONVIVENCIA:

Hoja 3 de 4 ANEXO III

4 PROPUESTA DE MODALIDAD DE INTERVENCIÓN (continuación)					
	Ambito geográfico	Identificación	Titularidad	Intensidad	Orden de preferencia
<input type="checkbox"/> Servicio de Atención Residencial para personas mayores asistidas.					
<input type="checkbox"/> Psicogeriátrico para personas mayores.					
<input type="checkbox"/> Residencia para personas gravemente afectadas por discapacidad intelectual.					
<input type="checkbox"/> Residencia de adultos.					
<input type="checkbox"/> Residencia para personas gravemente afectadas por discapacidad física y/o visual o parálisis cerebral.					
<input type="checkbox"/> Residencia para personas con trastornos del espectro autista.					
<input type="checkbox"/> Residencia para psicodébilentes.					
<input type="checkbox"/> Casas - Hogar para personas con enfermedad mental.					
<input type="checkbox"/> Viviendas tuteladas para personas con discapacidad.					
<input type="checkbox"/> Viviendas supervisadas para personas con enfermedad mental.					
4.2.- PRESTACIONES ECONÓMICAS:					
<input type="checkbox"/> Prestación económica vinculada al servicio.	Servicio	Identificación	Titularidad	Intensidad	Orden de preferencia
<input type="checkbox"/> Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.	Identificación de la persona cuidadora propuesta	Parentesco / Relación	Idoneidad	Intensidad	Orden de preferencia
<input type="checkbox"/> Prestación económica de asistencia personal.	Identificación de la persona encargada de la asistencia personal		Idoneidad	Intensidad	Orden de preferencia

001314/A03

5	LUGAR, FECHA Y FIRMA
En _____ a _____ de _____ de _____ EL/LA TRABAJADOR/A SOCIAL DE LOS SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS	
Fdo.: _____	
ILMO/A. SR/A. DELEGADO/A PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL EN _____	

001314/403

ANEXO 4

TALLER: La atención integral del mayor dependiente en el ámbito familiar. (Encuesta de Evaluación)

MARCAR CON UNA CRUZ X CADA RESPUESTA.

MUY BIEN	BIEN	REGULAR	MAL
-----------------	-------------	----------------	------------

LE PARECE ADECUADA LA ACTIVIDAD.				
LE HA SIDO ÚTIL ESTOS TALLERES				
PUNTUACIÓN DEL TALLER EN GENERAL				
CÓMO VALORA LA INTERVENCIÓN DE LOS TÉCNICOS QUE HAN IMPARTIDO LAS CHARLA.				
LE HA SERVIDO LO APRENDIDO PARA LLEVARLO A LA PRACTICA				
LE HA PARECIDO INTERESANTE EL CONTENIDO DE LAS SESIONES				
CÓMO EVALUARÍA LA DIFUSIÓN DE LA ACTIVIDAD				

¿QUE SESIONES LE HAN PARECIDO MAS INTERESANTES?

OBSERVACIONES (Propuestas de mejora e indique temas que le gustaría tratar en futuros proyectos)

ANEXO 5

TALLER: La atención integral del mayor dependiente en el ámbito familiar

FICHA DE EVALUACION DE LA SESION

FECHA.....

Marca con una cruz la respuesta a las siguientes preguntas:

PUNTUACIÓN	MUY BIEN	BIEN	REGULAR	MAL
¿Le resultan útiles los conocimientos impartidos en esta sesión para su situación personal?				
¿Cómo valora la intervención del técnico que ha impartido hoy la sesión?				
¿La exposición de los contenidos han sido claros?				
¿Lo aprendido en esta sesión mejora la atención de su familiar?				

Observaciones.....
.....
.....
.....
.....