



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

*Calidad de vida de las personas mayores en
Centros de Atención Residencial*
*Quality of life of the elderly in Residential Care
Centers*

Autor/es

Eva Brianda Francés Rodrigo

Directora

Maria Luisa Gracia Perez

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo

2024

*“A papá y mamá, que siempre creyeron mucho
más en mí de lo que yo lo hacía.
Espero que os sintáis tan orgullosos de ser
mis padres como yo me siento de ser vuestra hija y hermana.
Espero algún día poder llegar a ser como vosotros”*

*“A todo el equipo de Albertia Valdespartera, porque habéis convertido un trabajo en
un lugar seguro, lleno de complicidad y dedicación.
Pero en especial a la directora, Andrea Hoya, por enseñarme la importancia de cuidar
a las personas a través de la dignidad, la libertad y el respeto que merecen.
Solo puedo decir gracias por acogerme como una más desde el primer día que empecé
las prácticas”*

ÍNDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN	6
MARCO TEÓRICO.....	11
Centros residenciales en Aragón	11
Contextualización	13
Aportación desde el Trabajo Social	15
Aplicación de la ACP en España.....	16
Albertia Valdespartera.....	18
METODOLOGÍA	19
IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO.....	22
Análisis de participantes	22
Análisis de los problemas.....	24
Análisis de los objetivos	27
Análisis de alternativas	29
FORMULACIÓN DEL PROYECTO	31
Estructura analítica del proyecto	31
Matriz Marco Lógico	33
Metodología	37
Actividades	40
Temporalización	41
EJECUCIÓN DEL PROYECTO	44
Recursos	44
Financiación y presupuesto.....	45

EVALUACIÓN	46
Evaluación sobre los resultados	46
Evaluación de impacto	47
CONCLUSIONES	48
BIBLIOGRAFÍA-WEBGRAFÍA.....	49

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 2: ESTRATEGIAS PARA EL GRUPO DE INTERÉS	24
TABLA 3: ÁRBOL DE PROBLEMAS	26
TABLA 4: ÁRBOL DE OBJETIVOS	28
TABLA 5: ANÁLISIS DE ALTERNATIVAS	30
TABLA 6: CUESTIONES DEL PROYECTO.....	31
TABLA 7: ESTRUCTURA ANALÍTICA.....	32
TABLA 8: MATRIZ DEL MARCO LÓGICO.....	33
TABLA 9: GRÁFICO PERSONAS QUE PARTICIPARON EN LA ENTREVISTA	38
TABLA 10: DIFERENCIACIÓN POR SEXO	38
TABLA 11: EDADES DE LAS PERSONAS ENTREVISTADAS.....	39
TABLA 12: ACTIVIDADES.....	41
TABLA 13: CRONOGRAMA POR SEMANAS.....	42
TABLA 14: INDICADORES DE SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES.....	42
TABLA 15: PRESUPUESTO DE GASTOS.....	45
TABLA16: INDICADORES DE RESULTADOS	46

RESUMEN

El presente Trabajo de Fin de Grado trata el diseño de un proyecto social enfocado a la implementación de actividades para la Mejora de la Calidad de Vida de las Personas mayores en Centros de Atención Residencial. Estas actividades han sido seleccionadas para el aumento de la autoestima de las personas del centro y la mejora de las relaciones sociales a través del modelo de Atención Centrada en la Persona. Para ello se han realizado entrevistas a los residentes que no presentan deterioro cognitivo del centro Albertia Valdespartera. A través de la revisión bibliográfica se da contexto al por qué de la elección del tema y dar conocimiento, en cambio, con las entrevistas se pudo profundizar en la problemática y la perspectiva de las personas.

Palabras Clave: Dependencia, Residencia, Proyecto, Atención Centrada en la Persona

ABSTRACT

This Final Degree Project deals with the design of a social project focused on the implementation of activities for the Improvement of the Quality of Life of the Elderly in Residential Care Centers. These activities have been selected to increase the self-esteem of the people in the centre and improve social relationships through the Person-Centred Care model. To this end, interviews have been conducted with residents who do not have cognitive impairment at the Albertia Valdespartera center. Through the bibliographic review, context is given to the reason for the choice of the topic and to give knowledge, on the other hand, with the interviews it was possible to delve into the problem and the perspective of the people.

Key words: Dependency, Residence, Project, Person-Centered Care

INTRODUCCIÓN

Durante el curso académico 2023/2024, realicé mis prácticas del Grado de Trabajo Social en la Residencia Albertia Valdespartera, una vez acabado este periodo me realizaron un contrato laboral que continúa hasta la actualidad. Trabajando en dicho centro, tuve la oportunidad de ver cómo las personas conviven en los centros residenciales y cómo todas las personas que ingresan en el centro lo hacen buscando mejorar su calidad de vida, tema que me pareció muy interesante a la hora de realizar mi Trabajo de Fin de Grado.

La calidad de vida es un concepto que según la OMS abarca tanto la salud física como el estado psicológico de la persona, las relaciones sociales e incluso su entorno (OMS, 2016). Por lo que se puede ver que este concepto es muy amplio y subjetivo, en cambio, hablando con las personas del centro me di cuenta de que todos tenían un concepto muy parecido de este término. Todos me decían que sentían que no tenían una buena calidad de vida porque no eran capaces de formar un círculo social estable, además de que sentían que su calidad de vida empeoraba al ver cómo sus familiares sentían cierto sentimiento de abandono cuando venían a verlos.

El sentimiento de abandono por parte de las familias en las residencias de personas mayores es muy común, dado que el hecho de separarse de una persona con la que se ha compartido la vida es un proceso de duelo que puede manifestarse de diferentes maneras. Por ello, cuando una persona ingresa en la residencia siempre se explica que esto conlleva un periodo de adaptación, tanto para el residente como para la familia.

Estos sentimiento y necesidades han sido tenidos en cuenta para la elaboración de este proyecto, de manera que muchas de las actividades desarrolladas han sido orientadas a ello.

Este trabajo tiene como objetivo intervenir sobre las diferentes dimensiones de la vida de las personas mayores que se encuentran en centros de Atención Residencial, Para ello, en primer lugar, se ha llevado a cabo un análisis a través de entrevistas realizadas en el propio centro, acompañado de una observación activa día a día.

Para la formulación del proyecto se ha utilizado una metodología participativa, en la que tanto antes como después el papel del Trabajador Social es fundamental, pero se complementa con los profesionales del equipo multidisciplinar.

Por lo tanto, el objetivo final al que se pretende llegar es ver cómo las personas del Centro ven mejoradas sus relaciones sociales a través de las actividades y talleres programados para este fin.

Gracias al análisis realizado durante todo el proyecto, se puede concluir que muchas de las quejas que realizan las personas, aunque sean detalles mínimos, pueden incluir una necesidad real detrás, así como la necesidad de atención, o el poder hablar con una persona que los escuche.

Este proyecto, además, buscará la contribución significativa y el mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores en Centros de Atención Residencial, de manera que gracias al modelo de Atención Centrado en la Persona se reconozca la dignidad y el valor de vivir una vida plena en todas sus etapas.

JUSTIFICACIÓN

Tanto en España como en la Comunidad Autónoma de Aragón nos enfrentamos a un proceso de envejecimiento en el que el porcentaje de personas mayores es mayor que el de personas jóvenes. Situación que, debido al aumento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad, va a seguir en aumento de cara al futuro.

Como se puede ver en la definición que nos da la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuando definimos el envejecimiento, lo hacemos refiriéndonos a una etapa de la vida que conlleva un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, lo que a su vez conlleva un aumento de la fragilidad de la persona, malos hábitos alimenticios, soledad, insomnio... Pero a su vez en las personas mayores vemos que son portadoras de historias y sabiduría que componen y enriquecen nuestra sociedad.

Este envejecimiento poblacional hace que surjan nuevas necesidades sobre las que actuar para mantener el bienestar poblacional y la calidad de vida. En este caso, de la atención que se presta a las personas en los centros residenciales, dado que son uno de los recursos más demandados en la actualidad, a pesar de haber un pensamiento generalizado en el que se opina que los centros residenciales son lugares de “abandono” o en los que “se ingresa para morir”.

Pero esto no es así dado que una gran cantidad de personas ingresan en este tipo de centros es para mejorar su calidad de vida, evitar caídas, evitar la soledad o incluso para la recuperación o rehabilitación tras una caída.

El 18 de septiembre de 2024, comencé las prácticas de Trabajo Social en la residencia Albertia Valdespartera, lugar en el que a partir de octubre comencé a trabajar de manera indefinida en el puesto de recepción. Gracias a todos los miembros del equipo, pude aprender lo importante que es cuidar a las personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad debido a la edad. Dentro de este cuidado entra la calidad de vida, ya que el hecho de que una persona ingrese en una residencia puede ser un proceso duro tanto para la persona, como para la familia, esto hace que ambas partes puedan ser muy exigentes a la hora de recibir los servicios.

En este periodo de prácticas, además, pude descubrir lo que es el certificado de “centro Libre de sujeciones”, el cual me llamó mucho la atención ya que no había escuchado hablar de esto antes, este trata de eliminar las sujeciones tanto físicas como químicas en los centros residenciales, lo que conlleva un aumento de libertad y de calidad de vida de la persona.

Esta liberación de “ataduras” es el primer paso para la mejora de la calidad de vida de las personas que residen en centros residenciales actualmente, tanto en personas con demencia y problemas cognitivos como para personas que no los sufren.

Como se define en la DRAE, “Acción de Sujetar. Unión con la que algo está sujeto, de modo que no puede separarse, dividirse o inclinarse”.

Pero, así como he podido aprender en este centro, la realidad es que las sujeciones se diferencian en físicas y químicas.

Sujeción Física: “cualquier dispositivo, material o equipo aplicado a una persona, unido a ella o cerca de su cuerpo, que no pueda ser controlado o retirado con facilidad por ella misma y que deliberadamente evita o intenta evitar su libertad de movimiento y/o el natural acceso a su

cuerpo” (JBI, 2002 physical Restraint-pt 1: Use in Acute and Residential Care Facilities, Best Practice Vol6 Iss 3, Blackwell Publishing Asia, Australia)

Sujeción Química: todos aquellos fármacos que inhiben a la persona de hacer sus actividades, anulando alguna de ella como puede ser su autonomía, en muchas ocasiones para evitar conductas inadecuadas o molestas, siendo éstas más comunes en personas con gran dependencia o enfermedades cognitivas. (Beaskoa & Inunciaga, 2010, pág. 7)

La presidenta de la Fundación “Cuidados dignos”, Dra. Ana Urritia Beaskoa, explicó a través de la norma Libera-Ger, por qué no deben usarse las sujeciones en personas mayores, en primer lugar, dando a conocer las creencias sociales por las cuales se estaban utilizando.

CREENCIA	REALIDAD
El uso de sujeciones previene de caídas y lesiones resultantes	Las personas a las que se les imponen sujeciones presentan el mismo riesgo, o mayor de caídas que aquellas que no las utilizan. Los centros donde se utilizan sujeciones experimentan una mayor incidencia de lesiones graves como consecuencia de caídas El uso de sujeciones aumenta la fragilidad del paciente , aumentando el riesgo de caídas
Las sujeciones corrigen la postura	Un mobiliario correctamente diseñado y adaptado a las necesidades del paciente corrige mejor su postura
Las sujeciones previenen la deambulación con riesgo	No existe la deambulación “sin riesgo” Las medidas de seguridad y el diseño de espacios “seguros” son más eficaces Los pacientes a los que se les permite deambular mejoran la potencia muscular, mejoran el equilibrio y “saben caerse” → Estos pacientes presentan una deambulación “más segura”
Las sujeciones previenen la interferencia con el tratamiento médico	Las sujeciones producen tal cantidad de efectos secundarios que son “ellas” las que interfieren en el tratamiento

CREENCIA	REALIDAD
La falta de personal idóneo hace necesario el uso de sujeciones	No existe personal NO IDÓNEO, sino personal NO FORMADO
Atender a las personas es más fácil y se realiza de forma más eficiente mediante el uso de sujeciones	Las sujeciones crean mayor dependencia en el paciente, necesitando éste mayor cuidado por parte del personal sanitario El uso continuado de sujeciones denota una falta de eficiencia : 1) Provoca en el paciente efectos adversos físicos, psicoemocionales y sociales 2) Puede constituir una violación de los derechos fundamentales 3) Provoca efectos negativos en los profesionales de la salud
Los centros que utilizan sujeciones son menos vulnerables a las sanciones legales	Las experiencias en otros países indican que: a) Han prosperado pocas denuncias basándose en el no uso de sujeciones - El uso de sujeciones SÍ aumenta el riesgo de denuncias b) Una correcta gestión y documentación del “control de sujeciones” o de su “no uso” protege frente a posibles denuncias c) Los centros y el personal pueden ser considerados RESPONSABLES cuando se utiliza las sujeciones por propia comodidad
Las familias exigen una atención exenta de riesgos y prefieren el uso de sujeciones	Las familias acaban aceptando las sujeciones porque no se les ofrecen otras alternativas y por lo tanto se basan en la creencia de que no se puede cuidar de otra manera Pero cada vez son más las familias que optan por escoger el “riesgo controlado”

Fuente: Norma Lbera- Ger. Fundación cuidados dignos. Dra. Ana Urritia Beaskoa

El 19 de enero de 2022, fue publicado por la fiscalía general del Estado, la Instrucción num. 1/2022, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad.

Con el objetivo del reconocimiento y la salvaguarda de la dignidad de las personas mayores y/o con discapacidad especialmente vulnerables, en relación con el uso de contenciones o sujeciones físicas y/o farmacológicas a las que pueden verse sometidos.

Como se expresa en dicho documento esta toma de concienciación social incluye sobre todo a los profesionales encargados de la asistencia y cuidados, además, de las propias familias. “se impone una reflexión sobre el recurso a la contención como única vía para lograr el objetivo del control, protección y seguridad de la persona, primando la búsqueda de alternativas más respetuosas con la dignidad y la singularidad de cada individuo y con su salud.”

De esta manera, la calidad de vida es entendida como un objetivo que abarca tanto la salud física de la persona, como su salud psicológica, su independencia, su entorno social y las relaciones con este (OMS, 2016).

Dado que en la actualidad la liberación de las sujeciones es una realidad en España, y es cada vez más común que los centros residenciales las eliminen, durante este proyecto quiero ir un

paso más allá, en el que se trata de la calidad de vida subjetiva de las personas que residen en estos centros.

De esta manera me quiero centrar en la Atención que reciben las personas y los tratos dignos por los que se realiza su cuidado. Tratando de ver en qué medida esta atención es individualizada para asegurar el bienestar de la persona en el centro.

Así como se establece en la Certificación “Buen Trato Dignos”, de la Fundación Tratos Dignos, en la que se trata de desarrollar la ACP y trabajar en la continua mejora de las prácticas a través de las cuales se trata con a las personas que residen en estos centros.

MARCO TEÓRICO

Centros residenciales en Aragón

Como se define desde el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) las Residencias de personas mayores son establecimientos, con servicios y programas de intervención adecuados a las necesidades de las personas objeto de atención, dirigida a la consecución de una mejor calidad de vida y a la promoción de su autonomía personal. (*Centros Residenciales - Instituto de Mayores y Servicios Sociales, s. f.*)

Los centros residenciales ofrecen una gran cantidad de servicios, pero lo más importantes son aquellos que se centran en el bienestar de las personas mayores como son la manutención de los residentes, la estimulación de las capacidades funcionales, la dinamización sociocultural, la atención sanitaria, la ayuda a la integración social o el servicio médico.

En estos centros residenciales encontramos dos tipos de estancias. Estancias temporales, las cuales son aquellas en las que la persona permanece en el centro durante un tiempo determinado, esto puede deberse a diferentes motivos, así como una rehabilitación de una operación (como por ejemplo de cadera) en la que la persona necesita cuidados especiales para su recuperación, o las vacaciones de la persona que lo cuida en el domicilio, entre otras causas. O estancias definitivas, en las que la persona permanece en el centro de manera indefinida, esto puede suceder por diferentes motivos, siendo los más comunes que la persona sea dependiente de terceras personas para las ABVD, que presente un deterioro causado por la edad, que la persona tenga necesidad de compañía, que se presente un riesgo de caída o que se tenga un problema de salud y tenga que estar muy controlado, entre otras causas que pueden llevar al ingreso de una persona en una Residencia.

Además de encontrar dos tipos de estancias encontramos varios perfiles de personas dentro de estos centros según la dependencia que presenten. Se diferencia en personas con dependencia leve las cuales no necesitan ayuda de terceras personas en las ABVD, personas con dependencia moderada, siendo aquellas personas que solo necesitan algo de supervisión en actividades como el aseo, o personas con dependencia grave, las cuales son aquellas que necesitan ayuda para realizar la mayor parte de la ABVD ya que por alguna causa no son capaces de hacerlo por sí solas.

En Aragón podemos encontrar tres tipos de plazas residenciales, públicas, privadas o concertadas. Las públicas son aquellas que son gestionadas por organismos públicos, en este caso por el IASS, las cuales están destinadas a personas que tienen asignado un Grado II y Grado III de dependencia, los cuales no es posible que permanezcan en el domicilio habitual por la necesidad de atención continuada y especializada. Las plazas privadas son aquellas que son gestionadas por un organismo o entidad que no es público, a estas plazas pueden acceder todas las personas que lo deseen a pesar de su grado de dependencia. Así como podemos ver en la siguiente tabla sobre los datos de 2022 del CSIC, en la que podemos ver que en Aragón hay un total de 13.127 plazas en residencias privadas, mientras que públicas únicamente hay 5.869 plazas.

“Calidad de vida de personas mayores
en Centros de Atención Residencia”
Eva Brianda Francés Rodrigo

envejecimiento Red	Plazas en residencias privadas					Plazas en residencias públicas				
	<25	25-49	50 - 99	>= 100	Total	<25	25-49	50 - 99	>= 100	Total
Aragón	487	2.340	3.960	6.340	13.127	226	709	2.750	2.184	5.869
Huesca	94	477	913	655	2.139	32	150	755	364	1.301
Teruel	24	128	393	951	1.496	108	142	701	413	1.364
Zaragoza	369	1.735	2.654	4.734	9.492	86	417	1.294	1.407	3.204

Fuente: Informe “Estadísticas sobre residencias. Distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de septiembre de 2022” CSIC.

En cambio, las plazas concertadas, son aquellas que son plazas privadas, administradas por esos organismos o entidades privadas pero las cuales a través de un concierto con el Gobierno de Aragón hacen que el precio esté abonado en parte por la Administración Pública, además de que la calidad de este servicio también es evaluada por esta Administración.

Como se refleja en el último informe de la Asociación de directoras y Gerentes de Servicios Sociales Aragón es una de las cinco comunidades autónomas que cumplen con la ratio de cinco plazas residenciales por cada cien personas mayores de 65 años, así como también se muestra en el informe del CSIC “Estadísticas sobre residencias. Distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de septiembre de 2022” la ratio se situaría en 6,5, de las cuales solo 3,74 son de carácter público. De esta manera, así como se refleja en el informe de la Asociación de directoras y Gerentes de Servicios Sociales, de 2017 a 2019 se pasó de una ratio de 1,41 de plazas públicas a un 3,87 por cada 100 aragoneses mayores de 65 años, teniendo en cuenta que dentro de esta ratio de encuentran tanto las plazas públicas como las concertadas en los centros privados.

envejecimiento Red	Total de plazas (a)	Población total España (b)	Población de 65+ años (c)	RATIO (a/c*100)	% personas 65 y más años
Aragón	18.996	1.326.315	292.934	6,5	22,1
Huesca	3.440	225.456	51.021	6,7	22,6
Teruel	2.860	134.421	32.333	8,8	24,1
Zaragoza	12.696	966.438	209.580	6,1	21,7

Fuente: Informe “Estadísticas sobre residencias. Distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de septiembre de 2022” CSIC.

Los criterios fundamentales de atención y gestión de los centros públicos de Aragón se establecen a través del “modelo de atención y gestión residencial del IASS”, creado en 2019, además de un marco de gestión común y una adecuada coordinación, para de esta manera garantizar el bienestar y calidad de vida de las personas residentes.

“Nuestra misión es la de atender y contribuir a la mejora de la calidad de vida de las personas con dependencia, que precisan de cuidados permanentes, a través de una atención integral centrada en la persona que proporcione apoyos para satisfacer sus necesidades y demandas personales, afectivas, sociales y materiales favoreciendo la convivencia, disfrute de la vida, su autodeterminación, autonomía y participación” (Gobierno de Aragón, 2018)

Dentro de este manual de buenas prácticas se establecen los valores que rigen las actuaciones para una buena praxis, la cual se define como “una visión que se tiene de las personas que reciben cuidados, su reconocimiento como personas únicas, con valor y dignidad, merecedoras de respeto y ser apreciadas”.

Desde el Gobierno de Aragón además se establecen los criterios comunes que deben cumplir los centros residenciales ya sean públicos o concertados, así como se establece en el artículo 34.5 de la LAPAD (Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en

Situación de Dependencia) dado que es cada Territorio el que se encarga de la evaluación de la calidad, la mejora continua y el análisis de los centros. (BOE, 22/08/2022)

Contextualización

Cuando se habla de Calidad de Vida, se abordan temas como la dirección, organización del centro, derechos y deberes de los residentes, la familia, los servicios generales que debe ofrecer el centro, los recursos humanos, el entorno y los aspectos arquitectónicos de accesibilidad. Sin tener en cuenta los temas subjetivos, así como las relaciones de la persona, los gustos o las rutinas que tenía en su día a día, entre otras cosas.

Estos aspectos subjetivos se tuvieron en cuenta en la LAPAD, donde se determina que es importante la autodeterminación de las personas, cobrando importancia el hecho de que la persona pueda decidir aspectos de su vida diaria y actuar con libertad.

De esta importancia de aumentar la Calidad de Vida a través de aspectos subjetivos, surge el modelo de Atención Integral Centrada en la Persona. Este modelo es definido por Pilar Rodríguez en 2010, siendo esta asesora del Ministerio de Sanidad, “es la que se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva”. (Pilar Rodríguez, 2010)

Este modelo de AICP se divide en dos niveles que a su vez son complementarios para así asegurar la buena gestión de los recursos y proporcionar una atención de calidad a los residentes que si se dieran por separado no serían posibles (Gobierno de Aragón, 2018):

1. Planificación y organización general de los recursos: de manera que se desarrolle políticas, normativas y organizaciones que ayuden a conseguir este modelo de atención deseado.
2. Modelo de atención y gestión de cada recurso residencial: de manera que se traten los recursos para poder llegar a cubrir las necesidades particulares y cambiantes de cada uno de los residentes.

Estos criterios de actuación se basan en la autonomía o autodeterminación, la individualidad, la independencia, la integralidad, la participación, la inclusión social y el principio de continuidad de atención.

Esta atención integral centrada en la persona busca mejoras en la calidad de vida de las personas partiendo siempre de los derechos, la dignidad y el respeto. Esto se debe a que la ACP, apoya la autodeterminación de las personas, ya que no solo se pretende atender sus necesidades y protegerlos, sino también de empoderarlos (Grupo Emera, 2023)

Podemos distinguir la ACP de tres maneras distintas, como enfoque, como modelo o como metodología. (Martínez, 2011)

- La ACP como enfoque: con esto, la autora Teresa Martínez Rodríguez, en su guía “*La atención centrada en las personas en los servicios gerontológicos*”, hace referencia a la filosofía de la atención, entendida esta como la dignidad de las personas, el reconocimiento de su singularidad, el respeto a sus decisiones y modo de vida, sus valores o la mirada hacia las capacidades de la persona.

Esto fue desarrollado en 2013, por esta misma autora en forma de tabla:

Fuente: Decálogo de la atención Centrada en la Persona.

Martínez, T. (2013). *Avanzar en atención gerontológica centrada en la persona. Marco y fases para liderar un cambio de modelo*. Disponible en: www.acpgerontologia.net

Decálogo de la Atención Centrada en la Persona²

1. Todas las personas tienen dignidad.
2. Cada persona es única.
3. La biografía es la razón esencial de la singularidad.
4. Las personas tienen derecho a controlar su propia vida.
5. Las personas con grave afectación cognitiva también tienen derecho a ejercer su autonomía.
6. Todas las personas tienen fortalezas y capacidades.
7. El ambiente físico influye en el comportamiento y en el bienestar subjetivo de las personas.
8. La actividad cotidiana tiene una gran importancia en el bienestar de las personas.
9. Las personas son interdependientes.
10. Las personas son multidimensionales y están sujetas a cambios.

- La ACP como modelo de atención: donde se plantea como marco teórico referente para el diseño de herramientas en el que se distinguen dos dimensiones, atención a las personas y entorno positivo (Martínez,2013)
 - Atención a las personas, esta dimensión está compuesta a su vez por diversos componentes, como son: el conocimiento de la persona, el respeto y reconocimiento de la persona, la promoción de la autonomía, el trato personalizado, la protección del bienestar físico, la promoción de la independencia y la protección a la intimidad.
 - Por otro lado, tenemos el entorno positivo el cual también está compuesto por varios componentes como son: el espacio físico y ambiental significativo (dentro de este se valora la accesibilidad, el confort o actividades significativas entre otras), las relaciones sociales, o la organización amigable (haciendo referencia a que los profesionales mantengan relaciones empáticas y empoderadas con la persona, la coordinación entre el equipo o la participación de familias en la organización entre otras).

- La ACP como metodología: definido como las prácticas, estratégicas o técnicas afines a este enfoque. Donde se encuentran intervenciones muy directas como pueden ser (Martínez, 2011):
 - Incorporación de la biografía a la hora de desarrollar un plan de atención individualizado (May, Edwards, & Brooker, 2009)
 - La intervención a través de la reminiscencia: Entendido como una manera para “activar el pasado de la persona, de manera, que con cosas como fotografías podemos hacer que la persona se traslade a un momento concreto de su pasado e incluso llegar a vivir ciertas emociones (Martinez, 2012).
 - Las técnicas de validación (Neal & Barton Wright, 1999): enfocadas para personas con principios de demencia, las cuales tratan de empatizar y comprender los sentimientos que la persona pueda tener.
 - La organización de la atención desde el bienestar y preferencias de la persona (Edvardsson, Sandman, & Rsamussen, 2005): tratando de crear un entorno de bienestar para cada persona.

Aportación desde el Trabajo Social

Este método de ACP constituye un gran avance en innovador en la atención geriátrica, para el cual es imprescindible la figura del Trabajador Social dentro del equipo multidisciplinar, ya que es un modelo basado en el ámbito psicosocial.

Así como se describe en el Artículo 5 del Código Deontológico del Trabajo Social, definido por la Flts Mundial en junio de 2012, esta disciplina “promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación de las personas para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno”. Así como se describe la ACP, la cual pretende ser una metodología que promueva un cambio en cuidado de las personas mayores ya sea con o sin dependencia y el aumento de su bienestar.

Dentro de este modelo de atención es muy importante el trabajo que va a desempeñar el Trabajador Social, dado que al ser la persona que realiza la Historia de Vida de la persona, es quien va a realizar el diseño de la intervención basándose en el conocimiento de la persona, y entendiendo el porqué de sus comportamientos y necesidades.

Aunque para esta intervención será muy necesario un trabajo desde el equipo multidisciplinar, cobrando mucha importancia el trabajo y la información a la cual acceden las personas que desempeñan el trabajo de gerocultor/a, ya que van a ser quienes traten diariamente con la persona mayor, conociéndola día a día y descubriendo sus gustos, además de ser quienes lleven a cabo las técnicas desarrolladas por el trabajador social y el resto de los técnicos del centro residencial.

Otro de los términos importantes desde los inicios del Trabajo Social siempre será la individualización, la cual se expresa dentro de los principios generales del Código Deontológico de 2012, “Individualización expresada en la necesidad de adecuar la intervención profesional a las particularidades específicas de cada persona, grupo o comunidad”.

Así como se describe en la ACP, ya que en este método de intervención cada persona es única, por lo que se deberá seguir desarrollando su proyecto vital a pesar de encontrarse en un centro residencial. Esto es muy importante dado que la estigmatización de los centros residenciales para personas mayores hace que, muchas personas creen que el hecho de ingresar en estos centros sea el comienzo del final de sus vidas, o que ya no pueden tener metas o sueños por el hecho de ser personas con una avanzada edad.

Pero esta intervención no solo va a ser individualizada ya que a su vez se realizará una intervención comunitaria. Así como se expresa en el Artículo 12, del Código Deontológico de Trabajo Social, “Los/las profesionales del trabajo social tienen la responsabilidad de ejercitar su profesión a fin de identificar y desarrollar las potencialidades fortalezas de personas, grupos y comunidades para promover su empoderamiento”, debido a que la ACP incluye en la intervención tanto a profesionales, como al entorno familiar y social de la persona. Esta interdependencia se debe a la falsa creencia del aislamiento social de las personas que ingresan en centros residenciales.

Aplicación de la ACP en España

Como explica Pilar Rodríguez, presidenta de la Fundación Pílares, la cual ofrece el certificado AICP, es un cambio que se está desarrollando de manera lenta, debido a que “es un cambio cultural e implica un cambio de paradigma que supone desaprender prácticas que estaban muy asentadas”, además expresa que en muchas ocasiones “porque tiene esa necesidad de apoyos, muchas veces, nos cargamos sus derechos fundamentales, y su autonomía en la toma de decisiones” (Pilar Rodríguez, 2010).

Se puede observar que, en muchos casos, el inconveniente para llevar a cabo la ACP, es la financiación, ya que se alega que se necesita más presupuesto para llevar a cabo este modelo que con el modelo tradicional, a lo que Pilar Rodríguez razona que “el dinero es importante para poder llevar este modelo a cabo en su total envergadura, pero para tratar a la persona desde unas bases éticas y de derechos humanos no es necesaria una gran financiación”.

El origen de la ACP se atribuye al psicólogo Carls Rogers (Martinez, 2013), dado que desarrolló su teoría Terapia Centrada en el Cliente en la década de 1960. Aunque en España no fue hasta la década de 2010, cuando comenzó a implementarse en proyectos como “Etxean Ondo” o “en mi casa”, los cuales fueron realizados por el País Vasco y Castilla y León. Dado que no existía un consenso en el que se definiera de manera clara la ACP hasta 2015, cuando expertos de la Sociedad Americana de Geriátrica definió este modelo como la “averiguación de los valores y preferencias de la persona que, una vez expresados, guían los valores y preferencias de su cuidado, apoyando sus objetivos realistas de la vida y de su salud” (American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care, Brummel-Smith, K., Butler, D., Frieder, M., Gibbs, N., Henry, M., ... & Vladeck, B. C., 2016). Además, tras esta definición expresan la manera en la que los elementos esenciales que rigen la ACP individualizada deben ser reevaluados periódicamente y de manera interdisciplinar, para así garantizar que la persona reciba una adecuada atención a pesar del paso del tiempo.

Uno de los primeros programas en los que se puso en marcha esta metodología, fue con el modelo *Housing*, iniciado hace varias décadas en países desarrollados (Países Nórdicos, EEUU, Australia, etc.) como respuesta a la negativa de la sociedad ante centros residenciales. Este modelo consiste en la reorganización de centros residenciales en diferentes unidades de convivencia, para que de esta manera se proporcionen cuidados a personas que ya no pueden

residir en el domicilio familiar, lo hagan en un centro que se asemeje lo más posible al concepto de hogar (Teresa Martínez, 2013. En: www.acpgerontologia.com). Estas características que deben tener los alojamientos con este modelo son simplificadas por Teresa Martínez en formato de tabla.

Fuente: Teresa Martínez, 2013. En: www.acpgerontologia.com

Características comunes de los alojamientos Modelo Housing
✦ Combinan la existencia espacios privados que garanticen la intimidad con otros comunes que potencien la actividad social.
✦ Permiten y animan a que las personas lleven sus propiedades (muebles, pertenencias) para construir un “hogar propio y significativo”.
✦ Apoyan un modo de vida parecido al hogar y un abordaje terapéutico desde la realización de las actividades cotidianas y significativas para la persona.
✦ Defienden la autodeterminación, el respeto a los proyectos de vida y a las preferencias de las personas.
✦ Ofrecen atención personalizada, desde los derechos y deseos de la persona, incluyendo la asunción de ciertos riesgos.
✦ Apuestan por metodologías de planificación centradas en la persona donde las personas con discapacidades tengan un papel activo en sus cuidados y atención.
✦ Dan importancia al apoyo individual para favorecer, desde la acogida, la adaptación de cada persona y su integración en la unidad.
✦ La dispensación de servicios sociales y sanitarios se realiza habitualmente desde la red local de la comunidad.
✦ Ofrecen atención profesional durante las 24 horas
✦ Se apoya el concepto de vivienda para toda la vida, lo que implica que las personas que viven allí permanecen, si así lo desean hasta el final, no viéndose obligadas a trasladarse a otro recurso ante procesos de deterioro.
✦ Otorgan a las familias un papel central

En España, en el año 2011, se inició un proyecto por parte del Departamento de Trabajo y Asuntos Sociales del Gobierno del País Vasco, llamado “Etxean Ondo”, traducido como “en casa, bien”, el cual se desarrollaba implementando en el cuidado de personas con dependencias, tanto en domicilios como en residencias, el modelo de Atención Integral Centrada en la Persona. Dentro de este proyecto se consideró clave la figura del profesional de referencia. Se consideró clave a la hora de actuar el respeto pleno a la dignidad de la persona, sus derechos, sus intereses y preferencias, para de esta manera que la persona tuviese una participación activa (Fundación Pilares, 2011).

En el año 2017, comenzó en Castilla y León el proyecto llamado “A gusto en mi casa”, el cual se extendió hasta el año 2021, un proyecto en el que tanto los centros de gestión pública como privada se sometían a un cambio de modelo. Este fue inspirado por el modelo “housing”, antes nombrado, de manera que las residencias tradicionales eran reconvertidas, para la implementación de elementos como la autonomía, la planificación centrada en la persona, elementos organizativos, arquitectónicos, y con un ambiente hogareño (Junta de Castilla y León, 2022).

Por último, otro de los proyectos más destacados por los que se comenzó a implementar la ACP en España, es el proyecto “Tu decides como envejecer”, en el año 2013, a partir de la experiencia del Consorcio de Acción Social de Cataluña, el cual busca una nueva manera de entender la atención gerontológica, además de que la persona que vive en centros residenciales se sienta “como en casa”. Este proyecto se basa en tres líneas de actuación: conocer a la persona, capacidad de elección de la persona usuaria e implicación familiar y del entorno.

Albertia Valdespartera

La residencia en la que voy a realizar mi investigación es Albertia Valdespartera, debido a que es el lugar en el que realicé las prácticas del Grado de Trabajo Social y el lugar en el que, gracias a todo el equipo que trabaja en el centro, he podido aprender la importancia de la calidad de vida de las personas mayores, todos los beneficios que existen gracias a las nos sujeciones y la importancia de establecer una buena Atención Centrada en la Persona.

Albertia Valdespartera se encuentra en el barrio de Valdespartera, en Zaragoza, cuenta con 161 plazas residenciales, las cuales pueden ser tanto de larga estancia como de carácter temporal, además de poseer plazas 70 concertadas con el Gobierno de Aragón (Grupo Albertia, 2022).

Cuenta con certificados de calidad como Calidad ISO 9001:2015, Calidad UNE 158101:2015, Seguridad y Salud en el Trabajo ISO 45001:2018, Sistema de Gestión de la Energía UNE-ISO 50001:2018, Protocolo frente al COVID19 o Centro libre de sujeciones químicas Criterios CHROME.

Forma parte del Grupo nacional Albertia en el que como en su misma página web indican “Nuestro compromiso es proporcionar un marco de convivencia a nuestros mayores en el que se garanticen los derechos de las personas, la máxima intimidad y la libertad de elección. Promover su autonomía y realización favoreciendo las relaciones interpersonales y manteniendo los lazos de unión con sus familiares, siempre considerando la individualidad de la persona como ser único y singular” (Grupo Albertia 2022).

En Albertia son especialistas en prácticas de Terapias No Farmacológicas, para de esta manera conseguir la mejora de la calidad de vida de las personas mayores. Entre estas terapias se encuentran las terapias de Estimulación Emocional, Intervención asistida con Perros, Salas y jardines de estimulación multisensorial, Musicoterapia, Actividades de la Vida Diaria o Programas de Entrenamiento de la Memoria, entre otras, todas estas enfocadas a mantener las capacidades físicas, cognitivas y emocionales de los residentes (Grupo Albertia 2022).

METODOLOGÍA

Dentro de este punto se va a desarrollar cómo he planteado y desarrollado la investigación del presente Trabajo de Fin de Grado.

La metodología elegida para este proyecto es una metodología cualitativa, participativa, activa, orientada al grupo, a sus intereses y a la mejora de su calidad de vida. Esto se debe a que se van a investigar las causas que producen una baja calidad de vida de las personas que viven en residencias, a través de entrevistas a los mismos, y a través de la observación dentro del mismo centro. Además, las actividades planteadas en este proyecto integran a las personas a las que este va dirigido, por lo que participan y están implicados activamente.

En primer lugar, se ha desarrollado una tarea de investigación en la que se ha tratado de conocer el centro, los valores tanto del grupo que lo rige, como de las personas que trabajan en él, así como los perfiles de las personas residentes, para de esta manera poder profundizar en el tema. Así mismo, al realizar las entrevistas con las que se ha profundizado en el tema, se han podido observar pequeños detalles en las personas entrevistadas que, sin esa investigación previa y la convivencia con las personas que forman el centro, no habrían podido verse.

Con estas entrevistas, no se ha tratado de obtener datos cuantificables ni estadísticas, debido a que la investigación ha tenido un carácter cualitativo, si no de acercarse a los pequeños problemas cotidianos de los cuales deriva la mala calidad de vida de las personas mayores en centros residenciales.

Por esto, la investigación realizada en este proyecto trata de ser una investigación aplicada, dado que el objetivo es cambiar la realidad social de las personas que viven en centros residenciales, mejorando su calidad de vida y bienestar. Se busca un acercamiento a la realidad de las personas mayores, para de esta manera, crear un proyecto de intervención que pueda actuar en la prevención de la soledad, el aislamiento social o la depresión que pueden sentir las personas que viven en estos centros.

Según las fuentes utilizadas para dicha investigación, se trata de una investigación mixta, en la que la mayor parte de la información necesaria ha sido obtenida por las entrevistas realizadas, pero también por fuentes secundarias a través de una revisión bibliográfica.

El tiempo en el que se ha realizado esta investigación, se ha dividido en varias fases. En primer lugar, se ha realizado una observación activa durante los meses en los que realicé las prácticas del Grado de Trabajo Social en el centro, aprendiendo tanto el funcionamiento de este, como los valores que rigen el método de trabajo, además de conocer a los residentes que posteriormente han sido seleccionados para las entrevistas. En segundo lugar, la realización de las entrevistas, conociendo de primera mano cuales son las variables que más insatisfactorias resultan a los residentes durante su vida cotidiana en el centro. Posteriormente el análisis de los resultados obtenidos, a través de los cuales se han desarrollado las actividades que pretenden mejorar esta calidad de vida en el centro. Y finalmente un monitoreo de la participación de dichas actividades y el índice de mejora de la calidad de vida de las personas residentes.

Los entrevistados han sido seleccionados a través del sorteo de los números de habitaciones en las plantas del centro en las que no se encontraban residentes con deterioro cognitivo, o

problemas psicológicos que pudieran dificultar la actividad de responder a las preguntas planteadas. De esta manera todas las entrevistas se realizaron de manera anónima para la protección de datos de las personas a las que se realizaron.

Las entrevistas han sido creadas, a través de las variables que se quieren medir en este proyecto, como la comodidad en el centro o la percepción de los residentes sobre su estado de salud o privacidad. Para la redacción de las preguntas me he basado en la **Escala FUMAT** (Miguel A. Verdugo Alonso Laura E. Gómez Sanchez Benito Arias Martínez, 2009), la cual trata de desarrollar preguntas enfocadas a la percepción de la calidad de vida de personas que viven en centros residenciales para de esta manera poder desarrollar Planes Individuales de Apoyo. Adaptando las preguntas planteadas de manera que se midieran las variables deseadas como son:

- Comodidad de la persona en el centro residencial
- Seguridad subjetiva
- Calidad de la comida proporcionada por el centro
- Respeto subjetivo hacia la persona por parte del personal
- Limpieza y mantenimiento de las instalaciones
- Entorno social e implicación en el centro
- Atención médica y de enfermería con la que se cuida su bienestar tanto físico como mental
- Privacidad con la que se cuenta en el centro
- Comunicación con las personas trabajadoras del centro
- Peticiones subjetivas que le gustaría mejorar por parte del residente

Estas preguntas fueron seleccionadas, para realizar entrevistas semiestructuradas en las que se pudiera mantener una conversación con la persona entrevistada, a través de la cual comprender el porqué de la percepción de insatisfacción dentro del centro. Por lo que esta se define como “el objetivo último es acceder a la perspectiva del sujeto estudiado: comprender sus categorías mentales, sus interpretaciones, sus percepciones y sus sentimientos, los motivos de sus actos. Siendo la entrevista cualitativa una conversación” (Corbetta, 2003: 368)

Todas las entrevistas fueron realizadas de manera individual, en lugares tranquilos, así como las habitaciones de los residentes, o salones comunes que en ese momento se encontraban vacíos.

Con respecto al papel que he realizado con entrevistadora, ha sido lo más objetivo posible, teniendo en cuenta que todas las personas a las que se ha realizado la entrevista me conocen por mi vinculación profesional al centro, teniéndome algunas un cariño especial, lo que hacía que depositaran en mí más confianza de la que depositarían en personas externas a su entorno, creando así una relación cercana y de empatía con los residentes. Al comenzar las entrevistas en todo momento se ha hecho una introducción en la que se ha explicado de qué trata el proyecto, así como el contenido de las entrevistas, y las condiciones de anonimato y tratamiento de datos personales. El tiempo invertido en cada entrevista ha variado según la persona a la que se hacía la entrevista, siendo este de entre 30 y 60 minutos de duración. Para la transcripción de estas, al no poder ser grabadas, tomé apuntes durante las conversaciones, para así poder redactarlas el mismo día en el que las hacía y no perder los detalles más importantes de estas.

Al comienzo de la investigación se planteó poder hacer entrevistas a familiares de las personas que residen en el centro, pero esto se descartó debido a la dificultad de poder obtener una muestra representativa, ya que algunas de las personas que residen en el centro no tienen relaciones estables con estos, además se llegó a la conclusión de que las opiniones de calidad de vida que se podían obtener a través de esas entrevistas se basaban en lo que los residentes les decían y no en datos objetivos.

IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Análisis de participantes

Para comprender mejor quien son las personas involucradas en este proyecto, sus características, motivaciones o comportamientos, se ha hecho un análisis de las personas que componen el centro y su entorno, ya sean participantes directos o indirectos.

Al realizar la investigación sobre las personas involucradas en este proyecto se encuentran los siguientes participantes:

- Personas residentes del centro: son todas aquellas personas mayores que son residentes en el centro, que no presenten deterioro cognitivo.
- Profesionales del centro, tanto técnicos como equipo auxiliar: los cuales son los encargados de que las personas se encuentren a gusto y se cubren sus necesidades.
- Familiares y amigos de las personas residentes: ya que estas personas son las que componen su círculo social fuera del centro.
- Fundaciones de Zaragoza que colaboran con personas mayores, así como:
 - o FUNDAZ, Fundación Agustina de Aragón: la cual, así como indica en su página web, trata de apoyar a los colectivos más vulnerables como es el de las personas mayores, tratando de promover un envejecimiento activo y saludable.
 - o FABZ siendo esta la Federación de Asociaciones de Barrios de Zaragoza, en la que se encuentra la comisión de personas mayores, la cual, como se indica en su página web trabajan por la mejora de la calidad de vida y la defensa de los derechos de las personas mayores
 - o Seniors en Red: la cual trata de favorecer las relaciones personales e intergeneracionales a través del voluntariado para combatir la soledad de las personas mayores
- También se encuentran participantes del entorno del centro como puede ser:
 - o El Colegio Público Integrado San Jorge: dentro de este centro se pueden encontrar las etapas educativas de Infantil, Primaria y Educación Secundaria, además de ser un centro bilingüe. Situado en la Calle El Tambor de Hojalata, a escasos metros del centro Albertia Valdespartera.
 - o La Asociación de Vecinos “Los Montes” de Valdespartera: asociación que lucha por los derechos de las personas del barrio, además de programar actividades para todas las edades.

Tras esta selección de participantes, se ha hecho un análisis en el que poder ver cuáles son los problemas que cada grupo plantea, sus intereses y los recursos que podrían aportar en el desarrollo del proyecto:

TABLA 1: GRUPOS DE INTERÉS

GRUPOS	INTERESES	PROBLEMAS PERCIBIDOS	RECURSOS Y MANDATOS
Personas residentes	-Mejorar la calidad de vida y bienestar viviendo en un centro residencial -Evitar aislamiento social -Evitar el empeoramiento tanto físico como psicológico	-Sentimiento de soledad -Aislamiento social -Percepción de abandono	-Realizar quejas y reclamos -Necesidad de participación
Profesionales del centro	-Aumentar la motivación laboral -Mejora de conocimientos -Mejora de las relaciones laborales	-Mal método de trabajo -Mucha carga laboral -Poco conocimiento de las personas a las que se asiste -Poca posibilidad de desarrollo laboral	-Poder conocer a los residentes en su día a día -Poder crear recursos con los que mejorar la calidad de vida de las personas residentes
Familiares y amigos	-Evitar el aislamiento de su familiar -Mejora de la calidad de vida de su familiar -Deseo de que su familiar reciba los mejores cuidados	-Proceso de duelo al ingresar a sus familiares en el centro	-Pago de las cuotas del centro -Conocimiento de los gustos y necesidades de los residentes -Colocación de quejas y reclamaciones que ayuden en la mejora del centro
Asociaciones	-Deseo de participación en las actividades del centro	Ninguno	-Voluntarios que acompañen a las personas residentes en su día a día -Posibilidad de realización de actividades
Colegio Publico	-Crear relaciones intergeneracionales entre niños y personas mayores -Posibilidad de aprendizaje mutuo y desarrollo de capacidades	Ninguno	-Posibilidad de desplazarse al centro para encuentros intergeneracionales -Posibilidad de realizar actividades junto a los niños

Fuente: Elaboración propia

Una vez identificados los grupos más importantes y con más relevancia que van a participar en el proyecto, y sobre los que se van a realizar las actividades, se ha procedido a generar estrategias con las definir los objetivos, además de los componentes de las actividades.

TABLA 2: ESTRATEGIAS PARA EL GRUPO DE INTERÉS

GRUPOS	ESTRATEGIAS
Personas residentes	-Crear actividades que hagan que mejoren las relaciones sociales y la autoestima de los residentes
Profesionales del centro	-Generar relaciones de confianza con los residentes -Monitorizar de manera individual la satisfacción en el trabajo
Familiares y amigos	-Llevar a cabo un programa de comunicación continuo en el que sepan cuales como se desarrolla el proyecto y la mejora de las personas que participan en él
Asociaciones	-Gestionar junto a estos, actividades de ocio
Colegio público	-Crear un espacio intergeneracional, a través de actividades conjuntas

Fuente: Elaboración propia

Análisis de los problemas

Tras la realización de las entrevistas se han podido desarrollar los problemas por los que las personas residentes del centro pueden ver su calidad de vida deteriorada.

Como problema focal se ha desarrollado la baja calidad de vida de las personas mayores en residencias. Este deterioro de la calidad de vida al ingresar en el centro, da lugar a otros problemas a los cuales se debe dar solución a través de la Atención Centrada en la Persona.

Algunos de los problemas que se pueden encontrar están relacionados con las necesidades básicas de la personas, así como, la necesidad de ver atendida su salud, tanto por el servicio médico como por el servicio de enfermería, en este sentido también se nombra mucho la necesidad de la fisioterapia para poder seguir sintiéndose activos a través de la rehabilitación; la necesidad de sentirse seguros, en especial por el quipo gerocultor, ya que en muchos de los casos las personas que ingresan en el centro lo hace para evitar caídas o por la necesidad de supervisión a la hora de realizar tareas básicas de la vida diaria; también se encuentra como problema la limpieza y el mantenimiento que hay en el centro, ya que es uno de los ítems que más preocupa a las personas mayores; o incluso la privacidad que encuentran en el entorno en el que viven, dado que las habitaciones individuales comparten baño con la habitación contigua y las dobles tienen un baño para dos personas, además, en muchas ocasiones al tener la necesidad de supervisión a la hora del aseo dan por hecho que han perdido toda su intimidad.

Como problema común al que todas las personas residentes dan la mayor importancia tenemos la hora de las comidas, ya que como se ha comentado en las entrevistas, en la mayor parte de los casos, no está a su gusto, no se adaptan al horario, no les gusta la compañía, etc. En los casos que han ingresado recientemente, destacan que lo que peor encuentran es la habituación a los horarios establecidos, el hecho de comer con personas que no se encuentran en su entorno, o no poder elegir lo que quieren comer cada día.

A través de las conversaciones realizadas con los residentes a la hora de hacer las entrevistas, y tras hacer una observación activa durante un tiempo, se ha detectado que el problema de la mayor parte de las personas es el entorno social, o la falta de relaciones dentro del centro.

Esta falta de un entorno social estable y relaciones de confianza es otro de los problemas que más se destacan, ya que la adaptación a un nuevo entorno puede llegar a ser un proceso muy duro para la persona. En general, la adaptación a una rutina y unas nuevas relaciones sociales suele ser de un mes, incluso dos, dependiendo de las capacidades sociales de la persona. Pero también se encuentra el caso de no adaptarse a las nuevas personas con las que se convive, lo cual puede generar una sensación de malestar en la persona, además de un sentimiento de soledad y tristeza.

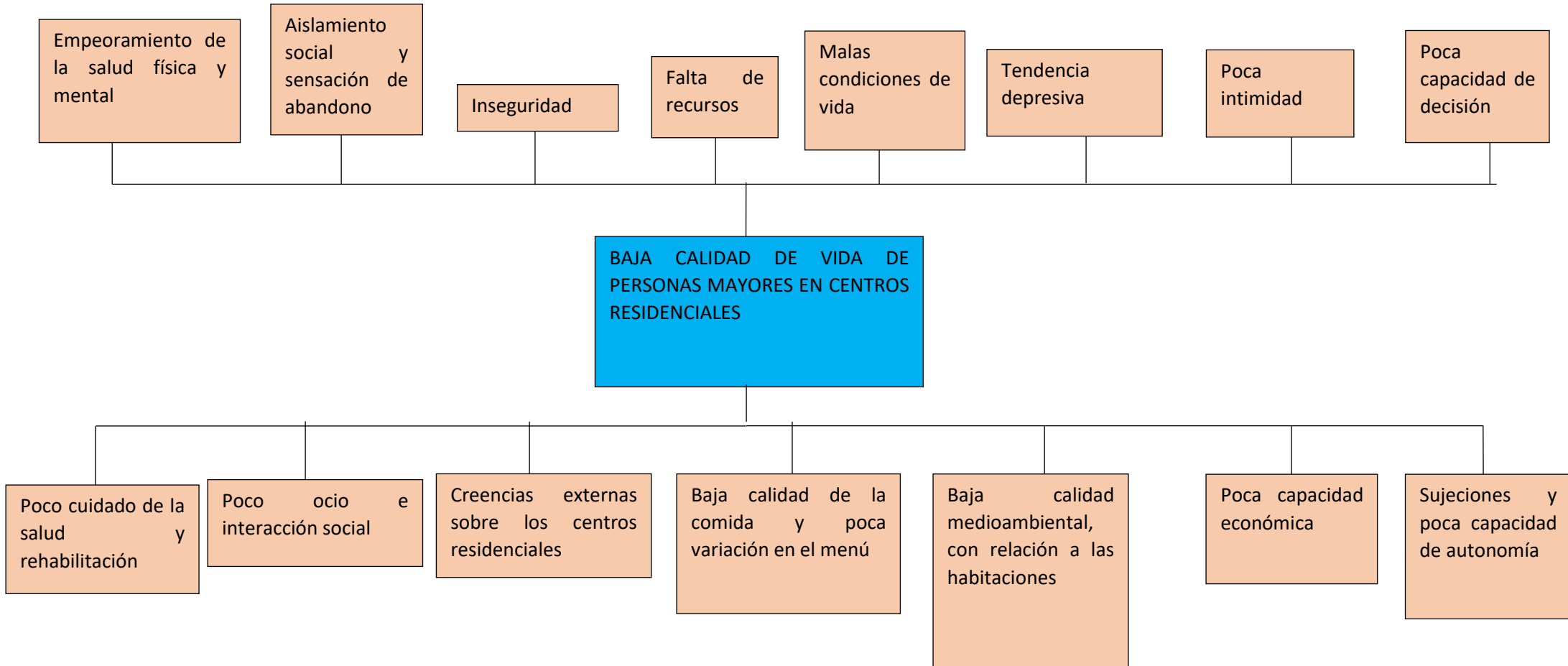
Este entorno social favorable afecta en gran medida en la hora de las comidas, ya que puede ser un momento de tensión e incomodidad para la persona, en el cual se puede desarrollar mayor irritabilidad. Este sentimiento de irritabilidad se produce por la frustración que la persona siente al no poder elegir como, cuando y con quien realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria, en especial la comida.

Esto no hace que haya que minimizar las quejas de las personas con respecto a la comida, pero hay que tener en cuenta que algunas de estas pueden ser derivadas de esta frustración.

Por lo tanto, el problema sobre el que se va a desarrollar este proyecto para la mejora de la calidad de vida de las personas mayores en centros residenciales es el desarrollo de actividades para la mejora de las relaciones interpersonales y el aumento de la autoestima en las personas del centro, además, de facilitar la adaptación al centro en el momento del ingreso.

Gracias a estas entrevistas y problemas detectados, se ha podido generar el árbol de problemas en el que se observa, en el centro el problema principal. Bajo este se encuentran las causas que pueden producir este problema, y por encima los efectos o consecuencias que son derivados del problema principal, en este caso los efectos que sufren las personas mayores en centros residenciales al ver reducida su calidad de vida.

TABLA 3: ÁRBOL DE PROBLEMAS



Fuente: Elaboración propia

Análisis de los objetivos

A través de este análisis de objetivos, se va a tratar de transformar el árbol de problemas hecho previamente, para de esta manera visualizar una resolución de problemas. De esta manera, se han transcrito los problemas en objetivos.

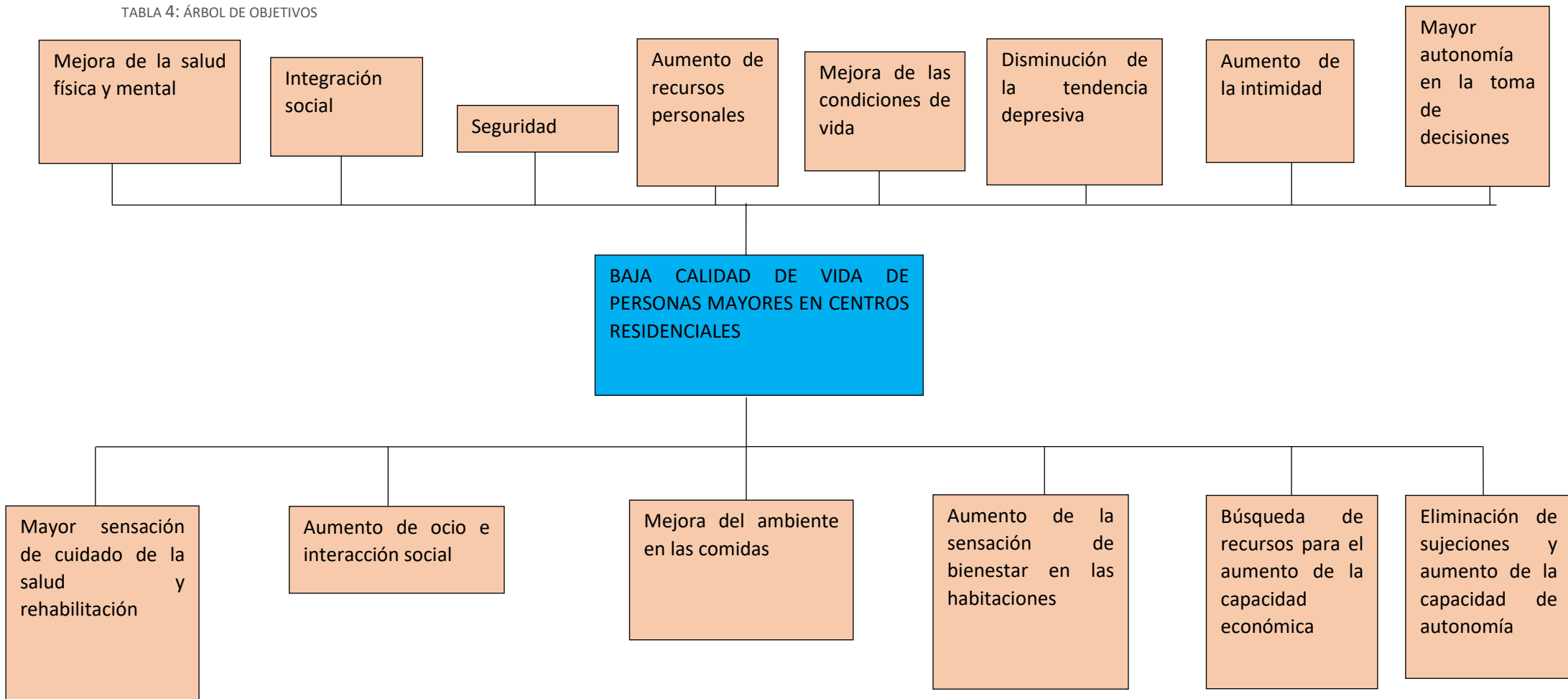
Como se ha nombrado anteriormente el problema focal era la pérdida de la calidad de vida de las personas mayores en centros de atención residencial, por lo que el objetivo central se basa en la mejora de esa calidad de vida de las personas mayores en centros de atención residencial.

Para conseguirlo se han marcado objetivos como la mejora de los cuidados tanto físicos como psicológicos, el aumento del ocio y la interacción social, la mejora del ambiente en las comidas, el aumento de la sensación de bienestar en las habitaciones, o la búsqueda de recursos externos.

En cambio, tras realizar el análisis de los objetivos que se han marcado, se procede a estudiar cuales de ellos serían objetivos irreales, como por ejemplo la mejora de los recursos médicos, ya que dentro de nuestro proyecto sería demasiado ambicioso tanto por la falta de nuevos recursos profesionales como económicos. Por lo que, dado que se trata de un proyecto social, voy a centrar este en los objetivos mejorables conexos a las relaciones sociales. Por ello, la intervención va a ser en torno a objetivos como son la mejora de la integridad social, el aumento de la autoestima para evitar trastornos depresivos, o la prevención del sentimiento de abandono o soledad.

De esta manera a través de estos objetivos se trata de mejorar el problema focal, y en consecuencia mejorar la calidad de vida de las personas residentes en el centro.

TABLA 4: ÁRBOL DE OBJETIVOS



Fuente: Elaboración propia

Análisis de alternativas

En primer lugar, se identifican las alternativas que pueden ser estrategias viables dentro del proyecto.

Para realizar esta selección de objetivos viables, me he centrado en la naturaleza social del proyecto, dando la mayor importancia a los problemas que tienen su causa en las relaciones sociales de las personas que residen en el centro, ya sea con sus iguales o con el entorno social que tienen en el exterior.

Entre estas alternativas identificadas se plantean varias, con sus respectivas estrategias:

1. Mejorar la salud física y psicológica de las personas del centro
 - Aumento de los recursos sanitarios
2. Mejorar el ocio y la interacción social
 - Aumento de actividades de tiempo libre
 - Creación de grupos afines a través del “quiero conocerte”
3. Mejorar el ambiente en la hora de las comidas
 - Creación de una organización con personas afines dentro del comedor
4. Mejorar el bienestar dentro de las habitaciones
 - Taller de decoración de habitaciones junto a familias para así crear un ambiente de confort para la persona
5. Dar a conocer recursos económicos para la mejora de la capacidad económica
 - Reuniones junto a la familia para dar información sobre recursos externos como la tramitación de la dependencia u otras prestaciones
6. Aumento de la autonomía
 - Eliminación de sujeciones
 - Posibilidad de participación en la toma de decisiones

Pero estas se han de filtrar por unos criterios específicos para determinar si es viable abordarlas a través de nuestro proyecto y cuáles son aquellas que son las que más se ajustan a los criterios de la investigación. Valoramos estas alternativas cuantitativamente, basándonos en una enumeración del 1 al 3, donde el 1 se corresponde a un nivel bajo, el 2 a un nivel medio y el 3 a un nivel alto.

TABLA 5: ANÁLISIS DE ALTERNATIVAS

CRITERIOS	ALTERNATIVAS					
	Mejora de la salud	Mejora del ocio	Ambiente de las comidas	Bienestar en las habitaciones	Recursos económicos	Mayor autonomía
Tiempo	3	2	1	2	1	3
Coste	3	2	1	2	1	2
Impacto en las relaciones internas	1	3	3	3	1	2
Riesgo de soledad	1	3	3	2	1	2
Bienestar social	2	3	3	2	1	3
Viabilidad	1	3	3	2	2	2
TOTAL	11	16	14	13	7	14

Fuente: Elaboración propia

Como se puede ver, tras puntuar la gravedad de las alternativas según los criterios establecidos, las que son más factibles de hacer a través de este proyecto, son la Mejora del ocio, mejorar el ambiente en las comidas, promover el bienestar en las habitaciones y mejorar la autonomía, siendo estas las que más impacto tendrían sobre los residentes del centro.

Por lo que las alternativas posibles son:

1. Mejora del ocio
2. Mejora del ambiente en las comidas y en las habitaciones

FORMULACIÓN DEL PROYECTO

Estructura analítica del proyecto

Tras analizar las alternativas que se presentan para poder desarrollar este proyecto, se describe el problema central, el cual es el más posible de conseguir a través de este proyecto.

Por lo tanto, el fin de este proyecto es conseguir la mejora de la calidad de vida de las personas mayores en centros de atención residencial, será la mejora del ocio de estas personas y el ambiente en la hora de las comidas.

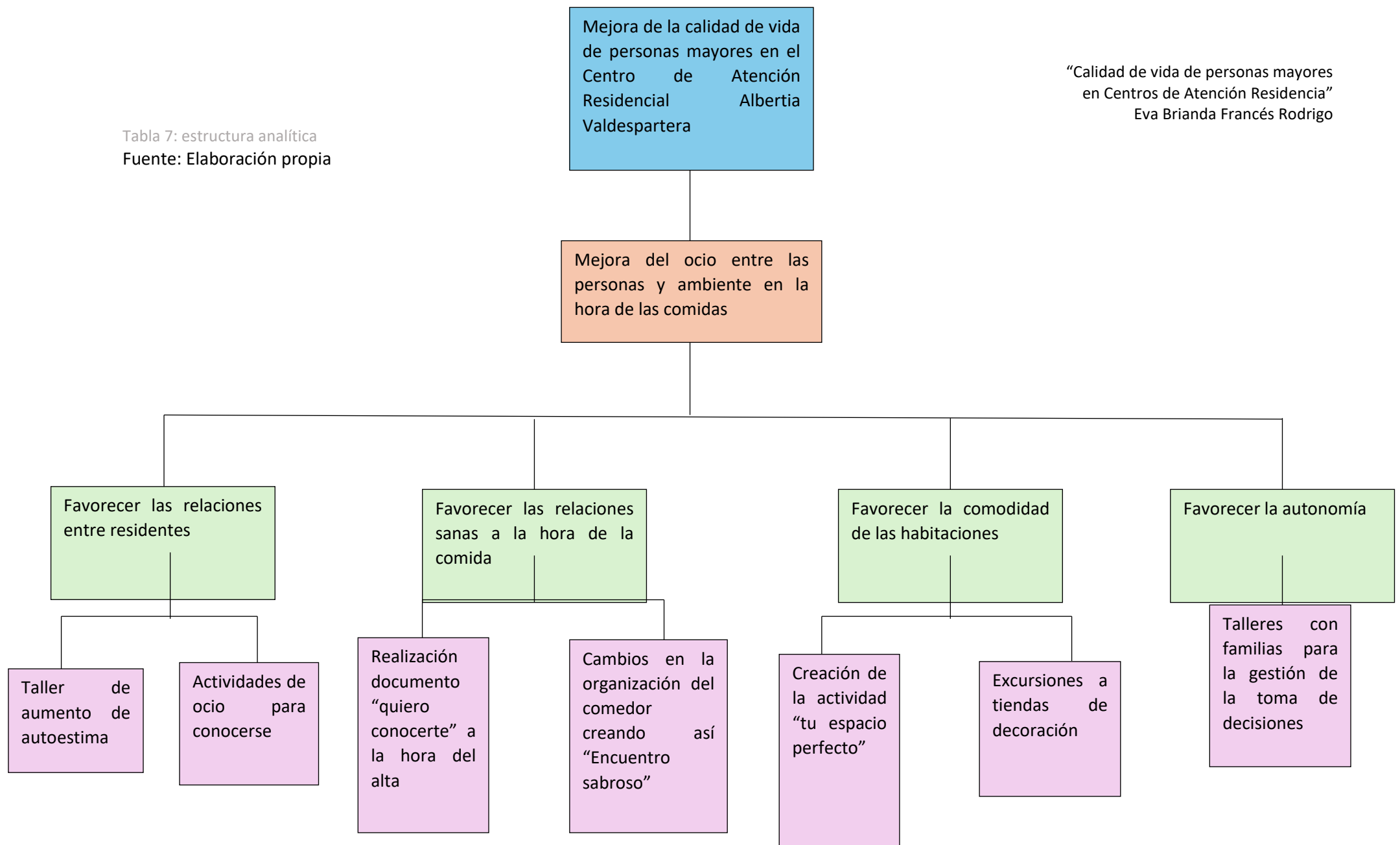
La finalidad de este proyecto es dar respuesta a una serie de preguntas que son fundamentales para poder ponerlo en marcha.

TABLA 6: CUESTIONES DEL PROYECTO

CUESTIONES	PROYECTO
QUÉ	Aumento de la calidad de vida de las personas mayores en Centros de Atención Residencial
POR QUÉ	Porque el aumento de la calidad de vida incluye la inclusión social entre las personas del centro
PARA QUÉ	Para mejorar las relaciones sociales tanto dentro como fuera del centro de los residentes
CUÁNTO	El desarrollo del proyecto está pensado para ser aplicado durante 4 meses
DÓNDE	En el Centro Albertia Valdespartera
CÓMO	A través de talleres y actividades dirigidas a los residentes
QUIÉNES	Todo el equipo multidisciplinas (Trabajo Social, Terapia Ocupacional, Psicólogo, Monitor, etc), las familias y el equipo auxiliar
CON QUÉ	A través de la financiación del propio centro dado que es privado y las familias de los propios residentes

Fuente: Elaboración propia

Tabla 7: estructura analítica
Fuente: Elaboración propia



Matriz Marco Lógico

TABLA 8: MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

	LÓGICA DE LA INTERVENCIÓN	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	HIPÓTESIS Y FACTORES EXTERNOS
OBJETIVO GENERAL	Mejorar la calidad de vida de las personas mayores en Centros de Atención Residencial. En concreto en el Centro Albertia Valdespartera	Mejora de la calidad de vida de al menos un 70% de los residentes objeto de la intervención	Mediante encuestas de satisfacción tanto a residentes como a familiares que demuestren las mejoras realizadas en los participantes. Además, de realizar entrevistas posteriores a la intervención para verificar el grado de satisfacción	Desarrollo de actividades que ayuden a la mejora de dicha calidad de vida
OBJETIVO ESPECÍFICO	Crear un entorno social favorable para la convivencia de las personas del centro.	Mejora de las relaciones sociales de al menos el 70% de las personas residentes objeto de intervención	Mediante una evaluación continua durante el proyecto y un seguimiento de las mejoras una vez finalice nuestro proyecto, en coordinación con todo el equipo multidisciplinar.	Desarrollo actividades e iniciativas que supongan una amenaza o beneficio para alcanzar o no el objetivo general, dado que el proyecto depende, en mayor parte, tanto de la participación de las familias como de la financiación del centro.,
RESULTADOS	Se quiere conseguir la mejora de la confianza y la autoestima en sí mismos de los residentes	Al menos el 70% de las personas participantes en el proyecto ven mejorada su autoestima y confianza, además de ver reforzadas	La información será obtenida a través del equipo multidisciplinar que en cada una de las actividades realizará una evaluación del desarrollo de la	Hay que tener en cuenta diferentes sucesos que pueden interferir en el desarrollo de este proyecto ya que como se

	<p>participantes.</p> <p>Por otra parte, que mejoren las relaciones entre las personas convivientes en el centro, creando así lazos fuertes de confianza y que cada persona pueda tener un círculo social estable.</p> <p>También se buscará mejorar las relaciones con las familias de las personas participantes, para de esta manera mejorar su entorno social.</p> <p>Otra tarea que se pretende conseguir a través de este proyecto es la mejora del ambiente tanto en la hora de las comidas como en las habitaciones.</p>	<p>sus relaciones tanto dentro como fuera del centro, demostrando tener mejores relaciones a la hora de la convivencia, tanto en la hora de las comidas como en los lugares en los que conviven de manera habitual.</p>	<p>actividad, de manera que se cree un entorno social favorable para las personas residentes en el centro. A esto se incluirán encuestas de satisfacción.</p>	<p>ha podido ver a través de las entrevistas realizadas, el hecho de que exista un ambiente de convivencia favorable y una estabilidad en las relaciones puede hacer que la calidad de vida de las personas dentro del centro mejore en gran manera, dejando de sentir ese sentimiento de abandono o soledad.</p>
--	--	---	---	---

<p>ACTIVIDADES</p>	<p>Creación de fichas “quiero conocerte”, en la llegada al centro para poder crear grupos afines, con los que poder crear un ambiente en el comedor cálido y cómodo.</p> <p>Talleres junto a familias para la decoración de la habitación, de esta manera los residentes podrán sentir su habitación como un entorno cálido y acogedor.</p> <p>Actividades que fomenten el conocimiento de las personas convivientes, además, de aumentar la autoestima y la confianza en sí mismos de cada uno de los miembros del proyecto.</p> <p>Asambleas semanales en las que los residentes puedan expresar sus necesidades y las quejas que</p>	<p>RECURSOS:</p> <p>Propios profesionales del centro, así como psicóloga, trabajador social, terapeuta ocupacional, etc.</p> <p>Instalaciones adecuadas como salas de reuniones o realización de actividades.</p> <p>Furgoneta adaptada del propio centro para hacer actividades en el exterior del centro.</p> <p>Asociaciones o recursos externo que participen en la realización de actividades con las personas mayores, así como asociaciones que realizan actuaciones o el colegio con el que se hacen encuentros intergeneracionales.</p>	<p>COSTES/PRESUPUESTOS:</p> <p>Se cuenta con el presupuesto propio del centro destinado a actividades, además de los profesionales de este.</p> <p>También en algunas de las actividades que puedan tener un coste mayor las familias pagarían un pequeño copago de uno 2/3€, así como para la realización de excursiones en las que se podría necesitar entrada la cual abonaría también la familia.</p>	<p>Un factor muy importante es la participación activa de las personas residentes que forman parte del proyecto.</p> <p>Se debe mantener el interés por realizar las actividades y hacer que sientan que se produce un cambio en sus relaciones sociales, además de que tras este proyecto podrán ver mejorada su calidad de vida del centro.</p>
--------------------	---	--	---	---

	<p>puedan tener sobre el centro y su funcionamiento.</p> <p>Grupos de ayuda con familiares en los que tanto residentes como familiares puedan expresar cómo se sienten.</p> <p>Encuentros con el colegio que se encuentra en la misma calle que el centro, para de esta manera fomentar las relaciones intergeneracionales.</p>			
--	---	--	--	--

Fuente: Elaboración propia

Metodología

Tras la realización de una investigación en la que se han detectado los problemas principales de la baja calidad de vida de las personas mayores en centros de atención residencial en el centro privado Albertia Valdespartera, a través de entrevistas.

Para la elección de las personas a las que se iba a realizar la entrevista sobre la calidad de vida en el centro, se ha comenzado seleccionando a un grupo de 25 personas que se encontraban bien cognitivamente, de manera que según la organización del centro se ha realizado un sorteo con los números de las habitaciones de las plantas 3 y 5.

Ambas plantas cuentan con 17 habitaciones tanto de carácter individual como dobles, incluyéndolas todas en dicho sorteo, además de incluir las personas que se encuentran en habitaciones triple con dichas características, lo que se traduce en 40 plazas, identificando las plazas dobles como V (Ventana) y P (puerta), dependiendo del lugar en el que se encuentra la cama.

Las habitaciones seleccionadas han sido:

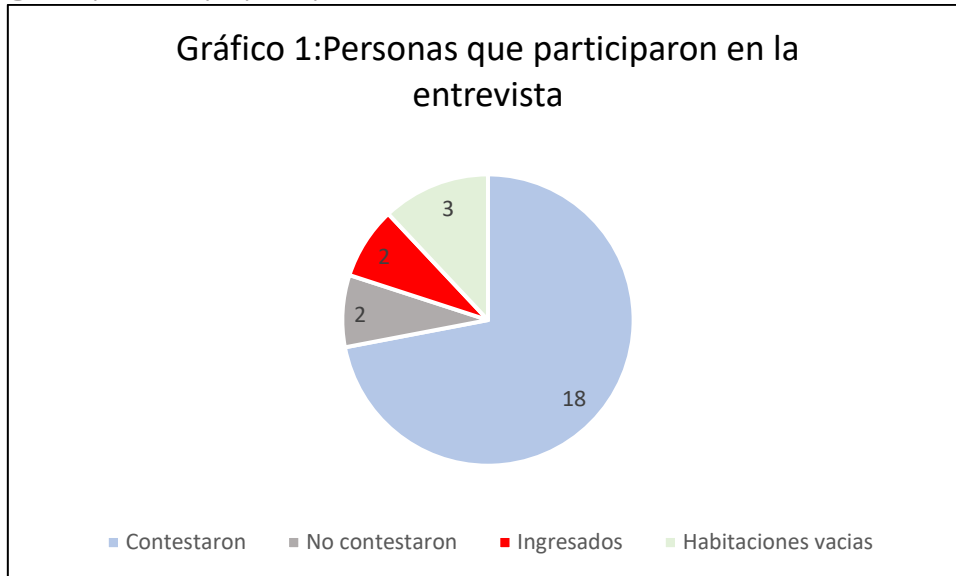
- Planta 3: 302, 303V, 303P, 305, 306V, 306P, 307V, 312, 313, 314V, 315, 318
- Planta 5: 503V, 503P, 504, 505, 506V, 510, 511, 512P, 513, 514V, 516
- Planta 7: 714V, 714P

Por otro lado, también como participantes indirectos se encuentran los trabajadores del centro, los cuales fueron conocedores de este proyecto, en especial la directora que fue quien dio su consentimiento para realizar las entrevistas, además de facilitarme la encuesta anual que el Grupo Albertia realiza a los residentes para conocer su grado de satisfacción. Además de las familias, las cuales también fueron informadas por parte de sus familiares de dicho proyecto.

Todas las encuestas realizadas han sido archivadas de manera anónima, incluso sin indicar el número de habitación para preservar su intimidad.

A la hora de la realización de las entrevistas se puede observar que no todas fueron realizadas, ya que algunas habitaciones se encontraban vacías, había personas ingresadas o incluso personas que no quisieron participar en el proyecto.

Tabla 9: gráfico personas que participaron en la entrevista



Fuente: elaboración propia

Dentro de la selección de las entrevistas también se puede observar como la mayor parte de los participantes son mujeres, debido a que en proporción las estadísticas del centro demuestran que hay más mujeres que hombres ingresados.

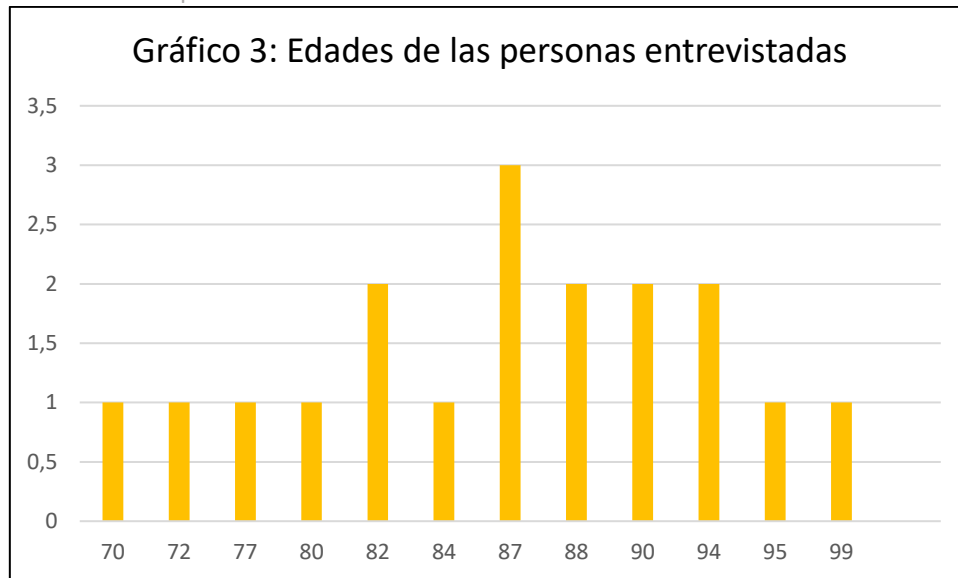
Tabla 10: diferenciación por sexo



Fuente: Elaboración propia

Con respecto a las edades de las personas que han participado en las entrevistas se puede observar un gran rango de entre 70 y 99 años, siendo la media de edad unos 84 años de las personas entrevistadas. Así como se puede observar en el Gráfico 3.

Tabla 11: Edades de las personas entrevistadas



Fuente: Elaboración propia

Tras estas entrevistas se ha llevado a cabo un análisis de los problemas que más se mencionan en estas a través del árbol de objetivos. A continuación, se ha llevado a cabo el árbol de objetivos, tras el cual con la selección de las alternativas se ha seleccionado aquellas que es más posible realizar con los recursos del centro y sus posibilidades, para poder poner en marcha este proyecto.

Una vez realizado este análisis, seleccionados los participantes, y a través de la matriz de Marco Lógico haber definido los objetivos tanto general, como específico del proyecto, se debe hacer un presupuesto en el que se valoren los costes que puede suponer el desarrollo de este al propio centro, además de realizar una reunión con todo el equipo multidisciplinar para de esta manera explicar de una manera detallada todo lo que se va a realizar y cuál es la función de cada uno de los técnicos.

Es importante detallar el tipo de metodología que se va a llevar a cabo durante la realización de este proyecto, la cual será una metodología participativa, ya que se va a intervenir de una manera activa para producir un cambio en las relaciones de las personas residentes, además de porque se van a realizar actividades en las que las personas que cumplen las características van a ser partícipes. Aunque también encontramos grupos indirectos como pueden ser las familias.

Este proyecto busca ser mayormente práctico para producir el mayor impacto social, a través del modelo de Atención Centrada en la Persona por el que se rige el centro, estando los residentes en constante interacción con los profesionales, a través de las actividades como durante la vida diaria del centro.

Actividades

Para poder hacer posible este proyecto el desarrollo de las actividades previamente nombradas en la Matriz Marco Lógico, son de imprescindible realización.

No todas las actividades planteadas son de carácter grupal, dado que, a través de la Atención Centrada en la Persona, también se pretende conocer a las personas de manera individualizada y la realización de actividades personalizadas.

En primer lugar, se quiere realizar las actividades que más se centran en las emociones y en conocer a las personas residentes, de manera que se puedan adaptar las actividades a los diferentes grupos afines. Esto se hace a través de las fichas individuales “quiero conocerte”

En segundo lugar, se llevarían a cabo las actividades grupales, a través de las que se pretende aumentar la confianza de las personas en sí mismas y su autoestima, además de fomentar las relaciones sociales entre los residentes. Dentro de estas entran algunas actividades como:

- **La “pelota Feliz”**: en esta actividad las personas se pondrán en círculo sosteniendo una de ellas una pelota, la cual irá pasándose entre los residentes, cuando alguien tiene dicha pelota será el encargado de contar una anécdota feliz de su pasado, la cual recuerde con cariño.
- **“Cartas al cielo”**: se trata de que las personas participantes escriban una carta con lo que les gustaría decir a un ser querido que ya no está, una vez escritas no serán leídas a los demás ya que es de carácter privado. Acompañados del personal del centro los residentes saldrán a la plaza cercana al centro y uno por uno entregarán dicha carta al técnico diciendo el nombre de la persona a la que va dirigida, seguidamente la persona responsable quemará la carta simbolizando que lo escrito le ha sido mandado a la persona destinataria.
- **“Got Talent”** (de dos sesiones de duración): en esta actividad las personas participantes elegirán algo que se les dé muy bien hacer, ya sea una canción, un teatro, etc. Durante la primera sesión cada uno elegirá lo que quiere, y durante la segunda sesión se realizará una demostración de estas habilidades, a la cual también pueden acudir familiares.
- **“Elecciones de Valdespartera”** (tres sesiones de duración): durante esta actividad las personas tendrán que decir sus mejores características para de esta manera hacer unas elecciones para nombrar al rey y la reina del centro.
- **Pasillo de la autoestima**; en la última actividad del taller se realizará el pasillo de la autoestima, en esta actividad las personas se pondrán en dos filas y cada una irá pasado por el medio con los ojos cerrados (siempre con supervisión y acompañado de un técnico) mientras el resto de los miembros dice un adjetivo calificativo bueno de esa persona.

En tercer lugar, tras conocer a las personas y crear grupos afines se desarrollaría la elaboración de la distribución personalizada del comedor para así poder crear el “encuentro sabroso”, en el que las personas se encuentren en un entorno cálido y cómodo a la hora de la comida.

Por último, se plantea, la realización junto a las familias de los talleres de decoración de las habitaciones, en el que las personas pueden traer recuerdos, fotografías especiales, o detalles que les recuerden a su hogar, para de esta manera convertir su habitación en un lugar seguro en el que poder sentirse cómodo. De esta manera al colaborar con las familias se quiere eliminar el sentimiento de abandono que puede derivar del ingreso de la persona en el centro.

Tabla 12: ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	OBJETIVO	IMPLANTACIÓN
1. Creación “quiero conocerte”	Conocimiento de cada una de las personas de manera individualizada, para así poder adaptar las actividades y programas a los gustos de la persona	Para los nuevos ingresos a la hora de entrar en el centro. Para las personas ya residentes, hacerlo de manera individual de manera progresiva durante las primeras semanas
2. Talleres de aumento de autoestima	Aumentar la autoestima de cada una de las personas y la confianza en sí mismos.	Una vez a la semana, durante los cuatro meses que dura el proyecto
3. Creación del comedor “encuentro sabroso”	Crear un ambiente cálido y de confort a la hora de las comidas, fomentando el deseo de realizarlas y las relaciones con el resto de los residentes afines	Tras la creación del “Quiero conocerte” se implanta durante todos los días a la hora de las comidas, pudiendo ir cambiando tras el seguimiento y la evolución de este en las reuniones de equipo
4. Taller de decoración de habitaciones	Crear un ambiente de bienestar a la hora de estar en la habitación, además de eliminar el sentimiento de abandono tanto para la familia como para el residente	Una vez al mes a partir del segundo mes de creación del proyecto.

Fuente: Elaboración propia

Temporalización

Se plantea la elaboración de estas actividades a través de un cronograma dividido por semanas dado que las actividades durante estas se organizarán en coordinación con las actividades del centro ya existentes. La duración del proyecto por lo tanto será de 13 semanas, en este caso planteado para los meses de junio, julio, y agosto.

Como se puede ver hay talleres o actividades que se realizan de manera semanal, en cambio hay actividades como las reuniones de equipo o la actividad 4 que se realiza de manera mensual.

Aunque este proyecto está orientado para trece semanas, puede alargarse en el tiempo, según la evaluación y el seguimiento que el centro haga del mismo, siendo algunas actividades planteadas para su prolongación incluso para nuevos residentes.

Tabla 13: cronograma por semanas

	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6	Semana 7	Semana 8	Semana 9	Semana 10	Semana 11	Semana 12	Semana 13
Reunión de equipo	Yellow				Yellow				Yellow				Yellow
A.1	Pink	Pink	Pink										
A.2				Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue
A.3				Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
A.4	Grey				Grey				Grey				Grey

Fuente: elaboración propia

Este cronograma será complementado a partir de unos indicadores de seguimiento de cada una de las actividades, para de esta manera durante las reuniones de equipo poder llevar un control sobre cómo se está realizando la actividad, además de tener la posibilidad de ser modificada para mejorarla.

Tabla 14: indicadores de seguimiento de las actividades

ACTIVIDAD	INDICADOR	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
Actividad: Creación “quiero conocerte”	Al menos el 80% de las personas participantes del proyecto que residen en el centro tienen la ficha “quiero conocerte” hecha cuando acabe el proyecto. Además, el 100% de los nuevos residentes que cumplan las características del proyecto también la tendrían realizada	Se comprobará de manera que todo el equipo pueda ver subida en la aplicación R+ cada una de las fichas para de esta manera poder conocer al residente.
Actividad: Talleres de aumento de autoestima	Al menos el 70% de las personas participantes en el proyecto asisten a las actividades y han conseguido mejorar su autoestima y la confianza en sí mismos	Control de asistencia Breves entrevistas individuales antes y después del proyecto
Actividad: Creación del comedor “encuentro sabroso”	Al menos el 80% de las personas que participan en el proyecto han mejorado las relaciones con el resto de las personas del centro, no solo en el comedor sino también a la hora de la convivencia.	Este indicador podrá medirse a través del seguimiento llevado a cabo en cada una de las comidas, además, de ser medido a través del nivel y porcentaje de quejas

		recibidas a la hora de la comida
Actividad: Taller de decoración de habitaciones	Al menos el 70% de las personas que han participado junto a sus familias se sienten más a gusto al pasar tiempo en sus habitaciones, además este mismo porcentaje habría eliminado el sentimiento de abandono tanto por parte de la familia como del residente.	Se medirá a través de encuestas realizadas a familiares y residentes tras el proyecto Se medirá la asistencia Se realizará una evaluación en las habitaciones para ver cómo se desarrollan las emociones de estas personas

Fuente: Elaboración propia

EJECUCIÓN DEL PROYECTO

Recursos

El lugar en el que se va a realizar el proyecto es el centro de Atención Residencial Albertia Valdespartera, puesto que es un centro en el que hay una gran parte de personas que se encuentran bien cognitivamente, no tiene sujeciones ni físicas, ni químicas, y la calidad de vida según los servicios prestados es muy alta. Por lo tanto, será el lugar en el que se lleven a cabo las diferentes actividades planteadas.

Los recursos necesarios para llevarlo a cabo se van a diferenciar en materiales, humanos y financieros.

En primer lugar, los recursos materiales, dando por hecho los recursos relacionados con el mobiliario los cuales ya se encuentran en el propio centro:

- Para la realización de las fichas “quiero conocerte”, no serán necesarios gran cantidad de materiales, dado que solo se necesitará papel en el que responder a las preguntas.
- Para la realización de la actividad de talleres de autoestima: al tratarse de varios talleres a lo largo de todo el proyecto, se necesitarán distintos materiales para cada uno:
 - **La “pelota Feliz”**: Para esta actividad será necesaria una pelota de goma mediana
 - **“Cartas al cielo”**: Para esta únicamente será necesario papel para todos los asistentes y bolígrafos.
 - **“Got Talent”**: Para esta actividad únicamente será necesario un altavoz con el que poner la música que los residentes pidan, o algún complemento en caso de querer disfrazarse.
 - **“Elecciones de Valdespartera”**: para esta actividad solo es necesario papel y boli con el que realizar las votaciones, además de una medalla que simbolice los ganadores de la votación.
 - **Pasillo de la autoestima**; Para esta actividad no es necesario ningún recurso material
- Para la creación del comedor “encuentro sabroso”: no es necesario ningún recurso material.
- Para el taller de decoración de actividades será necesario cartulinas y rotuladores, además de objetos y fotos personales que serán proporcionados por las diferentes familias que participen.

En segundo lugar, tenemos los recursos humanos necesarios para llevar a cabo las actividades, ya que son una de las partes más importantes de todo el proyecto.

- Para todas las actividades será necesaria la participación de una o varias personas (según las personas participantes) del equipo de gerocultores, dado que serán quien atiendan las necesidades básicas que puedan surgir a las personas participantes.
- En todas las actividades además será necesaria la participación del equipo técnico, siendo posible la intervención de la psicóloga o la terapeuta ocupacional, además del trabajador social.

Por último, tendríamos los recursos financieros, los cuales son una parte muy importante del proyecto dado que sin ellos no podría realizarse.

Financiación y presupuesto

La financiación principal de todo este proyecto sería en 90% responsabilidad del centro, el cual se financia con el dinero del Grupo Albertia. Y en un 10% por parte de las familias de los participantes, aunque no aportan recursos económicos sino materiales para algunas de las actividades.

Con relación al salario de las personas que participan en el proyecto no ven reflejado un aumento, ya que realizarían el mismo número de hora que realizan de manera normal, por lo que su jornada no se vería alterada.

A partir de esta financiación se ha realizado un presupuesto de gastos aproximado, en la que se diferencia en los diferentes recursos nombrados anteriormente.

Tabla 15: presupuesto de gastos

PRESUPUESTO DE GASTOS		
RECURSOS		TOTAL
MATERIALES	Mobiliario	2000€
	Tecnología	1000€
	Material	700€
HUMANOS	Psicóloga	500€/mes
	Terapeuta Ocupacional	500€/mes
	Trabajador Social	500€/mes

Fuente: Elaboración propia

EVALUACIÓN

Para la realización de la evaluación de este proyecto y el impacto que pueda tener sobre las personas participantes, se va a dividir esta en dos diferentes etapas que son la evaluación sobre los resultados y la evaluación sobre el impacto que tiene sobre las personas tras llevarlo a cabo.

Evaluación sobre los resultados

Para evaluar las actividades realizadas durante el proyecto sobre los resultados inmediatos obtenidos llevarlo a cabo, se tendrá en cuenta el nivel de cumplimiento de los objetivos establecidos en la Matriz del Marco Lógico.

Como objetivo general, se encontraba la Mejora de la calidad de vida de las personas mayores en Centros de Atención Residencial. Por lo que como objetivo específico se definía la creación de un entorno social favorable para la convivencia de las personas del centro, a través de las actividades planteadas a lo largo de este proyecto.

Este tipo de evaluación se lleva a cabo una vez ha finalizado, por lo que se realizaría una vez hayan pasado las trece semanas en las que se realizan las actividades.

Para poder realizar esta evaluación, se definen unos resultados que se quieren alcanzar, como son:

1. La mejora de las relaciones sociales
2. Disminución de aislamiento social
3. Disminución del sentimiento de abandono
4. Mejora del ambiente durante las comidas
5. Aumento de la autoestima y confianza en sí mismos

Estos resultados planteados, además, deben verse reflejados en unos indicadores de resultados establecidos.

Tabla16: indicadores de resultados

RESULTADOS	INDICADOR
La mejora de las relaciones sociales	El 80% de las personas participantes mejora las relaciones tanto con las personas del centro como las personas de su entorno social exterior
Disminución de aislamiento social	El 90% de las personas participantes se han creado su núcleo social estable con el que pasar tiempo y participar en la vida cotidiana del centro
Disminución del sentimiento de abandono	El 95% tanto de los residentes como de las familias ha conseguido adaptarse a vivir en el centro sin sentir que las familias están cometiendo un error, o están abandonando a la persona mayor
Mejora del ambiente durante las comidas	El 80% de las personas se sienten mejor a la hora de las comidas, y no dejan de realizar las comidas diarias por no estar en un entorno hostil

Aumento de la autoestima y confianza en sí mismos	El 75% de las personas se sienten con más autoestima, se elimina el sentimiento “soy una persona mayor y por ello no sirvo”
---	---

Fuente: elaboración propia

Hay algunos casos en el que algunos indicadores como el aislamiento social es difícil de manejar, como, por ejemplo, en casos en los que la persona tiene problemas de audición dado que esto puede ser un obstáculo para su comunicación con el resto de las personas del centro, por lo que se tiende a aislarse.

Otra de las cosas más importantes de este proyecto, en especial a la hora de mejorar el ambiente durante las comidas, es que los residentes sientan que sus quejas u opiniones no son pasadas por alto, dado que al conocer a la persona se puede tratar mejor de arreglar el problema que esta causando su malestar.

Para poder hacer esta evaluación además se utilizan unos medios de valoración como pueden ser los informes realizados tras cada una de las actividades por el equipo técnico, ya que, a través de una observación activa, se realiza una evaluación del impacto que estas tienen sobre las personas, y sobre como el técnico percibe las emociones de estas al realizar la actividad.

Estos medios de valoración, además, se verán también en el grado de cumplimiento de los indicadores previamente establecidos.

Uno de los aspectos más importantes que se valorarán a la hora de realizar la evaluación será el impacto en las relaciones sociales de las personas, puesto que se busca que el 80% de las personas participantes hayan mejorado sus relaciones tanto dentro como fuera del centro.

Por último, también se evaluarán los resultados del proyecto a través de las entrevistas realizadas a los residentes de manera individual antes y después del proyecto, en las cuales se abordarán las cuestiones referentes a las actividades realizadas.

Evaluación de impacto

Dentro de esta se tienen en cuenta los resultados a medio/largo plazo del proyecto, por lo tanto, se tendrán en cuenta los cambios obtenidos en las personas tras la realización de las actividades.

Para esto, se ha de puntuar la satisfacción de cada una de las actividades realizadas, por lo que, durante las entrevistas individuales posteriores al proyecto, también se realizará una breve encuesta de satisfacción.

En cambio, para continuar viendo si se ha conseguido un impacto a largo plazo, se va a realizar una entrevista a las personas participantes unos meses después, lo que hará que estos resultados obtenidos de manera inmediata puedan verse reflejados con el paso del tiempo.

Por lo tanto, esta evaluación en gran medida será de carácter cualitativo, ya que no existen datos que valorar más allá de las encuestas de satisfacción.

Por último, se valorarán el nivel de quejas recibidas, como puede ser a la hora de la comida. Por ejemplo: si una persona se queja de la compañía con la que come significa que una de nuestras actividades no está resultando como debería, ya que se trataba de crear grupos afines en los que hacer que el ambiente de las comidas fuese más cálido y cómodo. Además de poderse medir también en el nivel de participación en el resto de las actividades.

CONCLUSIONES

Tras la realización de este Trabajo de Fin de Grado, se quiere mostrar cómo el hecho de que una persona ingrese en un Centro de Atención Residencial no significa que sea el fin de metas vitales, o el abandono por parte de su familia, si no al contrario, se trata de dar un cuidado y una atención a la persona que en el domicilio no podía darse.

En muchas ocasiones, se tienen prejuicios sobre los centros residenciales, dado que en el pasado se daba mucha más importancia a los cuidados en el entorno familiar, y el ingreso en un centro suponía que la familia ya no podía hacerse cargo de su familiar. En cambio, actualmente, muchas de las personas que ingresan en los centros residenciales lo hacen de manera autónoma y voluntaria, por la necesidad de encontrar más relaciones sociales y continuar teniendo una vida activa y plena.

Durante la realización de este trabajo una de las mayores dificultades que he podido encontrar ha sido detectar las necesidades reales de las personas del centro, dado que al hacer las entrevistas al principio, solo expresaban cosas que veían mal dentro del centro, aunque fueran detalles mínimos, pero conforme podía seguir conversando con ellos y realizando una observación activa podía ver cómo los problemas que expresaban no estaban relacionados con las necesidades que el centro cubría, sino con la necesidad de relaciones sociales estables.

Algo que no ha resultado costoso es la revisión bibliográfica, dado que, al haberme formado durante mis prácticas tanto sobre el centro como sobre sus valores, como pueden ser la liberación de sujeciones físicas y químicas, como el modelo de Atención Centrada en la Persona.

Para concluir con este apartado cabe destacar lo importante que es eliminar los estereotipos que hay sobre los centros residenciales, para de esta manera evitar que las personas que ingresen en un futuro tengan sentimientos como puede ser el de abandono. Además de dar más visibilidad a los centros que han hecho que no haya sujeciones, dado que esto aumenta la autonomía y la libertad de las personas.

Para concluir este trabajo me gustaría hacerlo con una frase de Ana Urrutia, presidenta de la Fundación Cuidados Dignos, la cual creo que define a la perfección los valores que sigo para la realización de mi Trabajo de Fin de Grado.

“Nuestro es el compromiso con las personas cuidadas y sus cuidadores/as”

BIBLIOGRAFÍA-WEBGRAFÍA

- Aceituno Nieto, P., Ramiro Fariñas, D., Castillo Belmonte, A. B., & Escudero Martínez, J. (2023). *Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia*. Datos de septiembre de 2022.
- American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care, Brummel-Smith, K., Butler, D., Frieder, M., Gibbs, N., Henry, M., ... & Vladeck, B. C. (2016). Person-centered care: A definition and essential elements. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(1), 15-18.
- Angeler, J. M., & Fornells, E. (2023). *Los malos tratos a las personas mayores* (1a ed.). Pensódromo 21.
- Atienza, R. C. (2021). *Dirección y gestión de residencias geriátricas* (2ª). Formación Alcalá, S.L.
- Beaskoa, A. U., & Inunciaga, I. E. (2010). *CÓMO SE ELIMINAN LAS SUJECCIONES*. Observatoriaca.cat. <https://www.observatoriaca.cat/wp-content/uploads/2020/12/Guia-eliminacion-de-sujecciones.pdf>
- Campo, S. (2024, febrero 9). *Aragón aún tiene menos plazas residenciales públicas para mayores que antes de la pandemia*. Heraldo de Aragón. <https://www.heraldo.es/noticias/aragon/2024/02/09/aragon-recupera-plazas-residenciales-financiacion-publica-mayores-existent-antes-pandemia-1709809.html>
- Certificación Buen Trato ACP DIGNOS*. (2022, febrero 10). Cuidadosdignos.org; FUNDACION CUIDADOS DIGNOS. <https://cuidadosdignos.org/certificacion-buen-trato-acp-dignos>
- Código Deontológico de Trabajo Social*. (2012). Colegio Profesional de Trabajo Social [https://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/cordoba/files/Codigo_Deontologico_de_la_Profesion_2012\(1\).pdf](https://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/cordoba/files/Codigo_Deontologico_de_la_Profesion_2012(1).pdf)
- Corbetta, P. (2003). *Metodología y técnicas de investigación social*. McGraw-Hill/Interamericana de España, SAU.
- Dependencia*. (s/f). Asociación estatal de directores y gerentes en servicios sociales. <https://directoressociales.com/>

- Donabediam, F. A. (s/f). *Indicadores de evaluación de calidad*. Inforesidencias. <https://www.inforesidencias.com/resources/public/biblioteca/documentos/funcionamiento/indic-calida-catalunya.pdf>
- Dra. Ana Urritia Beaskoa, Fundación Cuidados Dignos. *Restricciones físicas ¿deben usarse? ¿Cuales, cuando y donde?* Norma Liber-Ger. Recuperado el 23 de abril de 2024, de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/urrutia-restricciones-01.pdf>
- Emera. (2023, julio 26). *Atención centrada en la persona: un nuevo modelo de atención*. Grupo Emera. <https://emera-group.es/noticias/modelo-de-atencion-centrada-en-la-persona-que-es-y-que-beneficios-tiene/>
- Fernández-López, J. A., Fernández-Fidalgo, M., & Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Revista española de salud pública*, 84(2), 169–184. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000200005
- EL PROYECTO PILOTO ETXEAN ONDO PARA MEJORAR LA ATENCIÓN EN DOMICILIOS Y EN RESIDENCIAS Y LA INCLUSIÓN Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA DE LAS PERSONAS MAYORES Y LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD*. (s/f). Fundación Pilares (2011). <https://www.fundacionpilares.org/modeloyambiente/docs/RESUMENETXEANONDO.pdf>
- Gobierno de Aragón. (2023, diciembre 6). *Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS). Centros. Residencias. Fichas*. Portal del Gobierno de Aragón; Gobierno de Aragón. <https://www.aragon.es/-/iass.-centros.-residencias>
- Gobierno de España. (s/f). *Centros residenciales*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. <https://imserso.es/centros/centros-personas-mayores/centros-residenciales>
- Grande, T. P. L., del JBI. Revisado por: Alejandra Cano Arana, C. C. E., & de la Investigación en, U. de C. y. D. (s/f). *Volumen 6, Número 3, 2002 ISSN 1329 - 1874*. Murciasalud.es. https://www.murciasalud.es/recursos/best_practice/2002_6_4_SUJECCIONESMECANICASII.pdf
- IASS. (2022). *Índice de juventud*. Atlas de Aragón. <https://idearagon.aragon.es/atlas/Aragon/info/poblacion/estructura-demografica/indice-de-juventud>
- IASS. (2024, mayo 28). *Tipología de centros residenciales del IASS*. Gobierno de Aragón. <https://www.aragon.es/-/iass.-centros.-residencias>

IASS. (s/f). *Centros residenciales*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
<https://imserso.es/centros/centros-personas-mayores/centros-residenciales>

IMSERSO. (2010). *La atención integral centrada en la persona*. De intervención en discapacidad, Principios y Criterios Que Fundamentan un Modelo.
<https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/Residencias/atencion%20CENTRADA%20EN%20PERSONA%202010.pdf>

Junta de Castilla y León. (2022). *A gusto “en Mi casa”*. Jcyl.es.
<https://serviciosociales.jcyl.es/web/es/personas-mayores/gusto-casa.html>

LaresCV. (2015, abril 16). *¿Qué es una Residencia de ancianos?* Lares Comunidad Valenciana.
<https://www.larescvaleciana.org/residencia-de-ancianos/>

Martinez, T. (2013). *Origen de la atención centrada en la persona*. Acpgerontologia.com.
<https://www.acpgerontologia.com/acp/suorigenyrecorridodocs/suorigenyrecorrido.htm>

Miguel A. Verdugo Alonso Laura E. Gómez Sanchez Benito Arias Martínez. Salamanca (2009). *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores. La Escala FUMAT*. Publicaciones del INICO. https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO23248/herramientas_4.pdf

Neal, M., Barton Wright, P. y Grupo Cochrane de Demencia y Mejora Cognitiva. (1996). *Terapia de validación para la demencia. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas , 2010* (1).

Norma libera-Care. (2020, enero 14). Fundación Cuidados Dignos; FUNDACION CUIDADOS DIGNOS. <https://cuidadosdignos.org/>

Pirámide de la población empadronada en España. (2023). INE.
<https://www.ine.es/covid/piramides.htm>

Portela, N. (2021, enero 7). *¿Qué es el envejecimiento?* Teleasistencia.
<https://teleasistencia.es/es/blog/salud-en-la-tercera-edad/que-es-el-envejecimiento>

RESIDENCIAS DE MAYORES. Los datos. (2024, febrero 9). directoresociales.
<https://directoresociales.com/residencias-de-mayores-los-datos/>

Residencia Mayores Valdespartera - Zaragoza. (2022, septiembre 12). Grupo Albertia; Albertia.
<https://www.albertia.es/residencias/zaragoza/albertia-valdespartera/>

Rodríguez, T. M. (2013). *La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores.* Sociedad y Utopía. *Revista de Ciencias Sociales*, 41, 209-231.

Rogero-García, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista española de salud pública*, 83(3), 393–405.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000300005

S.C. (2023, enero 25). *Aragón es la tercera comunidad con más plazas de residencias para mayores, pero al menos 800 dependientes esperan una.* Heraldo de Aragón.
<https://www.heraldo.es/noticias/aragon/2023/01/25/aragon-tercera-comunidad-mas-plazas-residenciales-mayores-800-dependientes-esperan-una-1626772.html>

Sastre, S. C. (2016, junio 16). Trabajo de Fin de Grado LA ATENCIÓN CENTRADA EN PERSONAS MAYORES EN AMBITO RESIDENCIAL. Universidad de Valladolid.
<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/19423/TFG-G1857.pdf;jsessionid=A413DB8C1D31DA67DC05DCF3C5F74B9E?sequence=1>