



Universidad
Zaragoza

TRABAJO FIN DE GRADO

PROYECTO DE INTERVENCIÓN FAMILIAR EN LA RESIDENCIA VILLA DE SÁDABA

Autora

Ana Subirá Alonso

Director

Miguel Montañés Grado

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo

Grado en Trabajo Social

2024

ÍNDICE

RESUMEN	5
1.INTRODUCCIÓN, OBJETIVOS Y JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO.....	6
1.1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA.	6
1.2. OBJETIVOS:	7
1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO	7
2.MARCO TEÓRICO	8
2.1. Cambios que se experimentan en la tercera edad	8
2.1.1. Enfermedades y discapacidades comunes en la vejez	8
2.2. Dependencia	12
2.3. Salud mental	13
2.4. Como afecta este proceso a los familiares de los que llegan a la tercera edad.....	15
3.DISEÑO DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN FAMILIAR	16
3.1. ¿Por qué proponer este programa de intervención?	16
3.2. Objetivos de la intervención	17
3.3. Encuadre institucional.....	17
3.4. Análisis de datos secundarios.	19
3.5. Análisis datos primarios	21
3.6. Contenido y actividades	32
3.6. Cronograma de actividades.....	36
3.7. Organigrama del proyecto	37
3.8. Recursos	38
3.9. Presupuesto del proyecto y financiación	40
4.Sistema de evaluación.....	45
5.CONCLUSIONES	46
6.BIBLIOGRAFÍA.....	47
ANEXO I	51
ANEXO II	56

ÍNDICE DE GRÁFICOS E ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Proceso de la vejez. Elaboración propia.	8
Ilustración 2. Plazas residencia. Elaboración propia.	19
Ilustración 3. Procedencia de residentes. Elaboración propia.	19
Ilustración 4. Procedencia de familias. Elaboración propia.	20
Ilustración 5. Población dependiente. Elaboración propia.	20
Ilustración 6. Grado de dependencia de los residentes. Elaboración propia.	21
Ilustración 7. Relación de las familias con residentes. Elaboración propia.	21
Ilustración 8. Frecuencia de visitas. Elaboración propia.	22
Ilustración 9. Valoración de servicios. Elaboración propia.	23
Ilustración 10. Nivel de Satisfacción de servicios actuales. Elaboración propia.	25
Ilustración 11. Propuesta de nuevos servicios. Elaboración propia.	25
Ilustración 12. Valoración de actividades. Elaboración propia.	26
Ilustración 13. Propuesta de nuevas actividades. Elaboración propia.	27
Ilustración 14. Interés por charlas sociosanitarias. Elaboración propia.	28
Ilustración 15. Grado de interés por los temas de las charlas sociosanitarias. Elaboración propia.	28
Ilustración 16. Formato a la hora de impartir las charlas. Elaboración propia.	29
Ilustración 17. Solicitud de información. Elaboración propia.	29
Ilustración 18. Cronograma de actividades. Elaboración propia.	36
Ilustración 19. Organigrama. Elaboración propia.	37

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Instalaciones de la residencia Villa de Sádaba. Elaboración propia.....	18
Tabla 2. Servicios de la residencia Villa de Sádaba. Elaboración propia.....	18
<i>Tabla 3. Comentarios de familias. Elaboración propia.</i>	<i>30</i>
Tabla 4. Comentarios adicionales. Elaboración propia.....	31
Tabla 5. Actividades. Elaboración propia.....	33
Tabla 6. Recursos. Elaboración propia.....	39
Tabla 7. Presupuesto de servicios. Elaboración propia	41
Tabla 8.Simulación anual de Costes y Beneficios. Elaboración Propia	44
Tabla 9. Presupuesto y financiación de actividades. Elaboración propia.....	45

RESUMEN

El incremento de personas mayores en las residencias de ancianos principalmente se debe al envejecimiento poblacional. Este fenómeno conlleva cambios en la estructura familiar, donde factores como la fragilidad económica, la falta de tiempo y la falta de comprensión hacia la tercera edad por parte de los familiares contribuyen a la separación de los ancianos de sus seres queridos. Esta situación puede ocasionar una soledad no deseada con graves consecuencias en la salud física y mental de los residentes.

Por ello, en colaboración con la residencia Villa de Sádaba, se propone un proyecto de intervención familiar para integrar a los familiares dentro de la residencia y fortalecer los lazos con sus seres queridos. Este proyecto de intervención se elaborará con el modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona, asegurando así una atención centrada en los residentes y sus familias.

Palabras clave: Tercera edad, dependencia, integración familiar, residencia y salud mental.

1.INTRODUCCIÓN, OBJETIVOS Y JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

1.1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), la población que reside en residencias de tercera edad en España se lleva experimentando desde 2014 un incremento del 90,3%, alcanzando las 444.000 personas.

La Federación Empresarial de la Dependencia (FED), nos explica el aumento se atribuye al crecimiento de la esperanza de vida, produciendo un envejecimiento de la población, el 19% de la población tiene más de 64 años, provocando que a partir de esos años haya un deterioro en las personas, con lo cual requieran de unos cuidados específicos. “Los cambios sociales y laborales de las últimas décadas han transformado la estructura de las familias y hogares. Una de cada cuatro personas mayores de 64 vive sola, y una de cada tres se reúne con amigos con una frecuencia mensual o inferior. Actualmente, el 17% de los hombres y el 25% de las mujeres de más de 80 años viven en residencias para la tercera edad.” (FED, 2020). Por otro lado, hay un cambio en la sociedad, donde las familias ya no pueden hacerse cargo de sus ancianos en sus hogares debido a la necesidad de cuidados que estos requieren, a una economía frágil o a la falta de familiares disponibles (PWC, 2020).

Este fenómeno conduce a que muchas personas residan en centros que no sienten como su hogar y donde se encuentran separadas de sus familias. A este problema se suma la realidad de que, debido a la sobrepoblación en la tercera edad y las elevadas tarifas de las residencias de ancianos (Según Núñez (2023) el precio medio en España de una plaza privada en una residencia es de unos 1795€, siendo más alto en las ciudades capitales rondando los 2000€ y bajando en las periferias de estas o en los pueblos). Como consecuencia las familias o el Estado se ven obligados a buscar centros situados lejos del entorno social en el que la persona ha desarrollado su vida, llevándolas a lugares desconocidos y alejados de sus seres queridos y de su residencia habitual.

Otro aspecto importante es que muchas familias de residentes en centros de cuidado no los acompañan ni participan en actividades con ellos, lo que lleva a una soledad no deseada o impuesta. La persona donde se doblga a una situación en contra de su voluntad. Se debe a diversas razones como falta de tiempo de los familiares, dificultades de acceso a relaciones sociales y cambios en los sistemas de comunicación. Las consecuencias de esta soledad son notables en personas mayores, incluyendo aumento de la mortalidad, impacto en la salud física y mental, deterioro cognitivo, hipertensión, aislamiento social, desarrollo de enfermedades crónicas y síndromes geriátricos, y contribución a la depresión (Tirado, R. Y. (2019)).

1.2. OBJETIVOS:

El objetivo general de este proyecto es contrarrestar los efectos negativos derivados de la población dependiente y sus familias en centros geriátricos. Para ello marcaré tres objetivos secundarios.

En primer lugar, se estudiará los diferentes procesos que sufren las personas en la tercera edad.

En segundo lugar, se busca indagar sobre cómo los familiares enfrentan este proceso, así como comprender los efectos adversos que esto tiene en los propios familiares.

En tercer lugar, se creará una propuesta de programa de intervención donde se busca fomentar la participación de los familiares en la residencia.

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Conscientes de esta problemática, propongo, por una parte, estudiar el desarrollo de los efectos previamente señalados. Y, por otro lado, asumiendo como hipótesis de alta probabilidad de un efecto negativo, proponer la creación de un programa integral de prevención, cuyo objetivo principal sea acercar a los familiares a la vida del residente.

Para ello, tomaré la residencia Villa de Sádaba y su población como punto de partida, que se fundamenta en la necesidad de abordar esta problemática a nivel local, impactando directamente en la vida de los residentes y sus familias. La implementación de este programa busca no solo fortalecer los lazos familiares, sino también crear un entorno en el cual los residentes se sientan más conectados, apoyados en su día a día.

En resumen, este proyecto surge como respuesta a una necesidad de contrarrestar los efectos negativos derivados de la población de personas dependientes y sus familiares en centros geriátricos ajenos a su hogar y lejos de sus familias. Se aspira a mejorar significativamente la calidad de vida de los residentes de la Villa de Sádaba y sus conocidos. Y sentar las bases para futuras iniciativas parecidas en otros contextos.

2.MARCO TEÓRICO

En este apartado se hablará de los diferentes cambios que puede experimentar una persona conforme va avanzando en el proceso de envejecimiento. Además de hablar de las diferentes ayudas como puede ser la ley de la dependencia que el estado les otorga, para que esta fase que les toca vivir a las personas afectadas y sus familiares sea más ameno.

2.1. Cambios que se experimentan en la tercera edad

Conforme una persona va entrando en una edad avanzada, sufre un proceso de declive tanto físico y mental. Es fundamental comprender qué esperar durante este proceso y abordar las diferentes enfermedades físicas y discapacidad con la que pueden surgir en esta etapa de la vida. También es esencial entender el desarrollo de la dependencia que acompaña a estas afecciones y cómo impacta en la salud mental del individuo de edad avanzada.

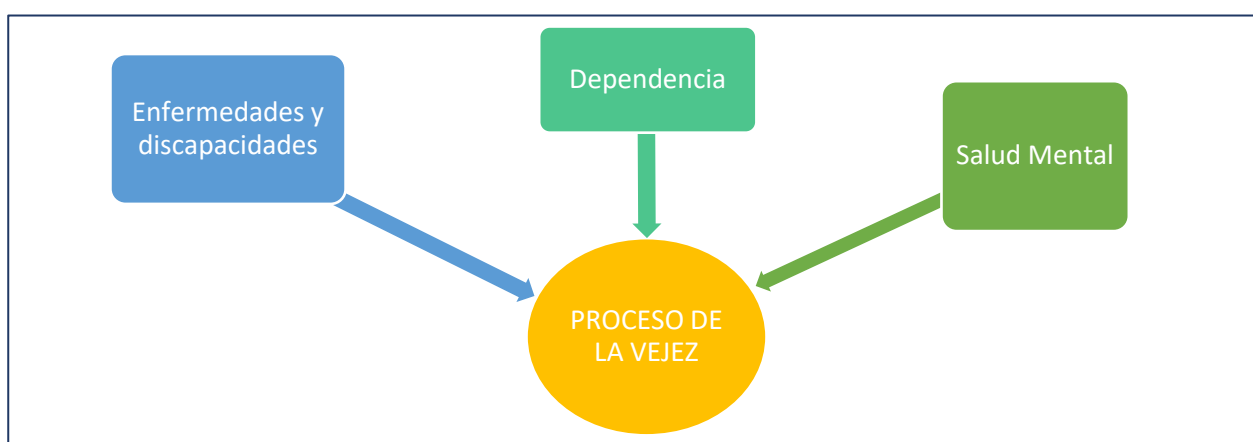


Ilustración 1. Proceso de la vejez. Elaboración propia.

2.1.1. Enfermedades y discapacidades comunes en la vejez

Cómo hemos mencionado, conforme una persona va envejeciendo, se puede observar la aparición de varias enfermedades que forman una parte inseparable del proceso de envejecimiento. Entre las condiciones más frecuentemente asociadas a la vejez, se destacan las siguientes:

En primer lugar, nos podemos encontrar con **las enfermedades infecciosas del sistema nervioso central (SNC)**. Estas en la tercera edad pueden presentarse de muchas formas diferentes y tener consecuencias graves.

En este conjunto de enfermedades nos podemos encontrar con:

- **La Meningoencefalitis:** es una afección que consiste en una inflamación de las meninges que rodean el cerebro y la médula espinal. Invariablemente, aunque no siempre, está causada por una infección por virus, hongos, bacterias o parásitos. Según, Rey, T. (2019), los síntomas que experimentan las personas mayores son rigidez en el cuello, dolor de cabeza y aparición de fiebre de forma repentina. Además, pueden aparecer náuseas, vómitos o muestra de confusión. Hay que tener en cuenta, que en general en las personas mayores hay manifestaciones que no suele aparecer, como la rigidez del cuello, sino otros síntomas como alteraciones en el estado mental o convulsiones. Esto provoca que en un primer momento no se identifique la enfermedad. Tras su resolución puede dejar como secuelas déficits motores y sensoriales, hipoacusia, afasia, epilepsia, hemiplejias o demencias (Rey, 2019).

- **La Encefalitis:** Es una inflamación en el encéfalo, generalmente es causada por virus transmitidos por parásitos, insectos o incluso algún virus del resfriado común. Entre los síntomas se incluye la fiebre, el dolor de cabeza, la confusión, las convulsiones y la debilidad. Esta enfermedad puede ser más difícil de tratar en personas mayores, con un mayor riesgo de complicaciones (Centre, 2020).
- **La Neurosífilis:** Es una inflamación del sistema nervioso causada por la bacteria denominada *Treponema Palladium*. Es muy común en las personas mayores. Esta afecta al SNC y puede ocasionar síntomas como problemas de memoria y coordinación, cambios de personalidad, así como síndromes neuropsiquiátricos (Viguera Editores, s. f.).

En segundo lugar, nos encontramos con **enfermedades Neurodegenerativas**. Estas se caracterizan por un deterioro neurológico progresivo, acompañado de una disminución de la función e independencia individual, y en etapas graves conducen a una reestructuración familiar cuando presentan la necesidad de un cuidador principal (Carreres et al., 2004).

Algunas de las que más afectan a la población anciana son las siguientes:

- **Demencias:** Según la Organización Mundial de la Salud la demencia es “un término que engloba varias enfermedades que afectan a la memoria, el pensamiento y la capacidad para realizar actividades cotidianas”. Es una enfermedad que va evolucionando a peor con el tiempo. La OMS explica que “es un síndrome que puede deberse a una serie de enfermedades que, con el tiempo, destruyen las células nerviosas y dañan el cerebro, lo que generalmente conduce al deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia habitual del envejecimiento biológico. Si bien la conciencia no se ve afectada, el deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones precedido, por cambios en el estado de ánimo, el control emocional, el comportamiento o la motivación” (World Health Organization: WHO & World Health Organization: WHO, 2023).
- **Alzheimer:** Según Romano et al. (2007), es la forma más común de demencia, una condición que afecta a la memoria y a otras funciones mentales. En esta enfermedad pequeñas proteínas llamadas beta-amiloide se acumulan en el cerebro. Lo que producen formaciones de placas que interfieren con la comunicación entre las células nerviosas, lo que provoca la pérdida de conexiones entre ellas. Por lo general, esta condición comienza paulatinamente y sus primeros síntomas se pueden atribuir a la vejez o al olvido común. A medida que avanza la enfermedad, las capacidades cognitivas disminuyen, incluida la capacidad de tomar decisiones y realizar tareas diarias, y pueden ocurrir cambios de personalidad y conductas problemáticas. En sus etapas avanzadas, la enfermedad de Alzheimer conduce a la demencia y eventualmente a la muerte. La enfermedad es irreversible y no tiene tratamiento, la media de vida es de unos 4 a 10 años dependiendo lo avanzada que este la enfermedad.

Según Rodríguez Ramos, P. (2019). El Alzheimer se puede dividir en siete etapas. La escala *Functional Assessment Staging* las divide de la siguiente manera:

- Primera fase: Ausencia de alteración cognitiva.
- Segunda fase: Deterioro cognitivo muy leve.
- Tercera fase: Deterioro cognitivo moderado.
- Cuarta fase: Deterioro cognitivo moderado.
- Quinta fase: Deterioro cognitivo moderadamente grave.
- Sexta fase: Deterioro cognitivo grave.
- Séptima fase: Deterioro cognitivo muy grave.

- **Parkinson (EP):** Es una enfermedad cerebral que causa alteraciones de movimiento, mentales, del sueño, dolor y otros problemas de salud. La enfermedad empeora con el largo del tiempo. Aunque no existe cura, los tratamientos y medicamentos pueden reducir los síntomas. Algunos síntomas comunes son temblores, espasmos musculares dolorosos y dificultad para hablar. (World Health Organization: WHO & World Health Organization: WHO, 2023b).

En tercer lugar, nos encontramos con las **enfermedades Cerebrovasculares**. Estas son provocadas por un conjunto de problemas en el cerebro que suelen ocurrir cuando hay un desequilibrio entre lo que el cerebro necesita y lo que realmente recibe (Muñoz-Collazos, M. (2020)).

- La principal enfermedad de este grupo es **el accidente cerebrovascular o ictus**, ocurre cuando una arteria que al cerebro se obstruye o se rompe, produciendo un infarto cerebral (la muerte de un área del tejido cerebral causada por la pérdida de irrigación sanguínea, causando síntomas repentinos (*Coágulo En el Cerebro: Conozca Qué Es*, 2022)).

Estos accidentes cerebrovasculares o ictus se clasifican en dos grupos:

- **Isquémico o infarto.** Cuando hablamos de un accidente cerebrovascular isquémico, nos referimos a un tipo de ACV causado por la interrupción del flujo hacia una parte del cerebro. Este puede ocurrir de dos maneras: trombótico o embólico.
 - ACV trombótico: Según *the Texas Heart Institute (2019)*. Este accidente “es el tipo más común, y se produce cuando un coágulo sanguíneo (denominado «trombo») obstruye el flujo de sangre a ciertas partes del cerebro. El trombo puede formarse en una arteria afectada por aterosclerosis”. La aterosclerosis es una enfermedad en la que las arterias se estrechan y endurecen debido al depósito de grasas y otras sustancias que se acumulan en las paredes de los vasos sanguíneos. Si un coágulo se forma en el área estrechada, puede bloquear completamente el flujo sanguíneo, obstruyendo la entrada de oxígeno al cerebro y los nutrientes necesarios lo que causa daño cerebral.
 - ACV embólico: Un coágulo de sangre, denominado émbolo, se forma en otra parte del cuerpo, generalmente en el corazón. Este viaja a través del torrente sanguíneo y se aloja en una arteria cerebral, interrumpiendo el flujo de sangre al cerebro (*The Texas Heart Institute (2019)*).
- **Hemorrágico:** Según Alexandrov y Krishnaiah (2023), un ACV Hemorrágico son aquellos en los que hay una ruptura de un vaso sanguíneo en el cerebro. Esto puede ocurrir de dos maneras diferentes:
 - Hemorragia intracerebral: es cuando hay un sangrado dentro del tejido cerebral mismo. El sangrado dentro del cerebro puede dañar las células nerviosas y afectar diversas funciones cerebrales.
 - Hemorragia subaracnoidea: en este caso, la sangre se acumula entre dos capas delgadas de tejido que cubren el cerebro. Este tipo de sangrado puede ser peligroso porque puede aumentar la presión dentro del cráneo y comprimir el cerebro, lo que puede provocar un daño cerebral grave.

En cuarto lugar, nos encontramos con las **enfermedades Neuromusculares**. Estas son un grupo de trastornos que afectan a los nervios que controlan los músculos. En la tercera edad, algunas de estas enfermedades se pueden manifestar con más frecuencia, debido al proceso del envejecimiento y a otros factores relacionados con la edad. Entre ella nos podemos encontrar con:

- Miastenia Gravis: es una enfermedad autoinmune que causa debilidad muscular progresiva. Aunque puede afectar a personas de cualquier edad, tiende a diagnosticarse con mayor frecuencia en la vejez. Esta enfermedad puede afectar principalmente a los músculos de la cara, pero también en otras partes del cuerpo (*La Miastenia Gravis: Síntomas, Diagnóstico y Tratamiento – SEORL-CCC*, s. f.).
- Polimiositis y dermatomiositis: es una enfermedad del tejido conectivo caracterizada por debilidad de los músculos proximales; puede afectar los músculos respiratorios, de deglución y cardíacos. Cuando hay manifestaciones cutáneas se habla de dermatomiositis (Restrepo, J. F. (2003)).
- Esclerosis lateral amiotrófica (ELA): Esta afección puede ocurrir a cualquier edad, no obstante, es más común en personas mayores de 60 años. Se trata de una enfermedad grave y progresiva que afecta a las células nerviosas en el cerebro y la médula espinal que controlan el movimiento de los músculos. Con el paso del tiempo estas células nerviosas mueren, lo que conduce a una pérdida gradual de la capacidad de moverse y finalmente a la parálisis. (Granados, A., Torres, G., & Pardo, R. (2007)).
- Neuropatía periférica: este es un trastorno que afecta los nervios periféricos, provocando debilidad, entumecimiento y dolor en las extremidades. La neuropatía periférica puede ser causada por muchas enfermedades y afecciones diferentes y su incidencia aumenta con la edad. (*¿Qué Es la Neuropatía Periférica?*, s. f.)

Para terminar, nos podemos encontrar con la **discapacidad sensorial**. Esta se refiere a la pérdida o disminución de la capacidad de ver, oír, o ambos, que puede aparecer naturalmente debido a los pasos de los años o como consecuencia de condiciones de salud específicas.

- Pérdida de la visión en la tercera edad: esto se debe a una degeneración macular relacionada con la edad. Principalmente nos podemos encontrar con el **glaucoma**, que es una enfermedad que causa daño al nervio óptico del ojo. Esto sucede a menudo cuando se acumula líquido delante de los ojos. El exceso de líquido aumenta la presión en el ojo y daña el nervio óptico (*¿Qué Es el Glaucoma? Causas, Síntomas, Diagnóstico, Tratamiento*, 2022). Y, con las **cataratas**, que es cuando el cristalino natural del ojo se vuelve nublado. Las proteínas de la lente se descomponen y hacen que las cosas se vuelvan borrosas, confusas o menos coloridas (*¿Qué Son las Cataratas?*, (2023)).
- Pérdida de la audición en la tercera edad: esta pérdida se debe a cambios en el oído interno debido al envejecimiento y a la exposición prologada a ruidos fuertes a lo largo de la vida.

2.2. Dependencia

¿Qué es la dependencia?

Antes de abordar el concepto de Situación de Dependencia (desde ahora dependencia), es fundamental comprender algunos términos clave. En primera instancia, la Autonomía, según la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia¹, se define como “la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria”.

Este concepto nos conduce a otro elemento esencial, las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), que engloban las acciones elementales que todo individuo, según se etapa de vida, debería ser capaz de realizar de manera autónoma. Estas incluyen habilidades como caminar, comer solo, tomar decisiones por cuenta propia, peinar y lavarse, entre otras.

Teniendo en cuenta estas definiciones, la Dependencia se comprende como un período prolongado en el cual una persona requiere asistencia constante para mantener su autonomía y llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria. La ley citada anteriormente, en su artículo 2, define la Dependencia como “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”

En esencia, la Dependencia se manifiesta cuando la capacidad de una persona para llevar a cabo tareas esenciales de la vida cotidiana se ve comprometida, y como resultado, requiere de apoyo externo para preservar su autonomía y bienestar.

Ley de la dependencia en España

La ley de la dependencia en España es una normativa que busca garantizar el bienestar y la calidad de vida de las personas que, debido a la edad, una discapacidad o enfermedad, tienen dificultades para realizar las actividades básicas de la vida diaria, a partir de ahora ABVD. Esta ley fue aprobada en 2006 y establece una serie de derechos y prestaciones para quienes lo necesitan.

Algunos de los puntos clave que indica la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia son los siguientes:

En primer lugar, el reconocimiento de la Dependencia y su valoración. La ley identifica a los individuos que precisan ayuda, clasificándolas en diferentes grados de dependencia:

Grado I. Dependencia moderada: cuando una persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o precisa de apoyo intermitente para su autonomía personal.

¹ Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (2006). En *BOE*. Recuperado 2 de febrero de 2024, de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>

Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

En segundo lugar, una vez que ya se ha determinado el grado de la persona afectada. Se establecen una serie de prestaciones y servicios. Estas pueden ser ayudas económicas o servicios para cubrir las necesidades de las personas dependientes, ya sea a través de cuidados en el hogar (Servicio de ayuda a domicilio o SAD), centros especializados (residencias, centros de día, centros ocupacionales...), o asistencia personal.

Por último, nos podemos encontrar con el fomento del cuidado familiar. La ley reconoce que es un aspecto fundamental. Este promueve el cuidado dentro del entorno familias, proporcionando apoyos a los familiares que asumen la responsabilidad de cuidar a sus seres queridos. La ley incluye una serie de ayudas asociadas:

Por un lado, establece prestaciones económicas para familias que asumen la responsabilidad de cuidar a los miembros dependientes. Estas ayudas buscan compensar los costos adicionales relacionados con el cuidado, como gastos de atención, adaptaciones en el hogar y otros aspectos. Algunas de estas ayudas son las siguientes: Prestación económica por cuidado en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales, subsidios y ayudas para adaptaciones en el hogar, bono o cheque de respiro familiar y ayudas para servicios de atención a domicilio.

Siguiendo el hilo del fomento del cuidado familiar, la ley reconoce el papel de los cuidadores familiares. Este reconocimiento incluye tener en cuenta las necesidades y la calidad de vida de los mismos. Además, busca proporcionar servicios y apoyos de manera que se puedan adaptar a las circunstancias y necesidades de cada familia. Creando planes individualizados de atención, los cuales buscan mejorar la calidad de vida y la integración social, respetando la autonomía de la persona cuidada. Por último, tengo que mencionar que la ley fomenta la participación de las familias en la toma de decisiones relacionada con el cuidado de la persona afectada.

En resumen, la Ley de Dependencia busca garantizar que las personas dependientes puedan recibir el apoyo necesario para mantener su autonomía y mejorar su calidad de vida promoviendo la inclusión y la atención personalizada.

2.3. Salud mental

Antes de hablar de salud mental, es fundamental comprender qué es **la salud** en su totalidad. Según la OMS es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Por lo tanto, **la salud mental** es clave para alcanzar un estado completo de bienestar. De esta manera, la OMS, define la salud mental como “un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad”. Es evidente que la salud mental es esencial para que una persona se sienta bien en todos los aspectos de su vida y pueda desarrollarse plenamente a lo largo de ella.

A nivel mundial nos encontramos que un “14% de los adultos de 60 años o más viven con un trastorno mental). De acuerdo con las estimaciones mundiales de salud (GHE) 2019, estas afecciones representan el

10,6% de la discapacidad total (en años de vida ajustados por discapacidad, AVAD) entre los adultos mayores.” (*World Health Organization: WHO*, 2023). En España un 28% de la población de más de 65 años padece alguna enfermedad mental según el Instituto Nacional de Estadística (INE). Por lo que podemos observar que es una cifra bastante elevada.

Debemos tener en cuenta cómo se desarrolla la **salud mental en la tercera edad**. A medida que las personas envejecen, enfrentan una serie de circunstancias que pueden afectar a su salud mental. Uno de los principales problemas es la presencia de enfermedades crónicas como las explicadas anteriormente o algunas otras como la diabetes, la artritis, enfermedades cardíacas, entre otras. Estas condiciones no solo pueden causar dolor físico y limitaciones en la vida diaria, sino que pueden tener impacto en el bienestar emocional y mental de la persona. Brenes et al. (2005) y Norton et al. (2012), afirman que la presencia de enfermedades mentales como la ansiedad en personas mayores, se relaciona con una limitación física y el desarrollo de las actividades de la vida diaria.

Perder a seres queridos es otra vivencia común entre los adultos mayores. Cuando fallecen amigos y familiares, las personas mayores pueden experimentar profundos sentimientos de pérdida y soledad. El duelo puede ser especialmente difícil en esta etapa de la vida, ya que las redes de apoyo van disminuyendo y las personas de la tercera edad pueden sentirse más aisladas. El duelo que más afecta en la vejez es el duelo por viudedad se suma a una serie de factores asociados al envejecimiento, como una mayor soledad social y emocional que puede provocar una depresión grave (Artigas et al., (2020)).

Asimismo, los **cambios en las circunstancias financieras** pueden tener un impacto relevante en la salud mental de las personas mayores. La jubilación, la disminución de los ingresos y el aumento de los costes de la atención médica y los cuidados a largo plazo puede provocar estrés financiero y ansiedad sobre el futuro.

Otra circunstancia que puede ser un factor estresante para el colectivo. Es el **cambio de la vivienda**. Ya sea porque se muden a una residencia de tercera edad o a la casa de algún miembro familiar, adaptarse a un nuevo entorno puede generar problemas de ansiedad.

Por último, pero no menos importante, está la **soledad no deseada**. Antes de explicarla debemos comprender que es la soledad. La **soledad** según Nicolás, J. D., & Páez, M. M. (2015), “es entendida como un sentimiento complejo, ligado a múltiples aspectos, causas y significados, que han ido variando en el espacio, en el tiempo e incluso en diferentes contextos en los que se ha podido manifestar”. Esta no siempre es negativa, por lo que se puede hablar de soledad objetiva y soledad subjetiva. La soledad objetiva se considera cuando una persona se encuentra físicamente sola, sin importar sus emociones o percepciones internas sobre la soledad. Lo contrario le pasa a la soledad subjetiva que esta sí que tiene en cuenta los sentimientos de la persona que la padece e incluso los sentimientos de otras personas que están a su alrededor.

La **soledad no deseada** como bien explica V. Madoz (1998) es el “convencimiento apesadumbrado de estar excluido, de no tener acceso a ese mundo de interacciones, siendo una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional”. Los efectos negativos de esta soledad pueden conllevar ansiedad, depresión y en algunos casos el suicidio. Así lo explica Pérez Barrero, S. A. (1999) donde uno de los factores de riesgo suicida en la vejez son los sentimientos de soledad e inutilidad, así como el aislamiento social ante otros.

2.4. Como afecta este proceso a los familiares de los que llegan a la tercera edad

La entrada en la tercera edad de una persona puede afectar a sus familiares de muchas formas. Por ejemplo, la salud física y mental del individuo, el nivel de ayudas y cuidado que necesita para la realización de las actividades de la vida diaria, así como la relación familiar y los recursos de los que puedan disponer.

Responsabilidades del cuidado: A medida que la persona va envejeciendo, puede tener limitaciones físicas o cognitivas, es probable que necesite ayuda y apoyos para realizar AVD. Esta puede recaer sobre los familiares de la persona y más si opta por quedarse en casa y no ir a un centro residencial.

Presión económica: El cuidado de una persona en tercera edad y más si es dependiente, puede ocasionar gastos financieros adicionales, ya sea por las modificaciones del hogar para que el individuo pueda acceder fácilmente (como puede ser un baño adaptado o un ascensor), la contratación de cuidadores adicionales o el coste de tratamiento médicos y medicamentos.

Repercusión emocional: Esta se refiere a los efectos o consecuencias psicológicas que pueden experimentar los familiares cuando ven a sus seres queridos envejecer y necesitan asumir el rol de cuidador hacia ellos. Esta situación puede generar ansiedad y preocupación sobre su capacidad para cumplir el nuevo rol de cuidador. Por otro lado, está el sentimiento de culpabilidad que los familiares pueden tener al no soportar todas las responsabilidades que requiere el cuidado de la persona mayor. Teniendo muchas veces que delegar los cuidados a los servicios sociales (Ley de la dependencia) o directamente tener que aceptar que su familiar estuviera mejor en una residencia geriátrica.

Según Bazo, M. T. (1991), *debido* a estas consecuencias son muchas las familias que deciden que su pariente estaría mejor atendido en una residencia de tercera edad. Por otro lado, también son las propias personas afectadas deciden mantener un grado de independencia frente a los hijos, por lo que prefieren trasladarse a un centro geriátrico.

La decisión de trasladar a un ser querido a una institución tiene un gran impacto emocional en la persona afectada y su familia. Es una decisión muy complicada y requiere de una profunda reflexión por parte de la familia. Según un estudio de investigación sobre adaptación de familiares de personas mayores elaborado por Fera Vizcaíno y Solano (2017), se encontró que los pasos iniciales de adaptación, muchos familiares tuvieron dificultades para adaptarse a la nueva situación. Especialmente sus las relaciones anteriores con miembros de la familia eres íntima, por ejemplo, de una relación. Pudiendo a tener sentimientos de culpabilidad y frustración, a pesar de creer que tomaron la decisión correcta para mejorar la vida de un ser querido. Algunos también muestran síntomas de depresión, aunque en menor medida. Sin embargo, muchos familiares muestran sentimientos de tranquilidad y liberación, ya que ven estos cambios positivos porque saben que sus seres queridos siempre están atendidos y cuidados.

3.DISEÑO DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN FAMILIAR

3.1. ¿Por qué proponer este programa de intervención?

Dado lo expuesto en apartados anteriores de este trabajo fin de grado, se puede ver que el proceso de la vejez para las personas que lo sobrellevan es difícil de afrontar, ya que implica una serie de cambios tanto físicos como mentales, los cuales pueden tener un impacto en el bienestar psicológico. Estos cambios pueden generar una carga emocional considerable. Este peso afectivo se puede ver más sobrecargado cuando estas personas se institucionalizan en una residencia de la tercera edad, alejándose de su hogar y separándose de la familia. Siendo estas últimas quienes, debido a que se ven sobrepasadas por los procesos de la vejez que atraviesa su ser querido, deciden trasladar a la persona mayor al centro geriátrico. Dejando a la persona trasladada con un sentimiento de abandono y soledad, pudiendo llegar a padecer problemas de ansiedad, depresión y aislamiento del entorno. entre otras afecciones (Guillén, 1998). Es por ello, que **fomentar el papel de la familia dentro de la institución de la tercera edad es primordial.**

Para esta propuesta, aplicaremos el modelo de atención integral y centrado en las personas (AICP). Según P. Rodríguez (2012), esta atención se dirige a la consecución de mejoras en todos los contextos 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.

En vista del AICP, debemos comprender los dos modelos que lo conforman. En primer lugar, nos podemos encontrar con la Atención Integral, a partir de ahora AI. Esta es aquella que se consigue cuando a la hora de intervenir se consideran todos los ámbitos que componen a las personas y las necesidades ajenas a las mismas: lo relacionado en el cuerpo (enfermedades físicas), lo que tiene que ver con nuestra salud mental, lo que afecta en el campo social (el rol que desempeñamos en cada etapa de nuestra vida), lo que tiene que ver con nuestro entorno en donde nos desenvolvemos (vivienda, familia, trabajo, ocio y tiempo libre, economía...) y todo lo que tiene que ver con nuestras creencias y valores. El objetivo de la AI es dar en todo momento la atención y recursos que se requieran pudiéndose adaptar de una manera flexible en función de los diferentes contextos que se encuentre la persona. En segundo lugar, nos encontramos con la Atención Centrada en la Persona, de ahora en adelante ACP. La OMS señala que este se da cuando se pone a la persona como centro de la intervención, es decir, que lo más importante a la hora de intervenir es comprender la historia de vida del usuario y trabajar en colaboración con él y su familia teniendo en cuenta sus opiniones y no solo la afección que padece (Rodríguez Rodríguez et al., 2022, Capítulo 5).

El AICP, como todos los modelos tiene una serie de principios que debe seguir para que este sea efectivo a la hora de intervenir (Rodríguez Rodríguez et al., 2022, Capítulo 6):

1. Individualidad: Todas las personas tienen los mismos derechos y poseedoras de dignidad, pero cada una de ellas es única y diferente al resto.
2. Autonomía: Toda persona tiene derecho a autogobernarse y por ende a la participación en la planificación y en el desarrollo de su plan de intervención y de su proyecto vital. Este principio se puede desarrollar de manera indirecta cuando se presentan situaciones de discapacidad intelectual o deterioro cognitivo importante, mediante la participación de una red de apoyo donde se involucren personas de confianza de la persona afectada a la hora de la toma de decisiones.
3. Independencia: Todas las personas, con independencia de sus condiciones personales, ya sean de salud, de funcionalidad, de sexo, del lugar en que residan, u otros condicionantes, han de poder acceder a los apoyos o servicios que les garanticen sus derechos.

4. Participación: Las personas con discapacidad y dependencia tienen derechos a participar en la comunidad y a tener unas redes sociales estables para poder acceder al pleno desarrollo de una vida personal y social libremente elegida.
5. Integralidad: Toda persona es un ser cambiante con diferentes afectos de su vida que la definen no uno solo, por lo que es primordial que se intervengan teniendo en cuenta todo el conjunto de esas condiciones que forma a la persona.
6. Ambiente facilitador: Las personas que precisan de apoyos para las actividades de la vida diaria, deben estar en un entorno en el que se adapte a ellos y les facilite esos soportes, ya sean físicos como humanos.
7. Inclusión social: Las personas dependientes son miembros activos de la comunidad y tienen los mismos derechos que el resto de la ciudadanía por lo que deben poder permanecer y participar en su entorno de manera activa.
8. Continuidad de atención: Las personas que precisan de ayudas o con discapacidad deben tener una atención continuada donde les proporcionen apoyos de manera persistente.

3.2. Objetivos de la intervención

El objetivo general del programa de intervención familiar es fomentar la participación de los familiares en la residencia implementando el AICP. Para ello se desarrollan una serie de objetivos secundarios:

- Organizar actividades conjuntas y charlas informativas dirigidas a los familiares para proporcionarles información sobre los procesos y etapas de la vejez por las que están atravesando sus seres queridos.
- Proporcionar detalles sobre cuestiones socio administrativas que puedan mejorar la calidad de vida del residente, así como la experiencia de los familiares en la residencia.
- Proponer nuevos servicios para que los residentes y las familias tengan más facilidades para venir o salir de la residencia.
- Poner a disponibilidad un apartamento de los que dispone el centro para las familias que residan lejos, permitiéndoles pasar más tiempo con sus seres queridos durante la estancia y su proceso de rehabilitación.

3.3. Encuadre institucional.

Como he mencionado en el apartado “Justificación del Proyecto”, se toma la residencia Villa de Sádaba y su población como punto de partida.

La residencia se encuentra en la comarca de las Cinco Villas en la provincia de Zaragoza, Sádaba se localiza a 89 kilómetros al norte de la capital aragonesa y se sitúa cerca de Pamplona y Huesca. Es un centro municipal con gestión privada, en la cual disponen de 78 plazas para personas de tercera edad con o sin dependencia. Además, está especializada en usuarios con patologías de Alzheimer, demencias y Parkinson.

El centro cuenta con las siguientes instalaciones:

INSTALACIONES	
Habitaciones individuales	Habitaciones dobles
Apartamentos Dobles	Apartamentos Individuales/Sencillos
Sala de Terapia Ocupacional	Gimnasio de 50 metros cuadrados
Cafetería	Salón de 150 metros cuadrados
Capilla	Sala de televisión
Sala de Peluquería	Zona de Lavandería
Zona de Cocina y Almacenes	Baños Geriátricos
Baños/Servicios	Tanatorio
Jardines exteriores	

Tabla 1. Instalaciones de la residencia Villa de Sádaba. Elaboración propia

El objetivo de la residencia es lograr la mayor calidad en el desenvolvimiento autónomo de la persona mayor. Para llevar a cabo este objetivo se desarrollan los siguientes servicios:

SERVICIOS	
Servicio de alojamiento: cortas y largas estancias, estancias temporales de respiro familiar y recuperaciones.	Servicio de equipo de enfermería
Servicio de terapia ocupacional y animación sociocultural	Servicio de Trabajo Social
Servicios externos de podología y peluquería	Servicio religioso
Prensa diaria	Gimnasio
Servicio de dietas adaptadas	

Tabla 2. Servicios de la residencia Villa de Sádaba. Elaboración propia

3.4. Análisis de datos secundarios.

Para este aparato, se solicitó al trabajador social del centro que nos proporcionará datos acerca de la población de la residencia y sus características. Una vez examinados los datos pude determinar que la Residencia Villa de Sádaba cuenta con un 97% de ocupación en sus plazas, de las cuales el 22% corresponde a residentes que vivían en el mismo pueblo, el 15% proviene de Zaragoza, el 39% de la comarca de las Cinco Villas, el 22% de otras partes de España y el 2% del extranjero. Así, podemos observar que más del 75% de los usuarios han tenido que trasladarse desde su lugar de residencia habitual para establecerse en el centro geriátrico.

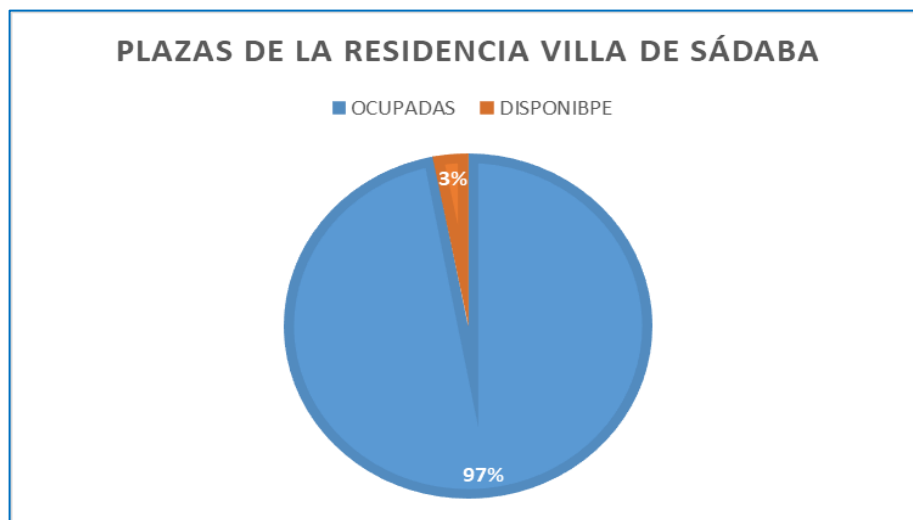


Ilustración 2. Plazas residencia. Elaboración propia.

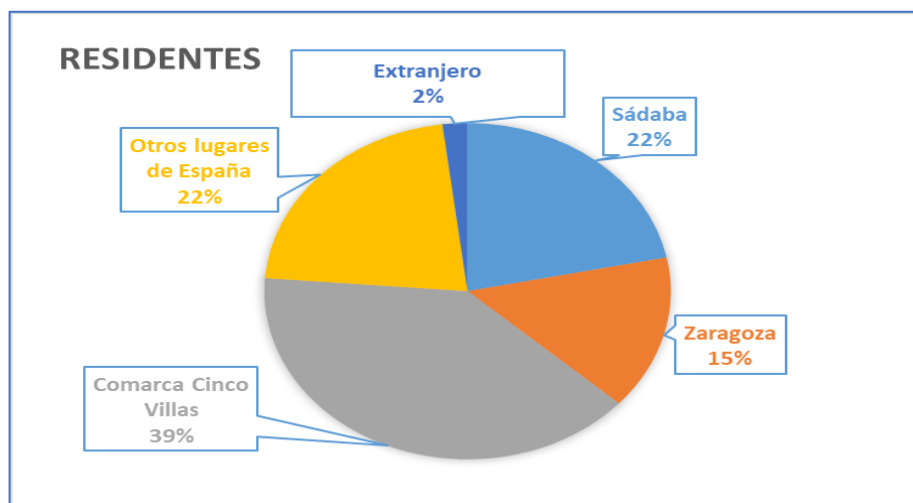


Ilustración 3. Procedencia de residentes. Elaboración propia.

Respecto a las familias de los residentes, se presenta una situación similar, aunque es notable que la mayoría reside fuera de Sádaba. Como se refleja en el gráfico a continuación, únicamente un 20% de los familiares reside en la misma localidad que la residencia, mientras que un 82% viven en otras ubicaciones.

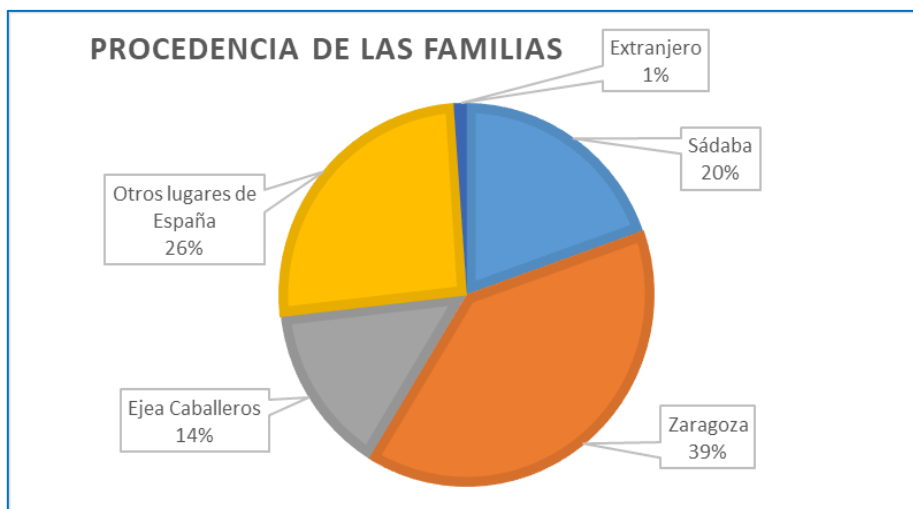


Ilustración 4. Procedencia de familias. Elaboración propia.

Otro dato para destacar sobre la población de este centro es la proporción de personas en situación de dependencia presentes. El 64% de la población tiene reconocida alguna forma de dependencia, desglosada en un 36% con grado I, un 33% con grado II y un 31% con grado III. Por otro lado, un 28% de los residentes aún está pendiente de valoración, mientras que solo un 8% no presenta dependencia. En consecuencia, se puede concluir que la mayoría de los residentes del centro son dependientes o están a la espera de evaluación.

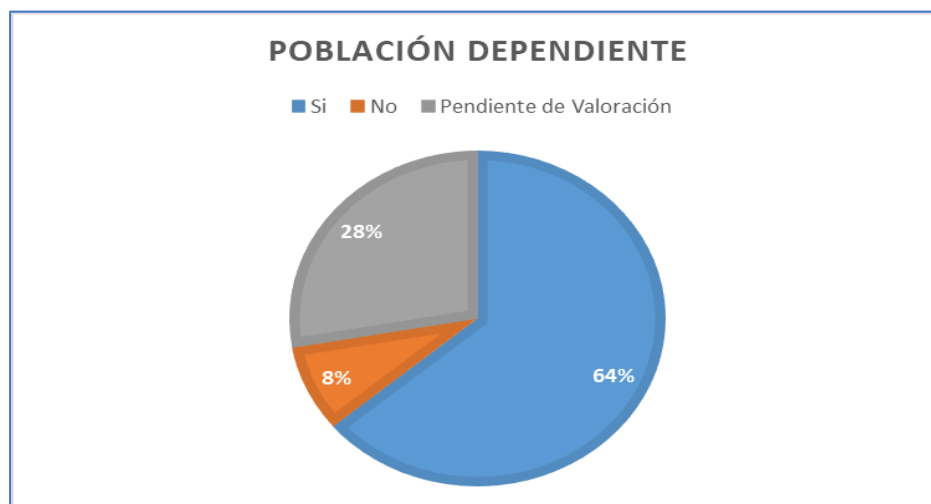


Ilustración 5. Población dependiente. Elaboración propia.

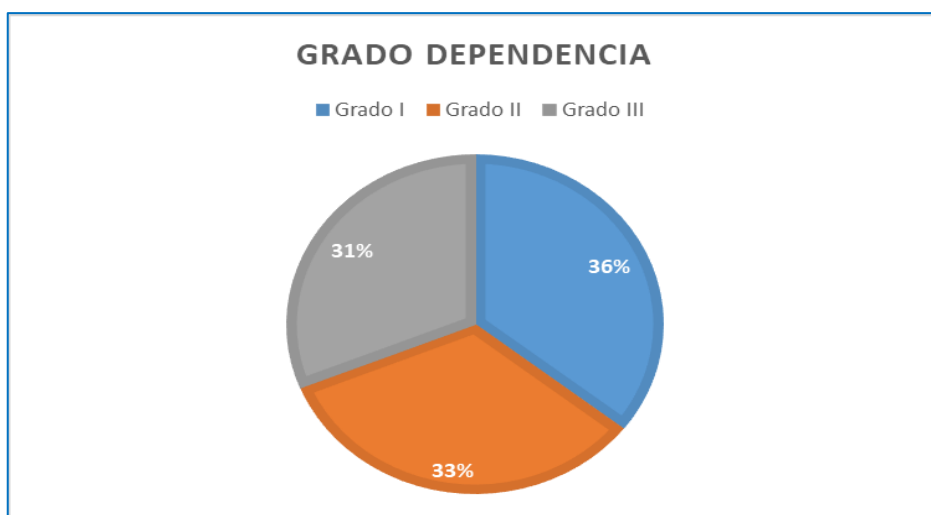


Ilustración 6. Grado de dependencia de los residentes. Elaboración propia.

3.5. Análisis datos primarios

Para elaborar este programa de intervención, se llevó a cabo una metodología cuantitativa, donde se utilizó una encuesta a través de *Google forms* como herramienta de recolección, esta se distribuyó a través del grupo de WhatsApp de la residencia y de manera presencial. En ella se valoraban los servicios actuales de la residencia y se proponían nuevos servicios y actividades con el fin de acercar a los familiares a los sus seres queridos que residen en el centro. Se recogían las opiniones de los familiares de cuales creían ellos y que actividades o servicios estarían dispuestos a ser partícipes o beneficiarse de estas. Con el fin de comprender y pasar más tiempo con su familiar. A continuación, se analizarán los resultados obtenidos en ella:

Cabe destacar que los siguientes datos son meramente orientativos, ya que la ratio de muestreo de la encuesta es de un 52% (39 familiares de los 75 residentes) de los familiares. Lo que quiere decir que la mitad de los familiares de los usuarios residentes no respondieron a la encuesta. No obstante, este hecho nos proporciona información valiosa sobre la proporción de familias vinculadas al centro, así como sobre su compromiso con el bienestar y la disposición para brindar apoyo a sus familiares que residen en la residencia Villa de Sádaba.

3.5.1. Relación que tiene los familiares con los residentes

A partir de la información proporcionada que nos muestra la tabla, se evidencia a los hijos como categoría mayoritaria (82%), seguida en menor medida de hermanos (8%) y sobrinos (5%). Además, se detecta la presencia de tíos y padres (3%).

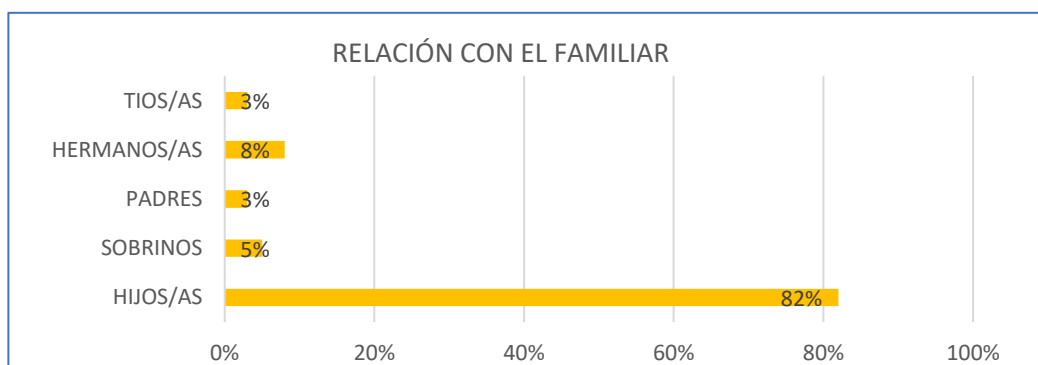


Ilustración 7. Relación de las familias con residentes. Elaboración propia.

3.5.2. Frecuencia con la que los familiares acuden al centro para ver a su familiar

Respecto a la cantidad de veces que las familias visitan a sus seres queridos, se puede observar que una mayoría lo hacen varias veces a la semana o una vez a la semana, constituyendo un 64,1 % de las personas que han respondido a la encuesta. Sin embargo, aproximadamente un 36% de los encuestados indicaron que visitan a sus familiares cada 15 días o en menor frecuencia. Resulta crucial señalar que este porcentaje podría ser aún más, dado que la mitad de los familiares no han contestado a este cuestionario. Además, es importante tener en cuenta que la mayoría de los familiares no residen en el mismo pueblo donde se ubica la residencia, lo que puede influir en la frecuencia y la facilidad para realizar visitas regulares.

Otro aspecto a tener en cuenta es que la encuesta se compartió en plenas vacaciones de semana santa que son estos periodos vacaciones cuando las familias tienen más disponibilidad para visitar a su ser querido. Dado que como he explicado anteriormente tan solo un 52% de los familiares participaron en la encuesta, podemos inferir que muchos de los que no lo hicieron rara vez visitan a los residentes.

Por lo tanto, estos datos nos dan solo una idea de cómo los familiares cuidan y comparten tiempo con los residentes, lo que resalta la importancia de entender mejor las situaciones y deseos tanto de los residentes como de sus familias.

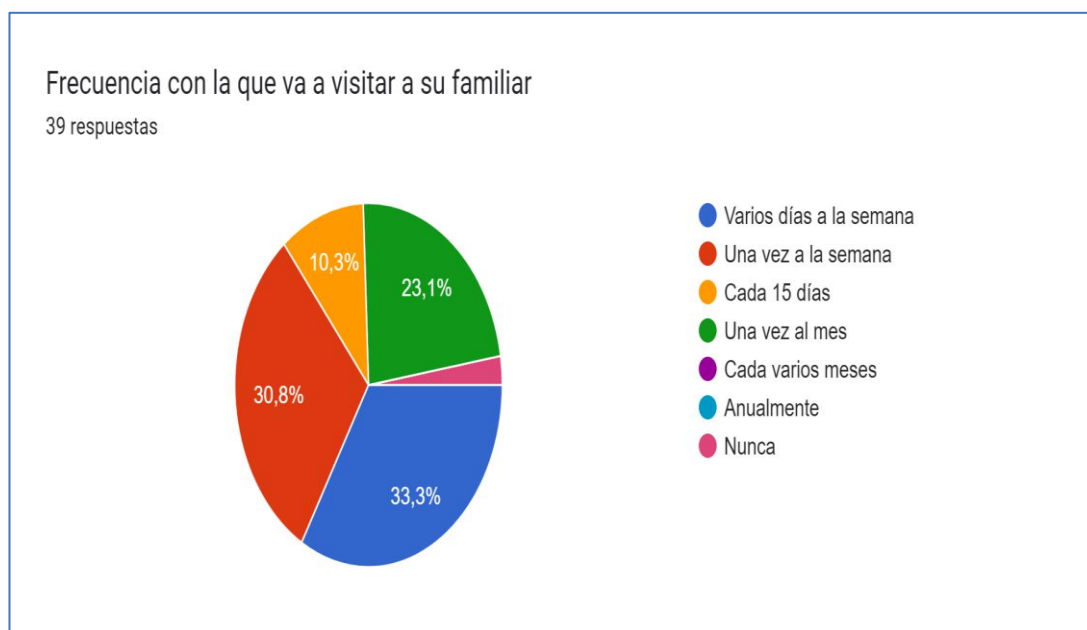


Ilustración 8. Frecuencia de visitas. Elaboración propia

3.5.3. Valoración de los servicios que se llevan a cabo en la residencia

La percepción de los servicios ofrecidos en la residencia es fundamental para garantizar el bienestar y la satisfacción de los residentes como de sus familias. En este apartado se realizará la valoración por parte de los familiares sobre los servicios proporcionados, con el objetivo de identificar las necesidades de mejora en ellos.

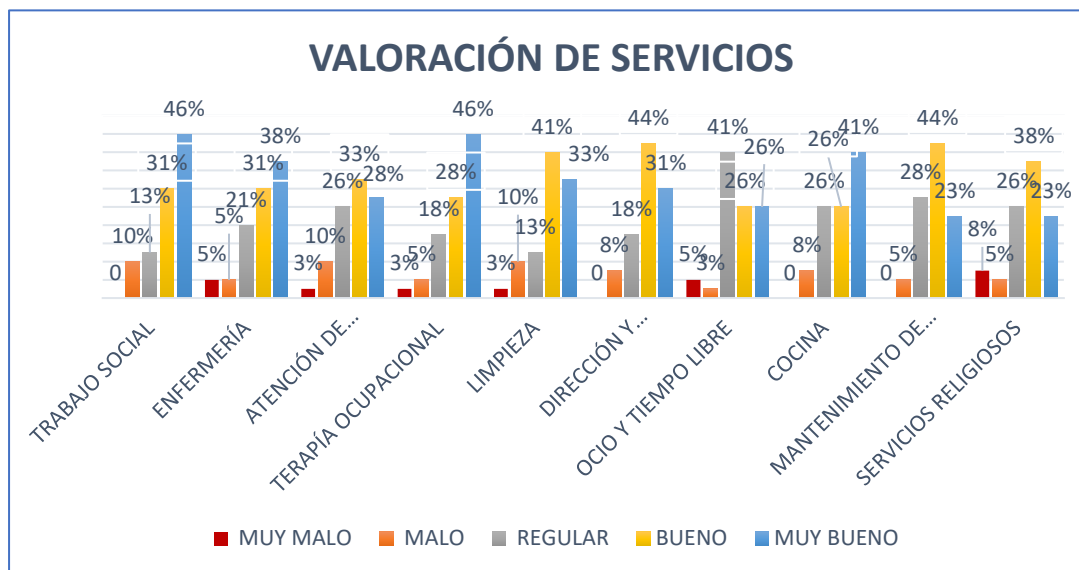


Ilustración 9. Valoración de servicios. Elaboración propia

Se empezará analizando el servicio de **Trabajo Social**. Como se observa en la tabla, destaca “muy bueno” (46%) por encima de las otras, seguido por “buena” (31%). Luego, en menor medida se encuentra la columna “regular” (10%) y la categoría “malo” (10%). La valoración de los servicios muestra una tendencia positiva generalizada (77%), con una predominancia de calificaciones que van desde “muy bueno” hasta “bueno”. Esto da a entender, que la mayoría de los encuestados perciben el servicio como satisfactorio y de calidad. Sin embargo, se observa una pequeña proporción de evaluaciones de “regular” (13%) y “malo” (10%), lo que indica que existen oportunidades para fortalecer y mejorar aún más la calidad y la eficacia de este servicio.

A continuación, nos encontramos con el servicio de **Enfermería**. En esta gráfica de barras, podemos observar que la categoría “muy bueno” (38%), así como “bueno” (31%) predominan sobre las otras categorías. Sin embargo, también se observa la categoría “regular” (21%), tiene resultados bastante significativos. En menor medida nos encontramos con “muy malo” (3%) y “malo” (10%). Por lo que, este servicio, aunque tiene una tendencia positiva, también hay resultados significativos en la categoría “regular”, lo que sugiere que una parte de los usuarios consideran que el servicio cumple con las expectativas, pero con margen de mejora. También es importante mostrar atención a las calificaciones en las categorías “muy malo” y “malo”, ya que indican áreas de preocupación por parte de los familiares que deben abordarse.

Respecto al servicio de **Atención de Gerocultores**. En la tabla se aprecia un 61% porcentaje de evaluaciones positivas por parte de los participantes, representado por “bueno” (33%) y “muy bueno” (28%). Lo que significa que un poco más de las familias que han respondido a esta encuesta están satisfechos con el servicio. No obstante, hay un notable porcentaje de calificaciones malas respecto a la atención de los gerocultores, un total de un 39% que es la suma de las categorías “regular”, “malo” y “muy malo”. Algo que no se debe pasar por alto ya que este servicio junto al de enfermería es de lo más importante en un centro especializado en cuidados de personas dependientes y no dependientes de la tercera edad. Lo que señala

que es de vital importancia que en este servicio se detecten los fallos y se corrijan lo antes posible y así poder garantizar el bienestar de los familiares y de los usuarios.

En el servicio de **Terapia Ocupacional**. En esta, observamos que predomina una alta valoración positiva siendo la opinión de la gran mayoría de encuestados como “muy bueno” (46%) y “bueno” (28%). Aunque también se pueden observar opiniones contradictorias ya que una cantidad considerable de familiares describe el servicio como “regular” (18%), “malo” (5%) o “muy malo” (3%). Esto indica la necesidad de investigar los pequeños fallos que puede tener el servicio y mejorarlos, para poder garantizar una buena calidad a la hora de llevarlo a cabo.

Por otro lado, el servicio de **Limpieza** se muestra mayoritariamente positivo. Un 41% de los encuestados opina que es bueno y un 33% muy bueno. Respecto a un 26% que puntúa la limpieza de manera negativa por lo que habría aspectos que deberían de ser considerados para mejorar la calidad de este servicio.

Respecto al servicio de **Dirección y Administración**. Nos encontramos con unas valoraciones mayoritariamente positivas (un 75% entre “bueno” y “muy bueno”, teniendo en cuenta que hay un pequeño porcentaje de valoraciones negativas sobre todo de “regular” (18%) y “malo” (8%), por lo que habría que valorar en qué aspectos tendría que mejorar el servicio.

Asimismo, nos encontramos con el servicio de **Ocio y Tiempo libre**. En este, podemos observar una mayoría negativa (49%), específicamente en la categoría “regular” (41%). Esto nos indica que muchos de los familiares no están satisfechos con el servicio recibido. No obstante, un número significativo sí que lo valoran como “bueno” (26%) o “muy bueno” (26%). Por lo tanto, sería necesario estudiar por qué este servicio no está siendo del agrado de los usuarios y analizar tanto los puntos positivos como los negativos para poder mejorar la calidad. **Con este resultado queda confirmada una de las hipótesis de este trabajo, en donde se hace necesaria una mejora del Ocio y Tiempo Libre, instaurando nuevas actividades para una mejor integración familiar dentro de la residencia.**

Ahora toca analizar el servicio de **Cocina**. Este es el tercero mejor valorado de los servicios reflejados en la encuesta. Teniendo un 41% de valoración de muy bueno y un 26% de bueno, siendo tan solo un 34% de los participantes que expresan que el servicio podría mejorar.

Finalmente, Mantenimiento de Instalaciones y Servicios Religiosos. Cuyos resultados son similares. De estos, podemos observar que muchos participantes de la encuesta consideran que están bien, ya que valoran las barras como “bueno” y “muy bueno”. Sin embargo, otros consideran que, aunque el servicio sea decente, necesita mejoras, lo que refleja la categoría “regular”. Por lo que, al igual que el en el servicio de Ocio y Tiempo Libre, sería necesario estudiar las causas de este fenómeno.

Después de analizar los diferentes servicios según las valoraciones proporcionadas, podemos determinar que **Terapia Ocupacional y Trabajo Social** obtienen una alta percepción positiva. Mientras que el servicio de **Ocio y Tiempo Libre** enfrenta grandes retos en lo que respecta a la satisfacción de los familiares.

3.5.4. Nivel de grado satisfacción de los servicios actuales.

Por último, antes de pasar al siguiente apartado se analizará la siguiente grafica donde muestra el nivel de satisfacción general respecto a los servicios proporcionados por la residencia:

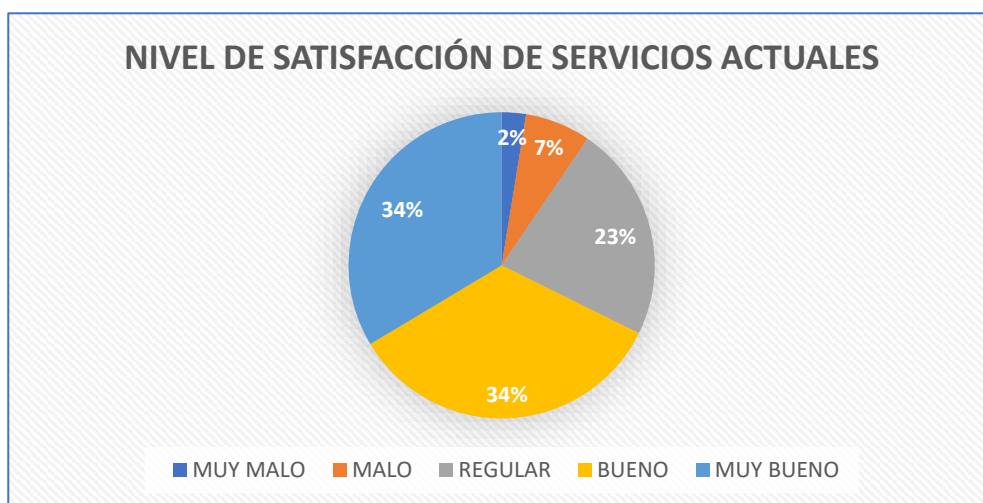


Ilustración 10. Nivel de Satisfacción de servicios actuales. Elaboración propia.

En la representación de los datos, se puede apreciar que hay un 68% de satisfacción familiar, comprendiendo los apartados de “bueno” y “muy bueno”. Lo que quiere decir que más de dos tercios de los familiares que han participado están contentos con los servicios. Sin embargo, es importante mencionar que el 32% de los participantes de la encuesta consideran que se debería mejorar la calidad de estos. Aunque inicialmente pueda parecer una cifra positiva, esta diferencia sugiere que hay un margen significativo para la mejorar la calidad de los servicios, lo cual es un aspecto preocupante para tener en cuenta.

3.5.5. Propuesta nuevos servicios

A continuación, se les propuso a los familiares nuevos servicios que se podrían incorporar al catálogo de la residencia. Los cuales son fisioterapia, cafetería atendida, acompañamiento de los residentes para trámites o compras, traslado de los residentes hacia Ejea de los Caballeros o Zaragoza y servicio de habitaciones o apartamentos para familiares en estancias de corta duración y según la disponibilidad de la residencia.

Los resultados, como se puede observar en la tabla, son los siguientes:

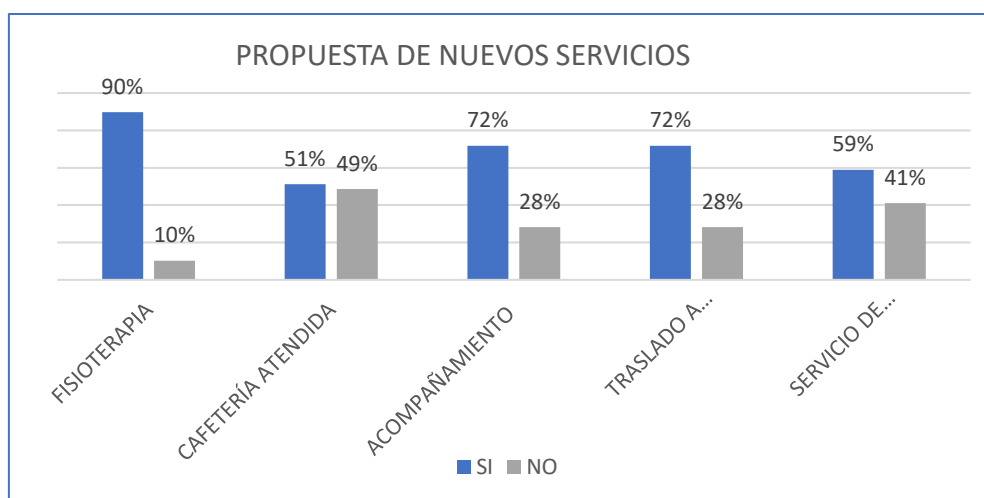


Ilustración 11. Propuesta de nuevos servicios. Elaboración propia

En primer lugar, nos encontramos con el servicio de fisioterapia, que es el que más ha interesado a los familiares (90%), seguido por el servicio de acompañamiento de los residentes para trámites o compras (72%) y el de traslado a residentes hacia Ejea y Zaragoza (72%). Por debajo de estos dos, vemos que el servicio de habitaciones o apartamento para familiares también ha despertado interés (59%). Para finalizar, el que menos a interesado sería el de cafetería atendida (51%).

3.5.6. Valoración de actividades

De la misma manera, que, con los servicios, se les pidió a los residentes que valoraran las actividades que se ejecutaban en la residencia Villa de Sádaba. En el gráfico de barras, podemos observar que las actividades que más gustan son las visitas de grupos musicales, jota, pregones, la celebración de Reyes Magos, etc., así como salidas a la terraza de la piscina en verano. A continuación, se encuentran la celebración de cumpleaños y fiestas, y el bingo semanal. Por otro lado, las actividades menos populares son, en primer lugar, la lectura de noticias del día, seguridad de las salidas a exposiciones y los talleres de manualidades, que incluyen dibujos, murales y figuras.

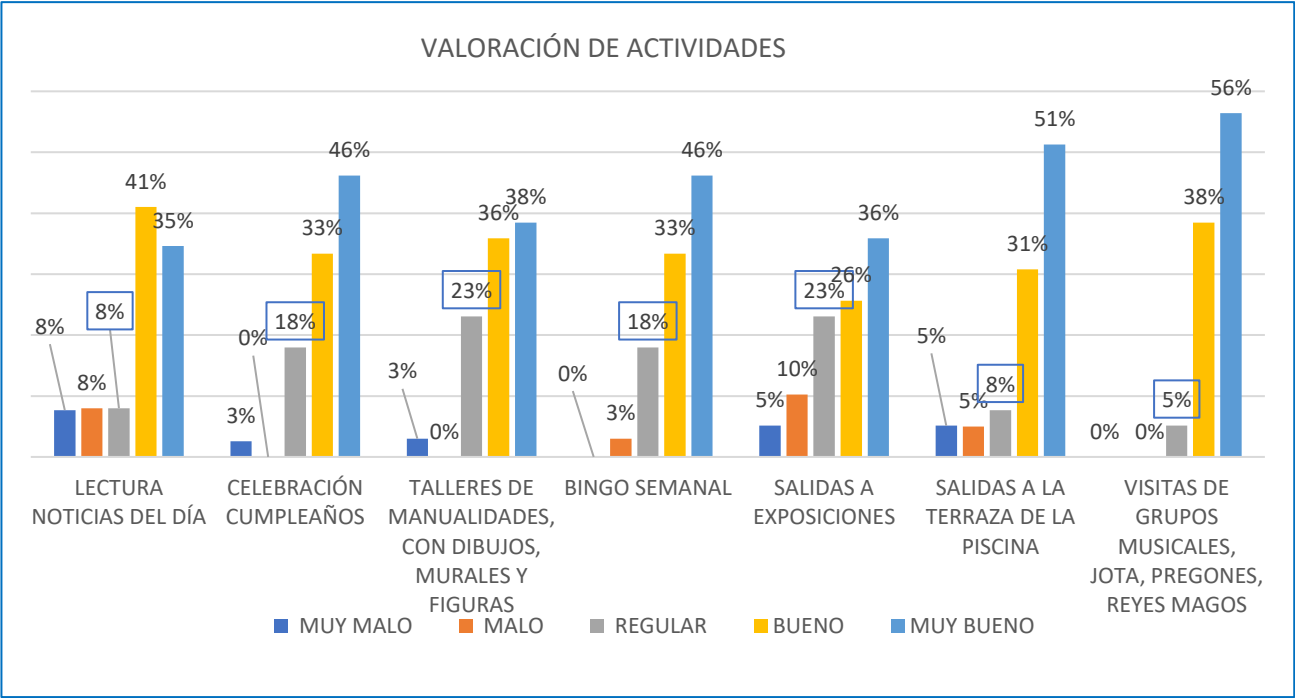


Ilustración 12. Valoración de actividades. Elaboración propia.

3.5.7. Propuestas nuevas actividades

Con el objetivo de promover la participación familiar dentro de la residencia, se les propuso una serie de actividades para hacer con sus seres queridos. Estas actividades están diseñadas para fortalecer la relación afectiva entre los residentes y sus seres queridos. A continuación, se mostrarán cuáles fueron de más interés para las personas encuestadas.

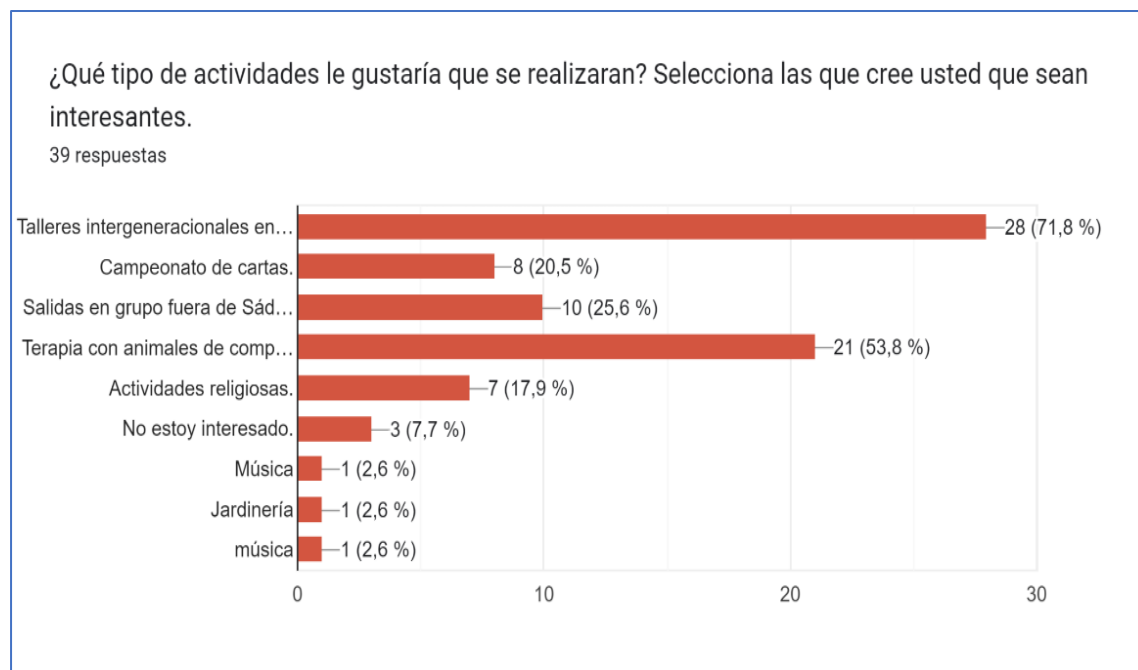


Ilustración 13. Propuesta de nuevas actividades. Elaboración propia.

Como se puede apreciar en la tabla, los talleres intergeneracionales fueron los que mayor aceptación tuvieron entre las familias, con un porcentaje del 71,8%. Esta sugerencia destaca por su capacidad de fomentar la interacción entre varias generaciones. Seguidamente, la terapia con animales ha despertado interés del 53,3% de los encuestados, dando la oportunidad de conectar con los animales en un entorno familiar. Los campeonatos de cartas también han recibido cierto interés, con un 20,5%. Por otro lado, las actividades religiosas y opciones como música o jardinería han mostrado un interés relativamente bajo, con menos del 20% y del 10% de participación.

Estos resultados demuestran una clara voluntad por parte de los participantes de crear lazos significativos con los residentes. Esta se manifiesta a través de un interés por querer involucrarse en los talleres intergeneracionales, así como en la terapia con animales. **Estos datos son alentadores a la hora de llevar a cabo la propuesta del programa de intervención familiar.**

3.5.8. Propuestas charlas informativas sobre temas sociosanitarios

Además de las propuestas de los servicios y las actividades. Se les propuso a los familiares la posibilidad de participar en charlas informativas sobre temas sociosanitarios. Estas charlas podrían abordar temas relevantes sobre el entendimiento de la salud y el bienestar de los residentes, así como información útil para los propios familiares.

En el gráfico que se puede ver a continuación, se observa que más del 75% de los encuestados estaban interesados en participar en este tipo de charlas, respecto a un 23% que no.



Ilustración 14. Interés por charlas sociosanitarias. Elaboración propia.

Se les propuso los siguientes temas específicos: Enfermedades frecuentes en la tercera edad, donde más del 57% se mostró interesado. Charlas informativas sobre ayudas y legislación para las personas mayores, con un notable 73% de interés registrado. Además, se propusieron charlas sobre el proceso de duelo tras la pérdida de un ser querido, tema que solo generó interés en un 30% de los encuestados.

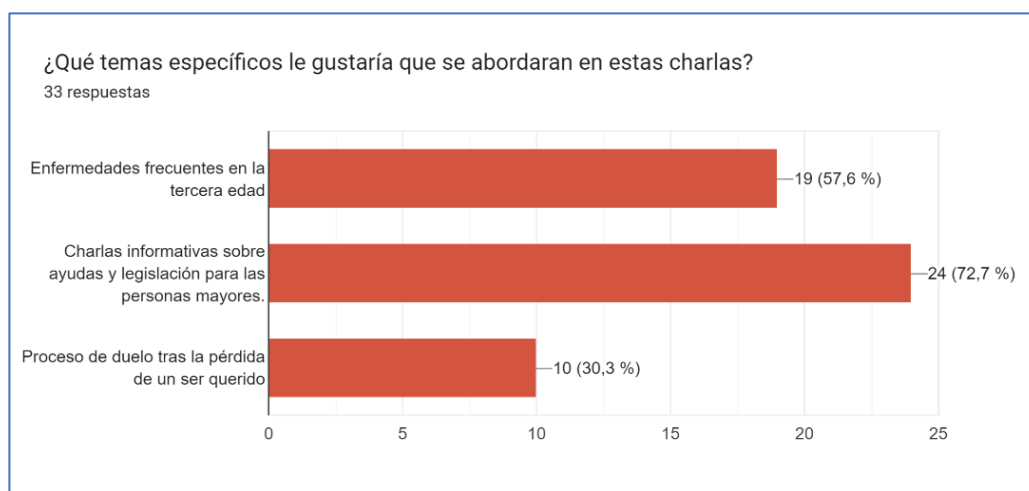


Ilustración 15. Grado de interés por los temas de las charlas sociosanitarias. Elaboración propia.

Por otro lado, se les preguntó en qué formato les gustaría que se impartieran estas charlas, a lo que la mayoría de los participantes contestó que prefería el formato presencial y mixto. Mientras que tan solo un 17,6% expresó su preferencia por el formato online.

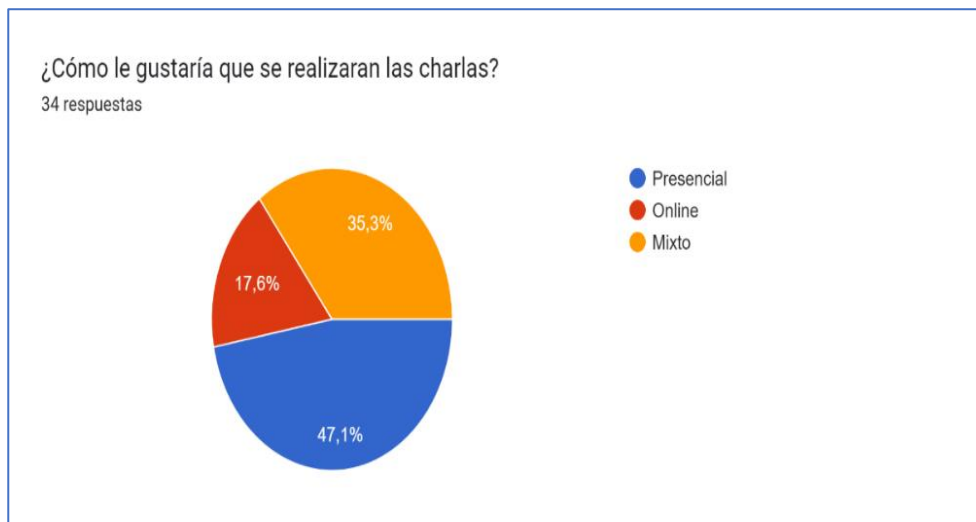


Ilustración 16. Formato a la hora de impartir las charlas. Elaboración propia.

A continuación, se les preguntó si, en caso de no poder asistir a las charlas, querrían que se les pasara la información de otra manera, a lo que el 87,2% de los encuestados respondió afirmativamente.

Es llamativo ver que esta cuestión fue respondida por todos los participantes y no solo por aquellos interesados en las charlas informativas.

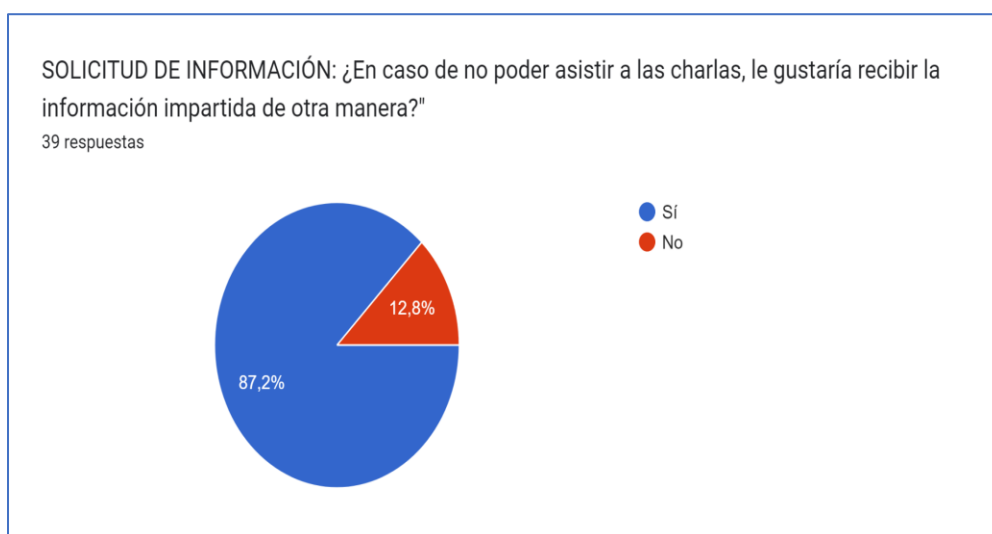


Ilustración 17. Solicitud de información. Elaboración propia.

3.4.9. Análisis Cualitativo.

Para finalizar el cuestionario, aunque el cuestionario era un instrumento meramente cuantitativo, se les dejó un espacio para que comentarán algo más sobre los servicios y otro para compartir algún comentario o propuesta adicional sobre el funcionamiento de la residencia. Estos aportes son de gran valor a la hora de mejorar los servicios del centro y dar valor a la opinión de los familiares.

Siguiendo la línea de propuesta de nuevos servicios, se les preguntó si echaban en falta algún otro servicio en la residencia, a lo que respondieron lo siguiente:

COMENTARIOS FAMILIARES SOBRE SERVICIOS	
“Pues yo les haría más fiestas enfocadas al día que corresponde con más actividades y que ellos mismos realicen trabajos en manualidades para ese día y que se integré también el personal de trabajo.”	“Mejorar la lavandería para evitar confusiones de ropa entre residentes aun estando etiquetadas.”
“Autobús o transporte entre la residencia y los pueblos de origen de los residentes que no sean de Sádaba para que los familiares y allegados pudieran visitarlos. Porque no siempre se dispone de coche.”	“Más personal contratado.”
“Un segundo ascensor.”	“Reforzar personal.”
“Biblioteca.”	“Comer o cenar con el familiar en el comedor de la residencia.”
“Un servicio de control.”	“Comer con el familiar en el comedor de la residencia.”
“Más contacto con los familiares.”	“Zona exterior cubierta para días de lluvia o más frescos.”
“Estaría muy bien recuperar una actividad que se hacía hace tiempo y considero muy beneficiosa para los residentes: Sacarlos al jardín en lugar de estar todo el día dentro (en el buen tiempo).”	

Tabla 3. Comentarios de familias. Elaboración propia.

Las respuestas recopiladas reflejan una serie de necesidades y expectativas que pueden contribuir a mejorar la calidad de los servicios ya existentes de la residencia. Entre estas necesidades se encuentran mejoras en las instalaciones, como la incorporación de un segundo ascensor, la creación de espacios al aire libre o una biblioteca. Uno de los servicios que podría verse afectado es el de ocio y tiempo libre, donde se valor a la idea de organizar más fiestas y actividades para los residentes. Por otro lado, el servicio de gestión y administración de la residencia podría mejorar, considerando la sugerencia de contratar más personal, implementar un sistema de control y proporcionar un autobús para que los residentes puedan visitar a sus familiares sin dificultades. Además, se menciona la posibilidad de que los familiares puedan comer en el centro y se plantea mejorar la lavandería. Otra área que se ve afectada por las sugerencias de los usuarios es el del trabajo social, ya que se destaca la importancia de tener más contacto con los familiares.

En la tabla de a continuación se muestran los comentarios adicionales sobre propuestas de nuevas actividades, aunque algún participante lo utilizo también para quejarse de los servicios.

COMENTARIOS ADICIONALES	
“Me gustaría y sería muy cómodo que se colocará en la entrada un dispositivo de fichaje como los que hay en las empresas para entrar y salir sin necesidad de estar esperando a que te abran la puerta con las inclemencias del tiempo cayéndose encima.”	“Habilitar otro espacio para visitas ya que la cafetería se queda escasa.”
“Ampliación del personal cuidador.”	“Grupo de terapia de Alzheimer”
“Para poder asegurar el bienestar de los residentes sería necesario contratar a personas cualificadas, no a cualquiera que pase por la calle.”	“Me gustaría que los residentes, con independencia de la sala en la que se encuentren y fuera de los horarios en los que tienen alguna actividad estuvieran supervisados por las gerocultoras del centro, de manera constante cuando los residentes salgan de la residencia con las familias se compruebe de manera efectiva si van limpios y con los pañales cambiados.”
“Me gustaría que renovarían el mobiliario de las zonas comunes, sillones, sillas más cómodas.... hacer las estancias más actuales y agradables.”	“Más información de nuestro familiar/tratamientos que les ponen cuando están enferma. Un poco más de control en la ropa diaria, cambiarles más y que no se confundan con ropa de otro residente.”
“Mejorar la comida.”	“Adaptar los horarios de entrada y salida con los familiares al tiempo en el que nos encontramos. En verano poder volver más tarde de las siete a la residencia ya que el día es mucho más largo.”

Tabla 4. Comentarios adicionales. Elaboración propia.

3.6. Contenido y actividades

Basándome en los resultados de la encuesta y considerando que un alto porcentaje de los familiares de la residencia de Villa de Sádaba no ha compartido aún sus opiniones sobre sus preferencias, con la esperanza de que muchos de ellos opten por beneficiarse de este programa, elaboraré el siguiente programa de servicios y actividades que servirá para integrar a la familia dentro del centro.

En primer lugar, nos encontraremos con la siguiente **propuesta de servicios** para poder facilitar la integración familiar en la residencia. Estos servicios supondrán un gasto adicional para quienes quieran beneficiarse.

1. **Servicio de Acompañamiento a trámites, compras y visitas al hospital.** En este servicio los usuarios del centro tendrán a un profesional o voluntario con formación en tercera edad, en donde le ayudará en sus quehaceres personales que tiene fuera de la residencia. Ya sea ir al médico, ir a comprar algo como puede ser ropa, algún regalo o lo que precise. Por otro lado, con este servicio también se realizará acompañamiento terapéutico en el hospital para residentes ingresados, siempre y cuando la familia no pueda acompañar a su ser querido.
2. **Servicio de Traslado de residentes hacia Ejea de Caballeros y Zaragoza.** Se pondrá a disposición de los usuarios, siempre y cuando sea solicitado con anterioridad, un vehículo adaptado, para el traslado de residentes hacia Ejea de los Caballeros y Zaragoza. Por ejemplo, si una familia no puede acudir de visita a la residencia, la residencia puede llevar al ser querido a una de las ciudades cercanas a la residencia, para así poder facilitar las reuniones familiares.
3. **Servicio de uso de habitaciones y/o apartamentos para familiares y amigos.** Este servicio estaría sujeto a la disponibilidad de la residencia. El uso del apartamento permitirá disfrutar de tiempo de calidad, ya sea para pasar un fin de semana, celebrar un cumpleaños de manera privada (solo con familiares o amigos) o realizar alguna comida familiar.
4. **Servicio de comedor para familiares que vengan de visita.** Si se quiere hacer uso del servicio se tendrá que avisar con mínimo cinco días de antelación. El servicio de cocina que tienen los residentes se ampliará a los familiares. Solo estará disponible para la hora de la comida a no ser que se queden en el apartamento que podrán tener tres comidas al día al igual que los residentes. Poniendo a disponibilidad a los familiares de este servicio, se conseguirá que haya un ambiente intergeneracional en la residencia lo que favorecerá el sentimiento de integración en la comunidad de los residentes.

Los servicios expuestos, son esenciales para el modelo AICP, ya que según P. Rodríguez (2012), uno de los criterios de este modelo que va acompañado del principio de Inclusión Social, es la proximidad y enfoque comunitario. Este expone que *“todos los recursos de apoyo y/o cuidados han de situarse en el entorno próximo y cercano de las personas, priorizándose en las planificaciones los que permiten a las personas la permanencia en su casa y en su entorno, que es donde prefieren vivir (...)”*. En cuanto a las diferentes alternativas de alojamiento que se planifiquen, han de ubicarse en núcleos de población junto al resto de recursos comunitarios” (Rodríguez Rodríguez et al., 2022, Capítulo 6), por otro lado, también se menciona que, si la residencia esta fuera de los que es el casco urbano, se deberá de facilitar un transporte para que los residentes tengan relación con el resto de la comunidad. Los cuatro servicios mencionados anteriormente, hacen que los usuarios de la residencia estén más cerca de sus familias, que esto lleva a sentirse más conectados con la comunidad, lo que hace que se establezcan dentro del marco del modelo de Atención Integral Centrado en la Persona.

En **segundo lugar**, veremos la siguiente **propuesta de actividades** para cumplir con el objetivo general de un acercamiento a los residentes por parte de las familias. Estas no supondrán un coste adicional ni a las familias ni a los residentes.

ACTIVIDADES		
Tipología de las actividades	Actividades	Objetivo específico
Intergeneracionales	Cocina	El objetivo específico de estos talleres es que se genere una bonita comunidad dentro de la residencia donde los más jóvenes y los más mayores de la familia disfruten de la compañía y se afiancen sus lazos relacionales. A través de actividades interesante y dinamina donde ambos grupos puedan aprender unos de los otros.
	Campeonato de Juegos de mesa	
	Concurso de fotos	
Terapia con animales	El día de la mascota	El objetivo de esta actividad es que tanto los familiares como las familias conecten con los animales. Creando lazos relacionales con ellos.
Charlas Socio Sanitarias	Enfermedades comunes en la tercera edad	Según el modelo AICP, uno de los principios mencionado anteriormente, es que los residentes se encuentren en un ambiente facilitador. Para ello no solo basta que los profesionales que tratan con ellos en la residencia conozcan las dificultades que atraviesan los residentes en esta etapa tan complicada de la vida como puede ser la tercera edad. Si no, que los familiares deben ser conscientes de estas complicaciones que conlleva estar en los rangos de edades en la que se establece la tercera edad. Por lo que conocer las enfermedades por las que pueden atravesar sus seres queridos y de que recursos les dota el gobierno para minimizar las complicaciones es esencial.
	Charlas informativas sobre ayudas y legislación para personas mayores	

Tabla 5. Actividades. Elaboración propia.

Una vez expuestas las actividades que se llevarán a cabo, a continuación, se explicarán con más profundidad:

En el **primer apartado** de tipología de actividades, se muestran las **intergeneracionales**, en la que nos encontramos con:

“COCINA”

En este taller, los más pequeños de la familia, aprenderán de los más mayores. En cada sesión se realizará una receta con una temática diferente. Una monitora de ocio y tiempo libre estará presente para guiar y resolver dudas sobre cómo llevar a cabo la receta. Por otro lado, aquellos residentes que no dispongan de nietos o sobrinos podrán participar solos o con algún miembro de su familia, no necesariamente tiene que ser menor de edad. La duración de la actividad será de dos horas y las recetas que se elaborarán serán sencillas de hacer (decoración de dulces, pizzas, crepes...).

Para el desarrollo de esta actividad, se pasará una encuesta por el grupo de WhatsApp para saber cuántas personas desean participar para así poder comprar los materiales aproximados para la sesión. La actividad se hará una vez al mes.

“CAMPEONATO DE JUEGOS DE MESA”

Al igual que la actividad, denominada “cocina”, esta también está pensada para que los más pequeños de la familia disfruten con los más mayores. Cada cuatrimestre, según calendario escolar, se llevará a cabo un campeonato de juegos de mesa donde se cambiará el juego cada curso. Los juegos pueden ser campeonato de cartas como el juego del Guiñote u otros tipos de juegos como el Parchís o el Ajedrez. La participación será por parejas que estarán formadas por un menor de edad y la persona mayor. Las rondas del torneo se llevarán a cabo durante el curso académico y cada sesión tendrá una duración de unas 2 horas. Finalmente, cuando solo queden 2 parejas, se les citará en el día que mejor les convenga a las familias para disputar la partida final. La pareja ganadora obtendrá un premio. La monitora de Ocio y Tiempo libre será la encargada de organizar y dirigir la actividad.

Para el desarrollo de esta actividad, se pasará una encuesta por el grupo de WhatsApp para saber cuántas personas desean participar para así poder comprar los materiales aproximados para la sesión.

“CONCURSO DE FOTOS”

En esta actividad será de carácter anual, por parejas que se conformarán por un residente y uno de sus familiares (a poder ser menor de edad, sino no pasa nada). Tendrán un periodo de un año para hacer una foto con una temática explícita (por ejemplo, la naturaleza). La foto se tendrá que hacer en la residencia o en sus alrededores. A final de año las fotos de los participantes se colgarán en el salón de visitas y se numerarán para que todos los miembros profesionales del centro residencial voten por las que más le gusten. La foto ganadora se enmarcará en el salón de visitas y los ganadores tendrán el honor de elegir el tema para el próximo año.

En el **segundo apartado** de tipología de actividades, **la terapia con animales**, en la que nos encontramos con:

“EL DÍA DE LA MASCOTA”

El día de la mascota, consistirá en que los familiares de los residentes, si tienen un animal doméstico que forme parte de su familia, lo lleven a la residencia. Una vez en la residencia, con la ayuda de la terapeuta ocupacional, se harán una serie de talleres con el animal, como aprender a cepillarlos, hacer juegos con ellos o aprender técnicas de relajación con el animal, también se hará un pequeño taller donde se les hará un juguete. Los animales podrán ser de todo tipo, pero a poder ser tendrán que ser perros, gatos o roedores. Cada tipo de animal vendrá un día diferente repartidos en el año, los animales que vengan no deberán ser agresivos.

El **tercer apartado** de tipología de actividades, **charlas sociosanitarias**, nos encontramos con:

“ENFERMEDADES COMUNES EN LA TERCERA EDAD”

Estas charlas se centrarán en informar a los familiares como a los residentes sobre las diversas enfermedades que más probabilidad tienen que afecten a su ser querido. Las impartirán las enfermeras de la residencia del centro, se impartirán de manera mixta y no durarán más de 50 minutos. Se impartirán en el comedor de la residencia fuera del horario de las comidas y se grabarán a través de Google Meet. Las charlas tendrán varias sesiones en la que cada una se tratará un tipo de enfermedades diferentes: las enfermedades infecciosas del sistema nervioso central (SNC), enfermedades Neurodegenerativas, enfermedades Cerebrovasculares, enfermedades Neuromusculares y discapacidad Sensorial. Para las personas que no hayan podido acudir se les podrá mandar un video de la charla impartida ese día. Las profesionales que den la charla lo harán fuera de su horario laboral y se les dará un plus económico por impartirla. Para que se imparta las sesiones tendrá que haber un mínimo de 10 participantes por sesión. Las personas se podrán inscribir a través de un formulario que se publicara en el grupo de WhatsApp o en la propia residencia.

“CHARLAS INFORMATIVAS SOBRE AYUDAS Y LEGISLACIÓN PARA PERSONAS MAYORES”

El objetivo de estas charlas es proporcionar a los familiares el conocimiento y las herramientas necesarias para entender y aprovechar las ayudas y la legislación disponibles. Esto ayudará a proporcionar una mejor calidad de vida tanto de los residentes como para los cuidadores (familias). Los temas que tratarán serán los siguientes: Ley de la Dependencia y su catálogo de servicios y recursos, como solicitar el grado de dependencia y discapacidad y la curatela en familiares dependientes. Cada temática se impartirá en una sesión diferente. Que se dividirán en dos veces por curso. Las sesiones se impartirán por el Trabajador Social por el Trabajador Social en su horario de trabajo y en formato mixto, de forma presencial se hará en el comedor de la residencia fuera del horario de las comidas y se grabarán a través de Google Meet. Para las personas que no puedan acudir se les enviará la grabación de las sesiones y si tienen alguna duda siempre podrán pedir cita con Trabajo Social. Para que se imparta las sesiones tendrá que haber un mínimo de 10 participantes por sesión. Las personas se podrán inscribir a través de un formulario que se publicara en el grupo de WhatsApp o en la propia residencia.

3.6. Cronograma de actividades

A raíz de la explicación de las actividades, se elaborará un cronograma donde se establecerán en qué periodo del curso escolar 2024-2025 se desarrollarán las actividades anteriormente expuestas. Llevar a cabo las actividades siguiendo el calendario educativo es importante ya que permitirá un mayor número de participantes en edad escolar. Estas actividades se desarrollarán en los periodos vacacionales del calendario escolar de Aragón 2024-2025.

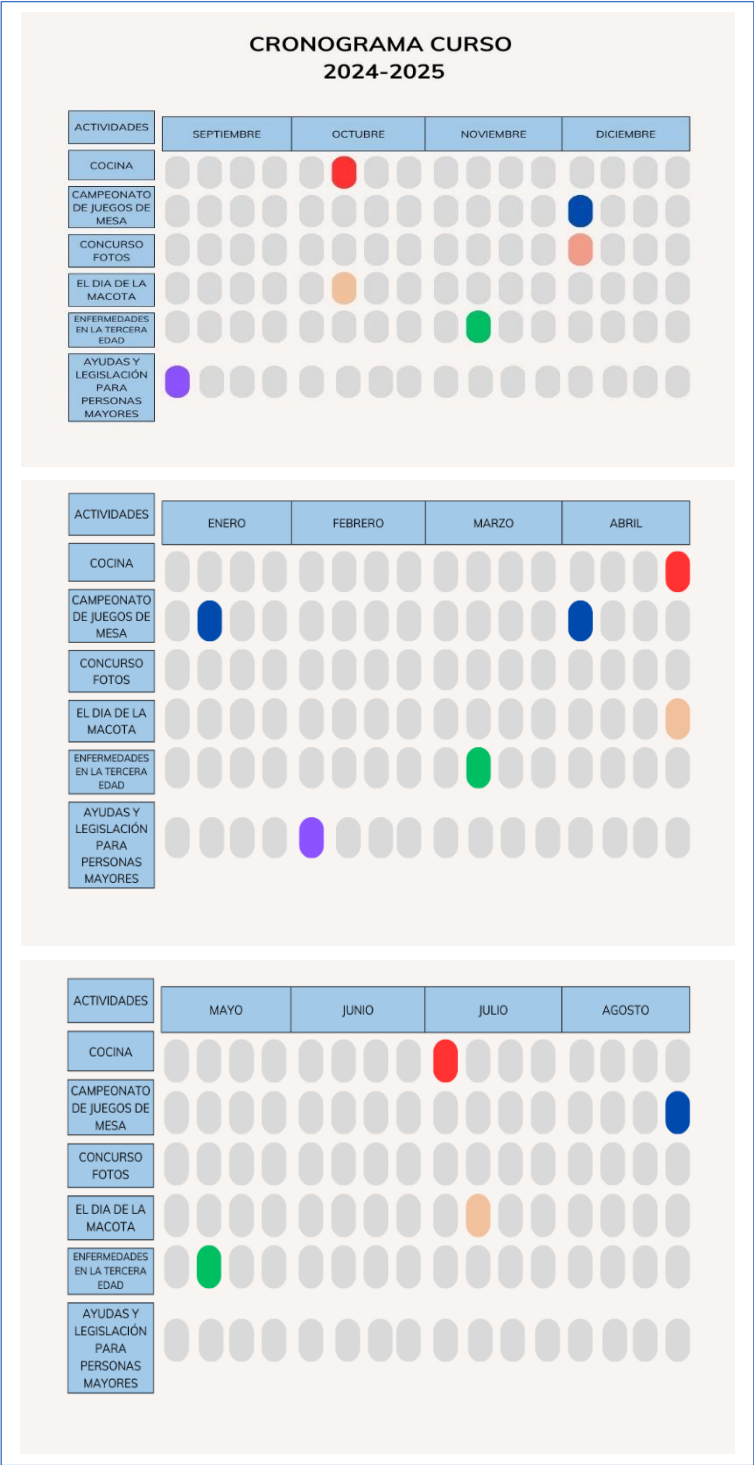


Ilustración 18. Cronograma de actividades. Elaboración propia.

En primer lugar, nos encontramos con la actividad intergeneracional denominada “cocina”, se puede ver que esta solo se realizará una vez cada 4 meses y siempre coincidiendo con periodos vacacionales como puede ser semana santa. A continuación, tenemos el “campeonato de Juegos de mesa”, que se realizará cuatro veces en el curso escolar. Seguidamente, tenemos el “concurso de fotos”, cuya participación será anual, en donde los participantes tendrán un periodo de un año para poder hacer la foto, y el primer finde de semana de diciembre será cuando se elija la foto ganadora.

En segundo lugar, nos encontramos con la actividad de terapia con animales, denominada “el día de la mascota”, como serán tres veces al año, al igual que las otras actividades coincidiendo en calendario vacacional escolar.

Y, en tercer lugar, nos encontramos con las charlas sociosanitarias, las denominadas “enfermedades en la tercera edad” se llevarán a cabo tres veces en el curso, con una temática distinta cada una, al contrario de las actividades previas, están se harán con el calendario laboral y se integrará que sea un día entre semana de las semanas reflejadas en el calendario. Por otro lado, las llamadas “ayudas y legislación para personas mayores”, se desarrollarán dos veces entre 2024 y 2025.

3.7. Organigrama del proyecto

A continuación, se representará a través de un Organigrama, la administración del proyecto, que profesionales del centro residencial, estarán involucrados en este proyecto de intervención familiar.

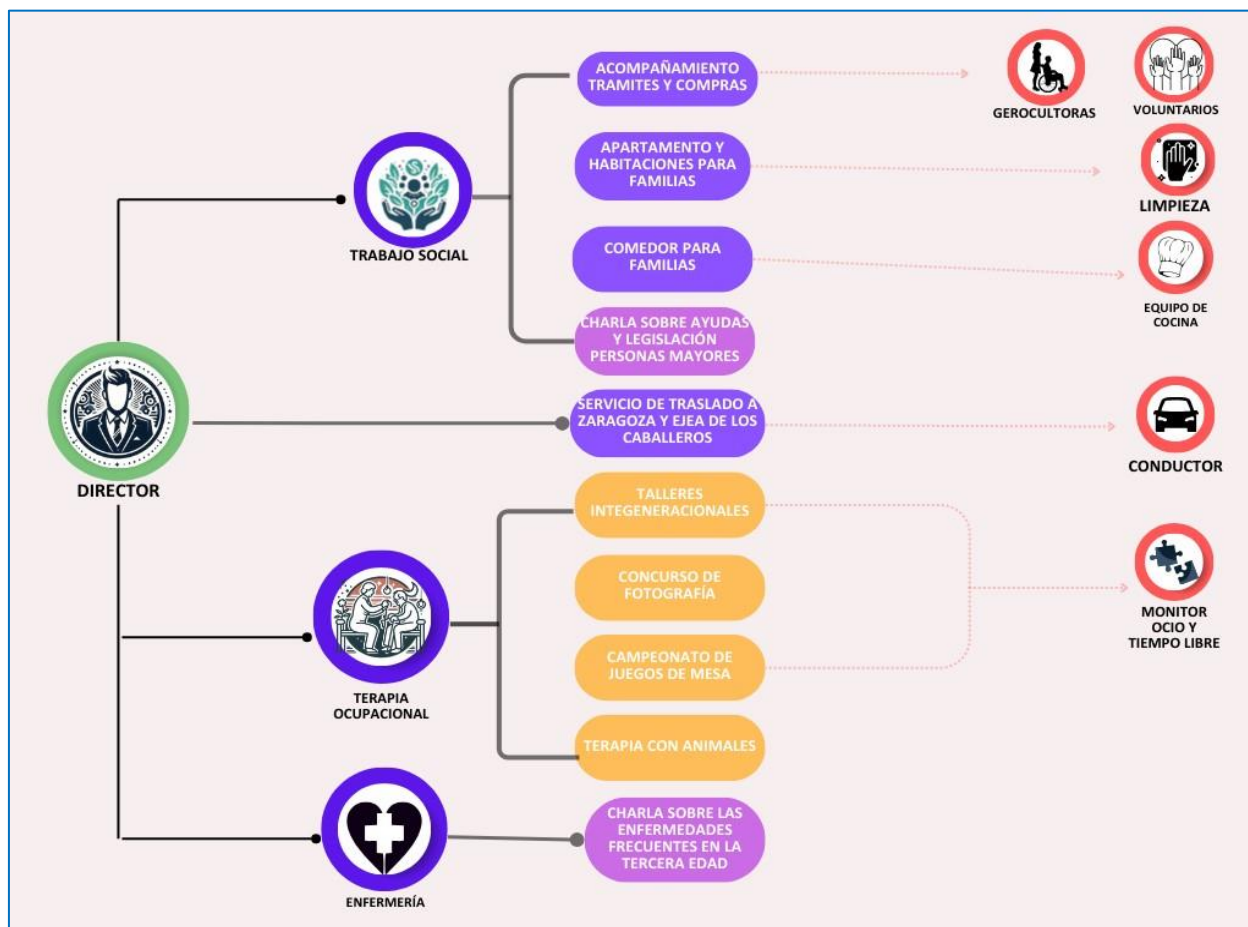


Ilustración 19. Organigrama. Elaboración propia.

Como se puede ver en el Organigrama, el director de la residencia será el coordinador del proyecto, a su vez el encargado de llevar los servicios a cabo será el trabajador social del centro, excepto en el traslado de los residentes a Zaragoza o Ejea de los Caballeros, que se encargará el director. En la línea de los servicios, también se encargará de comunicar a los profesionales de cocina cuando alguno de los familiares quiera hacer uso del comedor.

Por otro lado, nos encontramos con las actividades, cuya coordinadora será la terapeuta ocupacional, ella se encargará de estar en contacto con las monitoras de Ocio y Tiempo Libre para que organicen los talleres intergeneracionales, llevará la actividad de la terapia con animales. Respecto a las charlas sociosanitarias se encargará el trabajador social y el equipo de enfermería.

3.8. Recursos

En la siguiente tabla se mostrarán los recursos materiales, de infraestructura, económicos y humanos que se precisan para llevar a cabo los nuevos servicios y actividades propuestos en esta propuesta de intervención familiar:

SERVICIOS/ ACTIVIDADES	MATERIALES	RECURSOS		
		RECURSOS DE INFRAESTRUCTURA	RECURSOS ECONÓMICOS *Recursos económicos que nos servirán para llevar a cabo el servicio o actividad.	HUMANOS/A NIMALES
Acompañamiento a trámites, compras y visitas al consultorio, visitas al hospital			Ingreso generado por el servicio. Los usuarios pagaran por los servicios de los que vayan a hacer uso de esta manera se podrá solventar los costes de los recursos materiales, de infraestructura y humanos.	Acompañante Voluntario
Traslado de residentes hacia Ejea de Caballeros y Zaragoza	Vehículo Adaptado			Conductor
Uso de habitaciones y/o apartamentos para familiares y amigos	Productos de limpieza	Apartamento		Técnico en limpieza
Comedor para familiares que vengan de visita	Vajilla Alimentos Sillas Mesas	Comedor Cocina		Personal de Cocina Personal de limpieza
Taller Cocina	Alimentos Utensilios de cocina Mantel Horno Material de repostería Sillas Mesas	Comedor	Beneficios económicos generados por los nuevos servicios ofrecidos.	Técnico en Ocio y Tiempo Libre

SERVICIOS/ ACTIVIDADES	MATERIALES	RECURSOS		
		RECURSOS DE INFRAESTRUCTURA	RECURSOS ECONÓMICOS *Recursos económicos que nos servirán para llevar a cabo el servicio o actividad.	HUMANOS/A NIMALES
Campeonato de Juegos de mesa	Juegos de mesa: Baraja Cartas Española (10 Unidades) Parchís (5 Unidades) Ajedrez (5 Unidades) Sillas Mesas	Salón de visitas	Beneficios económicos generados por los nuevos servicios ofrecidos.	Técnico en Ocio y Tiempo Libre
Concurso de fotos	Cámara de cualquier dispositivo	Salón de visitas Jardines de la residencia Alrededores de la residencia	Beneficios económicos generados por los nuevos servicios ofrecidos	
El día de la Mascota	Material para manualidades Cepillos para animales Pienso para animales	Jardín de la residencia Salón de visitas	Beneficios económicos generados por los nuevos servicios ofrecidos.	Mascotas de la familia Terapeuta Ocupacional Técnicos en Limpieza
Charlas Sociosanitarias	Proyector Ordenador o portátil Conexión a internet Power Point, Word, Canva...	Comedor	Beneficios económicos generados por los nuevos servicios ofrecidos.	Trabajador Social Enfermera o Enfermero

Tabla 6. Recursos. Elaboración propia.

3.9. Presupuesto del proyecto y financiación

Estos presupuestos son solo una aproximación de los costes que supondrían para la residencia ya que, al ser solo una propuesta, no sabremos los costes reales hasta que se lleva a cabo.

PRESUPUESTO SERVICIOS			
SERVICIO	COSTE DIRECTO DE RECURSOS	COSTE MEDIO DEL SERVICIO PARA LA RESIDENCIA(GASTOS)	COSTE MEDIO PARA EL RESIDENTE O FAMILIAR (INGRESOS)
Acompañamiento terapéutico tramites, compras y visitas al hospital	<ul style="list-style-type: none"> Trabajador Social: 22€ preparación. Gerocultor/a: 19€ hora acompañamiento Voluntario: 0€ 	<ul style="list-style-type: none"> 41€ la hora 	<ul style="list-style-type: none"> En Sádaba: 41€, por cada hora. Fuera de Sádaba mínimo servicio dos horas: 90€ (las dos horas) y 45€ hora adicional.
Apartamento o habitación para familiares	<ul style="list-style-type: none"> Limpieza apartamento: 60€ Limpieza habitación: 20€ la hora Coste adicional, uso de las zonas comunes y mantenimiento de instalaciones: 20€. 	<ul style="list-style-type: none"> Apartamento: 80€ día Habitación: 40€ día 	<ul style="list-style-type: none"> Apartamento: 90€ día. Habitación: 50€ el día.
Transporte a Zaragoza o Ejea de los caballeros	<ul style="list-style-type: none"> Transporte a Zaragoza: 180€ 4 plazas ida y vuelta más 22€ por hora de espera del conductor, mínimo de horas de espera 5 horas: 110€ Trasporte adaptado a Zaragoza: 220€ una silla de ruedas y tres plazas más normales. ida y vuelta, mínimo 5 horas de espera: 110€ Coste de transporte a Ejea de los Caballeros: 80€ ida y vuelta normal más 22€ por cada hora de 	<ul style="list-style-type: none"> Coste de transporte a Zaragoza: 202€ Trasporte adaptado a Zaragoza: 330€ Coste de transporte a Ejea de los Caballeros: 146€ Transporte adaptado Ejea: 226€ 	<ul style="list-style-type: none"> Precio de transporte a Zaragoza con una espera de 5 horas: 63€ por persona ida y vuelta (Si se llena el coche). <ul style="list-style-type: none"> Total, por transporte completo: 252€ Precio para los usuarios una mañana en Zaragoza en Vehículo adaptado con una plaza silla de ruedas y 3 normales: 65€ cada plaza normal y 150€ la plaza en silla de ruedas. <ul style="list-style-type: none"> En total a pagar por el servicio de transporte: 345€ Precio de transporte por persona a Ejea de los Caballeros con un tiempo de espera de 3 horas: 40€ ida y vuelta por personas. <ul style="list-style-type: none"> Precio total del transporte: 160€ Precio de transporte por persona con transporte adaptado a Ejea: 45€ plaza normal y 97€ plaza adaptada. <ul style="list-style-type: none"> Precio total por el transporte: 232€

SERVICIO	PRESUPUESTO SERVICIOS		
	COSTE DIRECTO DE RECURSOS	COSTE MEDIO DEL SERVICIO PARA LA RESIDENCIA(GASTOS)	COSTE MEDIO PARA EL RESIDENTE O FAMILIAR (INGRESOS)
	espera, mínimo 3 horas de espera:66€		
Servicio de comedor para familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentos • Cocinera • Camareras • Instalaciones • Vajilla 	Tres comidas al día: 28€ <ul style="list-style-type: none"> • Coste comida: 8€ • Coste cena: 7€ • Coste desayuno: 6€ 	Tres comidas al día: 30€ <ul style="list-style-type: none"> • Coste comida: 11€ • Coste cena: 9€ • Coste desayuno: 8€

Tabla 7. Presupuesto de servicios. Elaboración propia

Una vez elaborado el presupuesto de los servicios, en la siguiente página se podrá observar una simulación a nivel mensual y anual del coste y margen² económico de los servicios propuestos. De esta forma sabremos de una manera más realista si la propuesta de intervención familiar podría ser asequible para la residencia de Villa de Sádaba.

² Con Margen, me refiero al beneficio económico que puede sacar la residencia Villa de Sádaba con los nuevos servicios propuestos.

SIMULACIÓN ANUAL DE COSTES Y MARGEN DE LOS SERVICIOS OFRECIDOS														
SERVICIO	MES	N.º DE PERSONAS QUE UTILIZAN EL SERVICIO		N.º DE HORAS/DÍAS/VECES QUE SE HA UTILIZADO EL SERVICIO				COSTE	INGRESOS	MARGEN	T COSTE	T INGRESOS	T MARGEN	
Acompañamiento terapéutico tramites, compras y visitas al hospital	E	5	4	1S ³	3	2	2	492€	536€	44€	5166€	5553 €	387€	
	F	5	2	1	2	2	1S	328€	352€	24€				
	M	3	3	2	2			287€	310€	23€				
	A	5	5	1	3S	2	1S	451€	491€	41€				
	M	6	6	1	2	2	3S	1S	615€	659€				44€
	J	3	3	2	2			287€	307€	20€				
	J	5	5	6	2	2	1S	656€	704€	48€				
	A	6	4	6	2	1S	3S	2	738€	798€				60€
	S	4	2		3	2	1S	328€	344€	16€				
	O	3	1S	2	1S			164€	172€	8€				
	N	2	1S			2		123€	131€	8€				
	D	6	5	3S	2	4	2	1S	697€	749€				52€
Apartamento habitación para familiares	E	A ⁴	H ⁵	A: 1 día				160€	190€	30€	1680€	1960 €	280€	
		1	2	H 1: 1día H 2: 1 día										
	F	0	1	H: 1 día				40€	50€	10€				
	M	0	2	H 1: 1 día H 2: 2 días				120€	150€	30€				
	A	0	0											
	M	1	0	A: 1 día				80€	90€	10€				
	J	1	0	A: 1 día				80€	90€	10€				
	J	2	2	A 1: 2 día A 2: 1 día H 1: 1 día				320€	370€	50€				

³ S: Acompañamiento que se realiza en Sádaba.

⁴ A: Apartamentos

⁵ H: Habitaciones

SERVICIO	MES	N.º DE PERSONAS QUE UTILIZAN EL SERVICIO	SIMULACIÓN ANUAL DE COSTES Y MARGEN DE LOS SERVICIOS OFRECIDOS																
			N.º DE HORAS/DÍAS/VECES QUE SE HA UTILIZADO EL SERVICIO						COSTE	INGRESOS	MARGEN	T COSTE	T INGRESOS	T MARGEN					
				H 2: 1 día															
	A	2	0	A 1: 2 días A 2: 1 día						240€	270€	30€							
	S	0	1	H:1 día						40€	50€	10€							
	O	0	1	H: 1 día						40€	50€	10€							
	N	0	2	H 1: 1 día H 2: 1 día						80€	100€	20€							
	D	2	2	A 1: 3 días A 2: 2 días H 1: 1 día H 2: 1 día						480€	550€	70€							
Transporte a Zaragoza o Ejea de los Caballeros	E	ZGZ ⁶	EJC ⁷	N.º DE HORAS SIN ADAPTAR:				N.º. DE HORAS ADAPTADO:						44478€	4894 €	416€			
		4	0	5	5	5	5				202€	252€	50€						
	F	4	0	5	5	5	5	5			330€	345€	15€						
	M	0	4	3	3	3	3				146€	160€	14€						
	A	4	4	5	5	5	3	3	3	5	3	556€	577€				21€		
	M	4	4	5	5	5	5	3	3	3	3						348€	410€	62€
	J	0	0																

⁶ ZGZ: Zaragoza

⁷ EJC: Ejea de los Caballeros

*Según sea Apartamento o Habitaciones el precio varía. Los mismo pasa para el servicio de Transporte a Zaragoza o Ejea de los Caballeros. Ver Tabla 7. Presupuesto de servicios. Elaboración propia

SERVICIO	MES	N.º DE PERSONAS QUE UTILIZAN EL SERVICIO	SIMULACIÓN ANUAL DE COSTES Y MARGEN DE LOS SERVICIOS OFRECIDOS												COSTE	INGRESOS	MARGEN	T COSTE	T INGRESOS	T MARGEN	
			N.º DE HORAS/DÍAS/VECES QUE SE HA UTILIZADO EL SERVICIO																		
	J	8	4	5	5	5	5	5	5	5	3	3	3	5	3	758€	829€	71€	932€	1128€	195€
	A	4	8	3	3	3	3	3	3	5	5	5	3	5	3	782€	809€	20€			
	S	4	0	5		5		5		5						202€	252€	50€			
	O	4	4	5	5	5	5	3	3	3	3					348€	410€	62€			
	N	0	4	3		3		3		3						146€	160€	14€			
	D	8	0	5	5		5	5	5	5	5	5	5			660€	690€	30€			
Servicio de comedor para familiares	E	3	DESAYUNO			COMIDA			CENA			TODO		54€	64€	10€					
	2						2		1												
	F	5				4					1		60€	74€	14€						
	M	5	2			1		1			1		55€	66€	10€						
	A	6				6							48€	66€	18€						
	M	3	1			1		1					21€	28€	7€						
	J	4										4		112€	120€	8€					
	J	10				7					3		140€	167€	27€						
	A	11	2			5		2			2		122€	149€	27€						
	S	4	1			3		1					37€	50€	13€						
	O	4	1			3		1					37€	50€	13€						
	N	2	2						2					26€	34€	8€					
D	15				10						5		220€	260€	40€						
TOTAL																	12256€	13535€	1279€		

Tabla 8.Simulación anual de Costes y Beneficios. Elaboración Propia

PRESUPUESTO Y FINANCIACIÓN DE ACTIVIDADES			
ACTIVIDAD	RECURSOS	COSTE PARA LA RESIDENCIA	FINANCIACIÓN (INGRESOS)
Taller de Cocina	Materiales: 105€ Humanos: 0€ Alimentos: 80€ *Por sesión	555€ (185€ cada sesión)	Las Actividades se financiarán a través de la propia residencia, los beneficios que se saquen de los servicios adicionales y de subvenciones del estado.
Campeonato Juegos de Mesa	Materiales: 218€ Humanos: 0€	218€	
Concurso de fotos	Materiales: 20€ Humanos: 0€	20€	
El día de la mascota	Materiales: 106.98€ por actividad Humanos: 0€	320,94€ (106.98€ cada sesión)	
Charlas Sociosanitarias	Materiales: 30€ Humanos: 92€ por charla de la salud en la tercera edad	306€	
TOTAL:		1419.94€	

Tabla 9. Presupuesto y financiación de actividades. Elaboración propia.

4. Sistema de evaluación

Para la evaluación de este proyecto de intervención familiar se tendrán en cuenta dos factores clave, el grado de satisfacción en los nuevos servicios ofrecidos dentro de la residencia que fomentará una mayor integración familiar en el centro, así como el índice del uso de cada uno de los servicios. Y la participación en las nuevas actividades ofrecidas como en las charlas sanitarias, las cuales se valorará el porcentaje de participación y el grado de satisfacción tanto de los familiares como de los propios residentes de la residencia Villa de Sádaba.

Respecto a la evaluación de los servicios y actividad, una vez finalicen, se utilizará una escala de satisfacción sobre el desarrollo del servicio o de la actividad, que se les dará a través de una encuesta tanto a los familiares como a los propios residentes, donde se medirá el grado de satisfacción con el servicio adquirido o la actividad realizada, con esta herramienta también se medirán los errores que los usuarios hayan detectado tanto en los servicios como en las actividades (La herramienta la encontrará en el ANEXO I).

Por otro lado, será necesario medir si tanto las actividades como los servicios verdaderamente han sido eficientes a la hora de conseguir el principal objetivo de este programa de intervención familiar, “fomentar la participación de los familiares en la residencia implementando el AICP”, para ello se valorará a través de un control estadístico del régimen de visitas de la residencia, a través de un sistema de fichaje (Ver anexo II), si realmente las visitas en el curso 2024-2025 han aumentado. Por otro lado, al finalizar el programa de intervención familiar de duración de un año, se analizarán las encuestas de las actividades y servicios que se han ido recogiendo a través de la herramienta de satisfacción familiar para valorar si realmente este proyecto ha ayudado a los familiares a tener una mejor relación con el familiar que reside en el centro.

Por último, se medirá la eficiencia del proyecto de intervención, para ello se analizará el volumen de recursos que han sido utilizados para lograr los objetivos propuestos por la intervención. Para este fin se hará una comparativa de los recursos previamente establecidos y del coste de esto a través de un plan de presupuesto previo a la intervención donde englobará una aproximación del coste de este programa, a la realidad del coste real del programa de intervención que se realizará a través de la actualización del presupuesto una vez se haya finalizado el proyecto.

5.CONCLUSIONES

Para concluir con **este Trabajo Fin de Grado**, podemos observar que **pretende abordar uno de los grandes problemas que tenemos hoy en día en las residencias de tercera edad españolas, la falta de integración familiar en estos entornos**. Para abordar esta problemática, a través el marco teórico de este proyecto, podemos comprender los cambios físicos y mentales, así como las discapacidades y enfermedades comunes que experimentan las personas mayores. También se destaca la importancia de la Ley de la Dependencia y las ayudas y recursos que esta ley proporciona tanto a los individuos que se encuentran en situación de dependencia como a sus familiares. Por otro lado, se profundiza como afectan a los familiares la situación en la que se encuentran sus seres queridos que atraviesan la tercera edad. Por lo que nos da una clara visión del porque estos familiares una vez su ser querido acaba residiendo en un centro geriátrico, el vínculo en muchos casos se atenúa o acaba rompiéndose, debido a los sentimientos que tienen de culpabilidad, ya que no son capaces de cuidarlos ellos o por el mero hecho de saber que al estar cuidados no necesitan de su compañía lo que provoca inconscientemente un aislamiento familiar hacia el afectado.

Adentrarnos en la propuesta de programa de intervención familiar, que se elabora para la residencia Villa de Sádaba. Podemos ver que, en las características del centro, en el apartado de procedencia de familiares un 82% de los familiares viven lejos de la residencia (en otras localidades, como puede ser Zaragoza, Navarra, Madrid...) lo que provoca que muchos de ellos tengan dificultades para visitar a sus seres queridos. Ya sea por falta de tiempo o complicaciones con vehículo o el hospedaje dentro del pueblo. Otro motivo por lo que los familiares pueden sufrir ese aislamiento, y desarrollar una soledad no deseada.

Es por estas causas que se decide proponer el programa de intervención familiar en la residencia. Este a través de la metodología del Modelo de Atención Integral y Centrado en La Persona, que nos ayuda a tener una misión en donde el usuario de la residencia y sus familiares sean el foco de intervención. Es por ello que antes de implementar la propuesta de actividades y servicios del programa, se les pidió opinión a los familiares para saber cuál era su visión sobre los servicios y actividades ofrecidos por la residencia y que opinaban de los propuestos por el programa de intervención familiar. **Los resultados de la encuesta** fueron de lo más interesantes, en primer lugar, nos dimos cuenta de que la mitad de los familiares de la residencia, no respondieron lo que nos da **una visión de poco compromiso y poca relación con su familiar residente** en segundo lugar, lo que más respondieron fueron lo que más relación tienen con su familiar residente, ya que vienen a visitarlos cada 15 días o más, lo que hay una clara percepción de que hay un lazo familiar sólido. **La mayoría de los encuestados que respondieron hizo una valoración favorable sobre los nuevos servicios y actividades que se ofrecen**. Respecto a **los servicios y actividades ya establecidos** hubo una **gran variedad de opiniones**, que, aunque **muchas fueron favorables, otras fueron negativas** por lo que es un dato alarmante. No obstante, este programa de intervención pretende que los familiares se integren más en el ámbito comunitario de la residencia por lo que esos datos son muy relevantes para este proyecto. Además, **indirectamente, con la propuesta de nuevas actividades se mejoran esos fallos que los familiares han destacado en la residencia como en el ámbito del ocio y tiempo libre que es el más desfavorable**.

Este proyecto de intervención familiar, con su enfoque en AICP, recursos bien planificados y sistemas de evaluación minuciosos, **se espera que tenga un impacto significativo en la vida de los residentes y sus familiares, fortaleciendo lazos intergeneracionales y promoviendo un entorno familiar empático dentro de la residencia**. Por último, quiero mencionar que este Trabajo Fin de Grado no solo ofrece un análisis profundo de un tema importante en el campo de la tercera edad. Sino que también ofrece un programa de intervención familiar que se pueda aplicar en aquellos entornos de cuidado donde haga falta un fortalecimiento de las relaciones familiares en estos contextos.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Alexandrov, A. V., & Krishnaiah, B. (2023, 4 noviembre). *Introducción a los accidentes cerebrovasculares hemorrágicos (derrames cerebrales o ictus hemorrágicos)*. Manual MSD versión para público general. <https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/enfermedades-cerebrales,-medulares-y-nerviosas/accidente-cerebrovascular-ictus/introducci%C3%B3n-a-los-accidentes-cerebrovasculares-hemorr%C3%A1gicos-derrames-cerebrales-o-ictus-hemorr%C3%A1gicos>
- Artigas, L., Laseca, Bañales, V., Sanz, & Flamarique, P., Jiménez. (2020). *El Duelo en la tercera edad* [1]. INTERPSIQUIS. <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-7-2020-2-COMU5.pdf>
- Bazo, M. T. (1991). Institucionalización de personas ancianas: un reto sociológico. *Reis*, 149-164.
- Brenes, G. A., Guralnik, J. M., Williamson, J. D., Fried, L. P., Simpson, C., Simonsick, E. M. y Penninx, B. W. J. H. (2005). The influence of anxiety on the progression of disability. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 34-39. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53007.x>
- Carreres, M. A., Falguera, N. T., & Figuera, R. G. (2004). Enfermedades neurodegenerativas. *Rehabilitación*, 38(6), 318-324. [https://doi.org/10.1016/s0048-7120\(04\)73487-8](https://doi.org/10.1016/s0048-7120(04)73487-8)
- Centre, F. (2020, 10 enero). *Encefalitis, ¿qué le ha ocurrido a mi cerebro?* Neural. <https://neural.es/encefalitis-que-le-ha-ocurrido-a-mi-cerebro/>
- Coágulo en el cerebro: conozca qué es 🧠. (2022, 13 abril). <https://www.recavar.org/coagulo-en-el-cerebro>
- FED [Federación Empresarial de la Dependencia]. (2020). Radiografía del sector de las residencias para la tercera edad en España. En *dependencia.info*. Recuperado 27 de enero de 2024, de <https://dependencia.info/imagenes/radiografia-sector-residencias-pwc.pdf>
- FERIA VIZCAINO, Y., & SOLANO, M. (2017). ADAPTACIÓN A LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LOS FAMILIARES DE ANCIANOS RESIDENTES EN EL HOGAR GERIÁTRICO SEMILLITAS DEFE (BARRANQUILLA) (De UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA FACULTAD DE PSICOLOGIA). <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/ae72170e-6a23-40eb-8217-af460fe15101/content>
- Granados, A., Torres, G., & Pardo, R. (2007). Esclerosis lateral amiotrófica. Una revisión crítica sobre su tratamiento con riluzole. *Acta Neurol Colomb*, 23(3), S33-S40.
- Guillén, F. (1998). Atención a personas mayores que viven en residencias: Protocolos de intervención psicosocial y sanitaria. En: Ministerio del trabajo y asuntos sociales IMSERSO. Los problemas familiares (p. 196-208). Madrid: IMSERSO.
- INE - Instituto Nacional de Estadística. (s. f.). *INEbase / Demografía y población / Cifras de población y censos demográficos / Censos 2011 / Características de población en colectivos*. https://www.ine.es/censos2011_datos/cen11_datos_caracteristicas_col.htm

La miastenia gravis: síntomas, diagnóstico y tratamiento – SEORL-CCC. (s. f.). <https://seorl.net/la-miastenia-gravis-sintomas-diagnostico-y-tratamiento/>

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (2006). En *BOE*. Recuperado 2 de febrero de 2024, de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>

Madoz V. Soledad, en “10 palabras clave sobre los miedos del hombre moderno”. Verbo Divino, Estella. 1998. pp. 283-4. [en internet]. Recuperado el 12 de febrero de 2024.

Muñoz-Collazos, M. (2020). Enfermedad cerebrovascular. *Acta neurológica Colombia*. [en internet]. Recuperado el 16 de enero de 2024.

Nicolás, J. D., & Páez, M. M. (2015). *La soledad en España*. Fundación ONCE.

Norton, J., Ancelin, M. L., Stewart, R., Berr, C., Ritchie, K. y Carrière, I. (2012). Anxiety symptoms and disorder predict activity limitations in the elderly. *Journal of Affective Disorders*, 141, 276-285. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.04.002>

Núñez, A. (2023, 1 septiembre). *¿Cuánto cuestan las residencias de ancianos?* GransLiving. <https://gransliving.com/blog/precios-residencia-ancianos/>

Pérez Barrero, S. A. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista cubana de medicina general integral*, 15(2), 196-217.

PWC. (2020). Radiografía del sector de las residencias para la tercera edad en España. En *balancesociosanitario.com*. Recuperado 3 de febrero de 2024, de <https://balancesociosanitario.com/wp-content/uploads/2020/10/Radiografia-del-Sector-de-la-Tercera-Edad-en-Espana.-FED-y-PWC.pdf>

¿Qué es la neuropatía periférica? (s. f.). American Cancer Society. <https://www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/efectos-secundarios/sistema-nervioso/neuropatia-periferica/que-es-neuropatia-periferica.html>

¿Qué es el glaucoma? Causas, síntomas, diagnóstico, tratamiento. (2022, 28 octubre). American Academy of Ophthalmology. <https://www.aao.org/salud-ocular/enfermedades/que-es-la-glaucoma>

¿Qué son las cataratas? (2023, 15 noviembre). American Academy of Ophthalmology. <https://www.aao.org/salud-ocular/enfermedades/que-son-las-cataratas>

Rey, T. (2019, 12 agosto). ¿Cómo es la meningitis bacteriana en personas mayores? *65 y Más - el Diario de las Personas Mayores*. https://www.65ymas.com/salud/preguntas/como-es-meningitis-bacteriana-personas-mayores_6756_102.html

Restrepo, J. F. (2003). Dermatomiositis-polimiositis. *Revista Colombiana de Reumatología*, 10(2), 135-41.

Rodríguez Martín, M. (2009). La soledad en el anciano. *Gerokomos*, 20(4), 159-166.

Rodríguez Ramos, P. (2019). Plan de cuidados estandarizado en las diferentes fases de la enfermedad de Alzheimer.

Rodríguez Rodríguez, P., Vilà Mancebo, A., & Ramos-Feijóo, C. (2022). *La Atención Integral y Centrada en la persona: Fundamentos y aplicaciones en el modelo de apoyo y cuidados*. TECNOS.

Romano, M., Nissen, M. D., Del Huerto, N., & Parquet, C. (2007). Enfermedad de alzheimer. *Revista de posgrado de la vía cátedra de medicina*, 75, 9-12.

The Texas Heart Institute. (2019, 25 agosto). *Tipos de accidentes cerebrovasculares* | *The Texas Heart Institute*. <https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/tipos-de-accidentes-cerebrovasculares/#:~:text=Accidente%20cerebrovascular%20tromb%C3%B3tico,una%20arteria%20afectada%20por%20aterosclerosis>.

Tirado, R. Y. (2019). La soledad no deseada en el ámbito de la gerontología. *Trabajo social hoy*, (88), 25-42.

Viguera Editores. (s. f.). *Neurología*. <https://neurologia.com/articulo/2001422>

World Health Organization: WHO & World Health Organization: WHO. (2023, 15 marzo). *Demencia*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

World Health Organization: WHO & World Health Organization: WHO. (2023b, agosto 9). *Enfermedad de Parkinson*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/parkinson-diseas>

ANEXO I

ESCALA DE SATISFACCIÓN SOBRE EL DESARROLLO DEL SERVICIO O DE LA ACTIVIDAD

Valore solo el servicio o actividad que haya utilizado o realizado

SERVICIOS

1. Servicio de Acompañamiento a trámites, compras y visitas al hospital

1 (MUY MALO), 2 (MALO), 3 (REGULAR), 4 (BUENO), 5 (MUY BUENO)

	1	2	3	4	5
Satisfacción general					
Puntualidad					
Apoyo emocional					
Comunicación					
Profesionalismo					
¿Ha percibido que el servicio de acompañamiento le ha permitido pasar más tiempo de calidad con su familiar?					

2. Servicio de Traslado de residentes hacia Ejea de Caballeros y Zaragoza

1 (MUY MALO), 2 (MALO), 3 (REGULAR), 4 (BUENO), 5 (MUY BUENO)

	1	2	3	4	5
Satisfacción general					
Puntualidad					
Comunicación con la residencia					
Profesionalismo					
¿Ha percibido que el servicio de traslado le ha permitido pasar más tiempo de calidad con su familiar?					

ESCALA DE SATISFACCIÓN SOBRE EL DESARROLLO DEL SERVICIO O DE LA ACTIVIDAD

Valore solo el servicio o actividad que haya utilizado o realizado

SERVICIOS

3. Servicio de uso de habitaciones y/o apartamentos para familiares y amigos

1 (MUY MALO), 2 (MALO), 3 (REGULAR), 4 (BUENO), 5 (MUY BUENO)

	1	2	3	4	5
Satisfacción general					
Limpieza del apartamento o habitación					
Comunicación con la residencia					
Profesionalismo					
¿Ha percibido que el servicio de traslado le ha permitido pasar más tiempo de calidad con su familiar?					

4. Servicio de comedor para familiares que vengan de visita

1 (MUY MALO), 2 (MALO), 3 (REGULAR), 4 (BUENO), 5 (MUY BUENO)

	1	2	3	4	5
Satisfacción general					
Comedor					
Comida					
Profesionalismo					
¿Ha percibido que el servicio de comedor le ha permitido pasar más tiempo de calidad con su familiar?					

ESCALA DE SATISFACCIÓN SOBRE EL DESARROLLO DEL SERVICIO O DE LA ACTIVIDAD

Valore solo el servicio o actividad que haya utilizado o realizado

ACTIVIDADES

1. Cocina

1 (MUY MALO), 2 (MALO), 3 (REGULAR), 4 (BUENO), 5 (MUY BUENO)

	1	2	3	4	5
Satisfacción general					
Horario de la realización de la actividad					
Apoyo emocional					
Duración de la actividad					
Monitoras de Ocio y Tiempo Libre					
Materiales para la realización de la actividad					
¿Ha percibido que la actividad de Cocina le ha permitido pasar más tiempo de calidad con su familiar?					

2. Campeonato de Juegos de mesa

1 (MUY MALO), 2 (MALO), 3 (REGULAR), 4 (BUENO), 5 (MUY BUENO)

	1	2	3	4	5
Satisfacción general					
Horario de la realización de la actividad					
Apoyo emocional					
Duración de la actividad					
Monitoras de Ocio y Tiempo libre					
Materiales para la realización de la actividad					
¿Ha percibido que el Campeonato de Juegos de mesa le ha permitido pasar más tiempo de calidad con su familiar?					

ESCALA DE SATISFACCIÓN SOBRE EL DESARROLLO DEL SERVICIO O DE LA ACTIVIDAD

Valore solo el servicio o actividad que haya utilizado o realizado

ACTIVIDADES

3. El día de la Mascota

1 (MUY MALO), 2 (MALO), 3 (REGULAR), 4 (BUENO), 5 (MUY BUENO)

	1	2	3	4	5
Satisfacción general					
Horario de la realización de la actividad					
Apoyo emocional					
Duración de la actividad					
Terapeuta Ocupacional					
Materiales para la realización de la actividad					
¿Ha percibido que la actividad “el día de la Mascota” le ha permitido pasar más tiempo de calidad con su familiar?					

4. Charla Sociosanitaria: ENFERMEDADES COMUNES EN LA TERCERA EDAD

1 (MUY MALO), 2 (MALO), 3 (REGULAR), 4 (BUENO), 5 (MUY BUENO)

	1	2	3	4	5
Satisfacción general					
Horario de la realización de la charla					
Contenidos					
Duración de la charla					
Profesionales que han impartido la charla					
Conexión a internet					
¿Ha percibido que la charla sociosanitaria “Enfermedades comunes en la tercera edad”, le ha permitido comprender mejor a su familiar y pasar más tiempo de calidad con él o ella?					

ESCALA DE SATISFACCIÓN SOBRE EL DESARROLLO DEL SERVICIO O DE LA ACTIVIDAD**Valore solo el servicio o actividad que haya utilizado o realizado****ACTIVIDADES****5. Charla Sociosanitaria: AYUDAS Y LEGISLACIÓN PARA PERSONAS MAYORES**

1 (MUY MALO), 2 (MALO), 3 (REGULAR), 4 (BUENO), 5 (MUY BUENO)

	1	2	3	4	5
Satisfacción general					
Horario de la realización de la charla					
Contenidos					
Duración de la charla					
Profesionales que han impartido la charla					
Conexión a internet					
¿Ha percibido que la charla sociosanitaria “Ayudas y legislación para personas mayores”, le ha permitido comprender mejor a su familiar y pasar más tiempo de calidad con él o ella?					

ANEXO II

CONTROL DE VISITAS				
FAMILIAR O AMIGO	FIRMA	FECHA	ENTRADA	SALIDA