



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Proyecto de Intervención destinado a acompañantes de personas dependientes en centros residenciales.

“Tu Dependencia. Mi dependencia.”

Autor/es:

Calero Vidal, Daniel
García Fleta, Alejandro
Tella Guerrero, Ana Isabel

Director/es:

M^a del Mar Del Rincón Ruiz
Ana Cristina Romea Martínez

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo
2017

AGRADECIMIENTOS:

En primer lugar, nos gustaría agradecer a M^ª del Mar Del Rincón Ruiz y Ana Cristina Romea Martínez, su apoyo e implicación en la realización del proyecto a lo largo de todos estos meses, sin cuyos consejos y ayuda no podríamos haber llevado este proyecto adelante.

Asimismo, agradecer la ayuda proporcionada por la Residencia Elías Martínez Santiago de Zaragoza, y más concretamente, a la profesional Alba Jarne Ara, pues gracias a ella pudimos intervenir en dicho centro y realizar este trabajo de la manera más apropiada posible. Además, muchas gracias a todas las demás personas, usuarios y profesionales, que de manera voluntaria participaron en las entrevistas.

A todos aquellos que, directa o indirectamente, han sido partícipes de este proyecto, pues sin vosotros no hubiera sido posible desarrollarlo, nuestro más sincero agradecimiento.

Por último, pero no menos importante, gracias a nuestras familias y amigos, por el apoyo y ánimo mostrado.

Muchas gracias.

ÍNDICE.

ÍNDICE.	1
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES.	2
ÍNDICE DE TABLAS.	2
1. INTRODUCCIÓN.	3
1. 1. Justificación:	4
1. 2. Objetivos:	5
1. 3. Metodología:	6
1. 3. 1. Población objeto de estudio:	6
1. 3. 2. Ámbito geográfico y temporal:	6
1. 3. 3. Técnicas y fuentes de información:	6
1. 3. 4. Análisis de la información:	8
2. FUNDAMENTACIÓN.	9
2. 1. Marco teórico:	9
2. 1. 1. La dependencia en España:	9
2. 1. 2. Cuidado y cuidadores:	11
2. 1. 3. Residencias en Aragón:	13
2. 1. 4. El papel del Trabajador Social en la residencia:	15
2. 2. Análisis de la situación:	16
2. 2. 1. Análisis de las entrevistas a los acompañantes:	16
2. 2. 2. Análisis de las entrevistas a los profesionales:	22
2. 2. 3. Conclusiones:	24
3. DISEÑO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN.	26
3. 1. Destinatarios:	26
3. 2. Ámbito geográfico y localización:	26
3. 3. Objetivos:	27
3. 4. Actividades:	28
3. 5. Metodología:	32
3. 6. Temporalidad y cronograma:	33
3. 7. Recursos:	35
3. 8. Presupuesto:	36
3. 9. Evaluación:	39
BIBLIOGRAFÍA:	41

ANEXOS:	I
ANEXO I - GLOSARIO DE TÉRMINOS	I
ANEXO II - MAPA DE LA ZONA	III
ANEXO III - FICHA DE OBSERVACIÓN	IV
ANEXO IV - CONSENTIMIENTO DE LAS ENTREVISTAS	V
ANEXO V - GUION DE ENTREVISTAS	VI
ANEXO VI - ÁRBOL DE PROBLEMAS	XII
ANEXO VII - ÁRBOL DE OBJETIVOS	XIII
ANEXO VIII - FICHA DE ACTIVIDADES	XIV
ANEXO IX - EJEMPLO DE ACTIVIDAD	XVIII
ANEXO X - CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN FINAL	XX

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES.

Ilustración 1. Pirámide de cuidadores principales de la población de 65 y más años con dependencia en 2008.	11
--	----

ÍNDICE DE TABLAS.

Tabla 1. Perfil de los acompañantes entrevistados en la residencia Elías Martínez.	8
Tabla 2. Porcentaje de plazas residenciales según tipo (2015).	14
Tabla 3. Variables sociodemográficas de los acompañantes.	17
Tabla 4. Situación previa al ingreso.	19
Tabla 5. Motivos de ingreso y redes de apoyo de ambos.	21
Tabla 6. Cronograma.	34
Tabla 7. Coste de personal.	36
Tabla 8. Material y equipos.	37
Tabla 9. Excedentes.	37
Tabla 10. Indicadores de Evaluación.	40

1. INTRODUCCIÓN.

Este trabajo de fin de grado tiene como objetivo el diseño de un proyecto de intervención dirigido a los “acompañantes de personas dependientes en centros residenciales¹”.

La elección de dicho tema se debe a nuestra previa participación en el campo de prácticas de gerontología. Uno de los integrantes realizó sus prácticas externas en la residencia Santa Ana de Utebo, mientras que otro las efectuó en la residencia Elías Martínez Santiago, de Zaragoza. El tercero, por su parte, llevó a cabo las prácticas en el campo de la discapacidad psíquica en la Escuela Municipal El Pinar, aunque posee contacto familiar directo con la temática. Gracias a esta intervención, nos dimos cuenta de la necesidad de actuar con dicha población.

La población objeto de estudio se identifica con el nombre de “acompañante”, denominación procedente de la Orden de 16 de abril 2015, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, que regula el régimen de acceso y adjudicación de plazas de servicios. Según su art. 7.3, “cónyuge de la persona mayor dependiente o pareja estable no casada que acredite su inscripción en el registro de parejas estables no casadas (...) y a las personas que tengan relación de parentesco con la persona mayor dependiente, ya sea de consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, cuando tengan una edad igual o superior a 60 años, convivan o dependan económicamente de ella y no dispongan de otros recursos sociales más adecuados a sus necesidades”. Asimismo, en el momento del ingreso, presentan una autonomía en cuanto a facultades cognitivas y físicas.

El informe que a continuación se presenta, se va a dividir en tres partes: la primera estará compuesta por la justificación de la elección de dicho tema y los objetivos que se quieren conseguir, así como la metodología a utilizar para alcanzar estas metas.

La segunda parte, la fundamentación, constará de dos apartados. Por un lado, del marco teórico, donde se indagará en la temática de la dependencia² en nuestro país, los diferentes tipos de cuidados y cuidadores, un breve acercamiento a los centros residenciales en nuestra comunidad autónoma, así como el rol del trabajador social dentro de las residencias. Por otro lado, el análisis de la información obtenida en el trabajo de campo, a partir de las entrevistas realizadas a los acompañantes y profesionales.

Por último, se presentará el capítulo destinado al diseño de un proyecto de intervención enfocado a conseguir una mejora de la calidad de vida de la población acompañante de personas dependientes.

¹ Ver Anexo I.

² Ver Anexo I.

1. 1. Justificación:

Tras una valoración y una discusión grupal, consideramos que la mejor opción para desarrollar nuestro Trabajo de Fin de Grado consiste en el diseño de un proyecto de intervención destinado a dotar de mayor calidad de vida, y mantener la autonomía del acompañante.

Tal como se ha explicado anteriormente la elección del tema surge de las propias experiencias de los integrantes del grupo durante las prácticas externas realizadas a lo largo del primer cuatrimestre del curso 2016-2017.

Nos pareció interesante y necesario conocer qué lleva a los acompañantes a ingresar en un centro residencial; quiénes son y cuáles son sus principales características sociodemográficas, así como los motivos de ingreso y su adaptación al centro. Además, se ha abordado el tema desde una doble perspectiva: la de la propia población de estudio y la de los técnicos o profesionales que trabajan por y para ellos.

Para ello hemos contado con la ayuda de los profesionales y usuarios de la Residencia Elías Martínez Santiago, en la cual uno de los integrantes del grupo realizó las prácticas externas, y a raíz de la cual se ha detectado la necesidad de tratar con este sector poblacional.

La idea inicial del proyecto se ha planteado a la trabajadora social de la residencia, que la ha calificado de gran interés, considerando que se trata de un proyecto viable dentro de la práctica gerontológica.

Se trata de un tema sobre el que apenas se ha indagado, pues las residencias están enfocadas a la atención de las personas dependientes, siendo la población acompañante un sector minoritario respecto a la totalidad de residentes. En las estadísticas, es una población invisible, dado que no tiene un registro exacto.

Sin embargo, tras nuestra experiencia personal, nos hemos encontrado con dos aspectos llamativos. En primer lugar, que pese a conformar un sector minoritario, supone un número considerable en cuanto a los usuarios totales de los centros, y que, además, se encuentra en alza debido a los cambios en la esperanza de vida, sobretodo en el caso de los varones.

En segundo lugar, retomando el art. 7.3. de la Orden 16 de abril de 2015, se aprecia cómo el titular de la plaza es la persona dependiente, lo que conlleva que, en caso de fallecimiento de esta, la persona acompañante será reubicada en otro servicio adecuado a sus necesidades o circunstancias. Por el contrario, en la realidad este proceso no se cumple, y los acompañantes pasan a ser los usuarios principales, ocupando una plaza destinada a una persona en situación de dependencia.

Por todo ello, desde nuestro punto de vista, se trata de un tema interesante y necesario tratar desde el Trabajo Social.

1. 2. Objetivos:

Los objetivos planteados se dividirán en generales y específicos. Respecto a los dos primeros (A y B), se centrarán en la fundamentación y en el análisis e investigación. El tercero (C) corresponde con el diseño del proyecto de intervención.

- A. Analizar las consecuencias y los efectos que conlleva la entrada en la residencia para los “acompañantes” de una persona en situación de dependencia.
- A.1: Identificar las características de la persona dependiente, beneficiaria de la plaza de residencia, y del acompañante.
 - A.2: Identificar los principales motivos que llevan a los acompañantes a ingresar en el centro residencial.
 - A.3: Analizar la adaptación de las personas acompañantes en el centro residencial.
- B. Conocer el punto de vista de los profesionales respecto a la situación de la población objeto de estudio en el centro residencial.
- B.1: Averiguar el tipo de atención que reciben y si ésta corresponde a sus necesidades y demandas
 - B.2: Conocer la vinculación y ubicación de los acompañantes en el centro.
 - B.3: Identificar necesidades y demandas de los acompañantes desde el punto de vista de los profesionales y establecer propuestas en base a los ítems analizados.
- C. Diseñar el proyecto de intervención dirigido a las personas acompañantes.

1. 3. Metodología:

En este apartado se explica la metodología seguida para la consecución de los dos primeros objetivos propuestos anteriormente.

1. 3. 1. Población objeto de estudio:

La Orden de 16 de abril de 2015, la cual regula la adjudicación de plazas, es la única referencia de la que dispone Aragón sobre nuestra población objeto de estudio, “acompañantes de personas dependientes en centros residenciales”.

Sin embargo, en otras Comunidades Autónomas, como por ejemplo, la Comunidad de Castilla La Mancha, la figura del acompañante sí que se identifica de forma más concreta en el marco legal. Tal y como indica el art. 8 del Decreto 186/2010, (Castilla La Mancha) “cuando por circunstancias sociofamiliares o vínculos de debidamente acreditados una persona mayor requiere para acceder a un centro del acompañante de su cónyuge o persona análoga relación de convivencia o con vínculo familiar acreditado, está podrá ingresar en el mismo centro, de acuerdo con el régimen asistencial establecido y previa valoración de las circunstancias personales y familiares que hayan de tenerse en consideración para determinar su procedencia”.

1. 3. 2. Ámbito geográfico y temporal:

Este estudio se ha realizado entre los meses de febrero y septiembre de 2017, y se sitúa en la provincia de Zaragoza; en concreto, en el barrio de Torrero-La Paz. Este está ubicado en la parte norte de la ciudad, limitando con el distrito Universidad, San José y Las Fuentes y, al sur, con María de Huerva, Cuarte de Huerva y Cadrete³.

1. 3. 3. Técnicas y fuentes de información:

El acercamiento al análisis de la problemática planteada se realizó, inicialmente, al elaborar la memoria de prácticas y el diario de campo, realizado por cada uno de los miembros en sus respectivos campos de prácticas.

Más recientemente, se ha procedido a recoger información mediante diferentes fuentes y técnicas a fin de alcanzar los objetivos propuestos, respecto a la población objeto de estudio.

En primer lugar, se ha realizado una revisión de la literatura relacionada con la temática para la contextualización del contenido de este informe. Baena (1985) la define como “una técnica que consiste en la selección y recopilación de información por medio de la lectura y crítica de documentos y materiales bibliográficos, de bibliotecas, hemerotecas, centros de documentación e información” (Baena, 1985, p. 72).

Otra técnica utilizada es la observación participante, la cual se caracteriza por ser “algo más que una mera observación, e incluye la intervención directa del investigador en el objeto estudiado” (Corbetta, 2007, p. 320).

³ Ver Anexo II.

Para ello, se ha elaborado una ficha de observación, compuesta por diferentes apartados, los cuales sirven de guía a la hora de recoger la información⁴.

La observación se realizó durante un día, sirviendo para tener un primer contacto con el ambiente en el que viven y obtener información sobre ellos y el centro. Es “una técnica en la que el investigador se adentra en un grupo social determinado, durante un periodo de tiempo relativamente largo, en su medio natural, estableciendo una interacción personal con sus miembros y, para describir sus acciones y comprender, mediante un proceso de identificación, sus motivaciones” (Corbetta, 2007, p. 321).

Cuando se terminó con la observación, se llevaron a cabo tres entrevistas exploratorias, con el fin de tener un primer contacto con los futuros participantes del proyecto, así como mejorar y ampliar el guion de las entrevistas que se les iban a realizar en días posteriores y, más adelante, enfocar el proyecto en base a las necesidades detectadas. Estas se han realizado a tres acompañantes.

La entrevista semiestructurada, posteriormente, la cual permite obtener, según Corbetta (2007), información rica y profunda permitiendo al sujeto su libre expresión.

Estas últimas resultan fundamentales a la hora de recoger información de primera mano y son esenciales para diseñar el proyecto de intervención. De esta forma, se conocen directamente las necesidades y las problemáticas de la población objeto de estudio. Corbetta (2007) las define como aquellas en las cuales “el entrevistador dispone de un «guion», con los temas que debe tratar en la entrevista. Sin embargo, el entrevistador puede decidir libremente sobre el orden de presentación de los diversos temas y el modo de formular las preguntas” (Corbetta, 2007, p. 352-353).

Estas entrevistas han sido llevadas a cabo en la Residencia Elías Martínez mediante un contacto directo cara a cara con los profesionales y los usuarios. Antes de comenzar a hacer las entrevistas, los usuarios y los profesionales han tenido que dar un consentimiento para poder grabarlas⁵.

Para la realización de las entrevistas se han elaborado sendos guiones⁶, uno dirigido a profesionales y otro dirigido a los usuarios. Se han realizado un total de dieciocho entrevistas, divididas en dos partes. Por un lado, se han realizado catorce entrevistas a los acompañantes. Por otro lado, cuatro entrevistas a los profesionales, más concretamente al trabajador social, al auxiliar, al fisioterapeuta y al terapeuta ocupacional. Respecto a estas últimas, incluyen una parte común a todos los ámbitos de intervención y otra, con las cuestiones específicas en base a la intervención propia de cada uno de los profesionales entrevistados.

En la entrevista para los acompañantes se ha utilizado un guion común que abarca distintos bloques de información: variables sociodemográficas, condiciones de ingreso y estados de salud y, motivación y toma de decisiones sobre el ingreso de ambos en la residencia.

⁴ Ver Anexo III.

⁵ Ver Anexo IV.

⁶ Ver Anexo V.

1. 3. 4. Análisis de la información:

Una vez llevadas a cabo las entrevistas, se ha procedido al análisis de las grabaciones realizadas en el ambiente natural de los participantes. El análisis se ha hecho teniendo en cuenta los objetivos planteados, por lo que se ha organizado la información siguiendo los grandes apartados de las entrevistas. Asimismo, la información obtenida se presenta en el apartado “2.2. Análisis de la información”, del presente informe.

Para poder diferenciar la información expuesta por cada individuo, se ha procedido a organizar la información de la siguiente manera, con el fin de garantizar el anonimato de todos los participantes: “Entrevistado 1, Entrevistado 2, (...), Entrevistado 14”, en el caso de los usuarios. Por otro lado, “Profesional 1, Profesional 2, (...), Profesional 4”. En todos los casos, la numeración dependerá del orden en que han sido entrevistados.

La utilización de estas técnicas nos ha permitido obtener la información con facilidad, comodidad y rapidez, para poder desarrollar nuestro proyecto. Además, no tener que estar pendientes de realizar anotaciones, permitía ser consciente de aquellos aspectos no verbales que proporcionaban otro tipo de información complementaria, contribuyendo además a la creación de unos vínculos de cercanía entre entrevistado y entrevistador, creando así un ambiente adecuado, cómodo y dinámico para ambas partes.

A continuación, se expone la *Tabla 1* a modo resumen, con los aspectos más predominantes en el perfil de los acompañantes entrevistados, la cual se complementará con el análisis de apartados siguientes.

Tabla 1. Perfil de los acompañantes entrevistados en la residencia Elías Martínez.

	Sexo	Edad	Estado civil	Fecha de ingreso	Grado de dependencia del beneficiario de plaza
ENTREVISTADO 1	Hombre	86	Viudo	2010	Grado III
ENTREVISTADO 2	Hombre	86	Viudo	2010	Grado III
ENTREVISTADO 3	Hombre	78	Casado	2013	Grado III
ENTREVISTADO 4	Hombre	80	Casado	2015	Grado III
ENTREVISTADO 5	Hombre	78	Viudo	2017	Grado III
ENTREVISTADO 6	Hombre	68	Casado	2016	Grado III
ENTREVISTADO 7	Mujer	60	Casada	2016	Grado III
ENTREVISTADO 8	Hombre	77	Casado	2017	Grado III
ENTREVISTADO 9	Hombre	92	Casado	2016	Grado III
ENTREVISTADO 10	Hombre	84	Casado	2013	Grado III
ENTREVISTADO 11	Hombre	86	Viudo	2016	Grado III
ENTREVISTADO 12	Mujer	76	Casada	2017	Grado III
ENTREVISTADO 13	Hombre	83	Viudo	2017	Grado III
ENTREVISTADO 14	Hombre	82	Casado	2017	Grado III

Fuente: Elaboración propia.

2. FUNDAMENTACIÓN.

2. 1. Marco teórico:

2. 1. 1. La dependencia en España:

Para poder llegar a comprender la actual ley que regula y sustenta el apoyo y respaldo a las personas dependientes, es necesario comenzar con una revisión histórica de su evolución.

Siguiendo a Sancho Castiello y Díaz Martín (2006) se muestra cómo la primera referencia para el respaldo del bienestar de este perfil de la población se encuentra en El Plan Nacional de la Seguridad social de Asistencia a los Ancianos de 1971. Este plan ya se centraba en el perfil sociosanitario, aunque los recursos eran destinados, principalmente, a las actividades de ocio de jubilados. Esto conllevó la creación de “centros sociales”, ya que hasta finales de los años noventa, el término sociosanitario no ganaría tal reconocimiento.

Posteriormente, la Constitución de 1978, en sus artículos 49 y 50, ya recoge aspectos relacionados con el bienestar de este perfil de población en relación con las personas con discapacidad, personas mayores y al sistema de servicios sociales.

En siguiente lugar, cabe destacar el Plan Gerontológico, aprobado a finales de los años ochenta, aunque no puesto en marcha hasta 1993. Este reunía las políticas sociales basadas, entre otros aspectos, en la planificación y abordaje de la intervención con este sector poblacional. Uno de los retos a tener en cuenta era sentar las bases del modelo público de los servicios sociales, así como el principio de mantener a la persona mayor en el domicilio.

La siguiente fase, ya más reciente, es el Informe aprobado por el Congreso de los Diputados la Renovación del Pacto de Toledo, en el año 2003, en la que se entendía como necesario abordar la dependencia a través de una regulación que recogiera una definición, cobertura, retos y alternativas en cuanto a su protección. (Alemán-Bracho, 2010).

Finalmente, se promulga la actual Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (a partir de ahora nos referiremos a ella como la Ley 39/2006), la cual entra en vigor el 1 de enero de 2007. Su objetivo es garantizar la atención a las necesidades de las personas que se encuentren en una situación de especial vulnerabilidad y requieren apoyos para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria (a partir de ahora denominadas ABVD⁷), alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer sus derechos de ciudadanía.

En concreto, en el art. 1 de dicha ley se indica que su objetivo es “regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en los términos establecidos en las leyes, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Estado español”.

⁷ Ver Anexo I.

Para comprender el contexto sobre el que se va a desarrollar el trabajo, se ha procedido a realizar un glosario de términos⁸.

Esta ley viene a dar respuesta a los cambios que se han producido en España en los últimos años. Tal y como se expone en el Preámbulo, “los cambios en el modelo de familia y la incorporación progresiva de casi tres millones de mujeres, en la última década, al mercado de trabajo (...) hacen imprescindible una revisión del sistema tradicional de atención para asegurar una adecuada capacidad de prestación de cuidados a aquellas personas que los necesitan” (Ley 39/2006, 2006, p. 1).

Siguiendo a Rodríguez (2006), los cuidados y atención que necesitan las personas, han estado basados en la concepción social de división sexual, en la cual el hombre es el sustentador y la mujer la encargada de tareas reproductivas y asistenciales.

Por su parte, los avances médicos conllevan a una mayor esperanza de vida y, paralelamente, a un empeoramiento de la calidad de vida, lo que produce un incremento de la población en situación de dependencia. (Alemán-Bracho, 2010)

La característica más importante que se irá acentuando con el paso del tiempo es la denominada “envejecimiento del envejecimiento”. Esto es, “el gran aumento que va a experimentar el colectivo de población de 80 y más años, cuyo ritmo de crecimiento será muy superior al de grupo de 65 y más años en su conjunto” (Alemán-Bracho, 2010, p. 45).

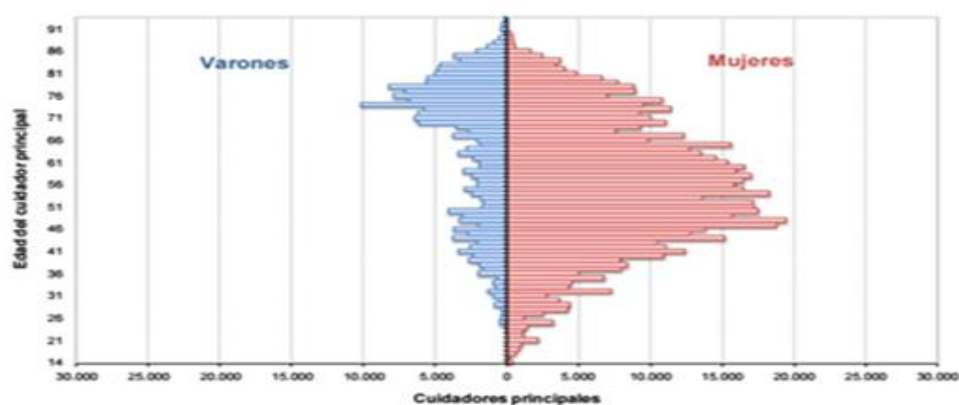
Este fenómeno coincide con la baja tasa de natalidad que está sufriendo la sociedad. Spijker y Zueras (2016) explican cómo las mujeres nacidas en los años 30 y 40, fueron las protagonistas del *baby boom*, lo que hace posible que posean una red familiar más amplia que la de aquellos nacidos en los años 60 y 70.

Este hecho se ve reflejado por el desarrollo de la modernización y la aprobación de la ley del divorcio, que provocó la transformación en el concepto de familia tradicional, haciendo posible que cada vez más familias sean monoparentales, provocando una red familiar más escasa en generaciones más cercanas a nuestros tiempos.

Sin embargo, en la *Ilustración 1*, se puede observar cómo la representación de cuidadoras femeninas sigue siendo mucho mayor que la de varones, por lo que se puede afirmar que la repartición y aceptación de estos roles siguen estancados, en cierto modo en una sociedad tradicional, a pesar de haber abandonado ese concepto en nuestros días.

⁸ Ver Anexo I.

Ilustración 1. Pirámide de cuidadores principales de la población de 65 y más años con dependencia en 2008.



Fuente: INE: Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD), 2008.

Todo esto supone, retomando el artículo de Spijker y Zuera (2016), la necesidad de crear un nuevo sistema de cuidado, el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), el cual presenta el objetivo de disminuir las cargas familiares en cuanto al cuidado de una persona dependiente, así como reducir las diferencias de género.

2. 1. 2. Cuidado y cuidadores:

A la hora de hablar de cuidados a personas dependientes, es fundamental hablar del cuidado informal o no profesional, el cual siguiendo a Rogero-García (2009) es entendido como el cuidado informal es aquel “provisto por familiares, amigos o vecinos, independientemente de que reciban o no algún dinero a cambio” (Rogero-García, 2009, p. 171).

Este tipo de cuidado, se caracteriza por ser altruista, predominando como cuidadores los familiares (Rodríguez, 2006). En relación al perfil con el que se va a trabajar en el proyecto, los acompañantes de personas dependientes, cabe destacar la importancia del cuidado entre cónyuges.

Esto se debe a que son el miembro de la familia que más cuidado realiza debido al tiempo que invierte en la convivencia del día a día con la persona dependiente. Dentro del núcleo familiar, la mujer casada es la que representa mayor porcentaje como cuidadora, por encima del que puede ejercer el marido hacia la mujer (Rogero-García, 2010).

Así pues, respecto a los cuidados a la dependencia, en la actualidad, el núcleo familiar es el elemento predominante para la atención de las personas dependientes. En la mayoría de los casos, este tipo de cuidado es un paso previo y obligado, de larga duración, antes del ingreso a la atención sociosanitaria y formal.

Este proceso de cuidado, deriva en una serie de efectos en el cuidador, provocando en su persona una sobrecarga e influyendo tanto a nivel físico como psíquico y emocional. Por su parte, la persona dependiente cada vez va requiriendo más tiempo de cuidado, suponiendo una reducción paulatina de tiempo libre e independencia para el cuidador.

Este hecho provoca, en gran parte de los casos, la aparición del denominado “síndrome del cuidador”, entendido como una “respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos

principales son el agotamiento físico y/o psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que tiene que realizar y por tanto de culpabilidad” (Artaza-Artabe y Ramos, 2016, p. 5).

Debido a la sobrecarga que estos cuidados generan, así como la disminución de la capacidad de cuidar dentro del entorno familiar, se opta por la institucionalización. Este proceso es entendido como aquel en que “una persona que vive en su entorno pasa a hacerlo en una institución para recibir atención en un centro especializado” (Roger-García, 2010, p. 139).

La población diana de este trabajo son las personas acompañantes en centros residenciales, las cuales, previamente al ingreso, realizaban estas labores de cuidado no profesional de una manera más directa. Una vez ingresan en el centro residencial, esta función de cuidador no profesional es delegada a los cuidadores profesionales⁹.

Respecto al cuidado profesional¹⁰, en la Ley 39/2006, en su art. 2, se define como el prestado “por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro”.

Esto deriva en ocasiones en dificultades en la adaptación de los acompañantes al centro residencial, debido al abandono de su rol de cuidador principal. De ahí la importancia de medir el cuidado, factores y motivos que llevan a las personas a cuidar de otras, el tiempo que se dedica a cuidar y los efectos que supone el dedicarse al cuidado de una persona dependiente. Sobre este aspecto se indagará en el apartado “2.2. Análisis de la situación” del presente trabajo.

Respecto al cuidado formal, tal y como se expone en la obra de Casado y López (2010, citado por Alemán-Bracho, 2010) consiste en la “atención prestada por una institución pública o entidad, con o sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro” (Alemán-Bracho, 2010, p. 61).

En cuanto a la denominada Atención Integral “es aquella que se logra cuando, a la hora de planificar servicios o programas dirigidos a personas con necesidades de apoyo, se contemplan de manera holística todos los ámbitos que nos constituyen como personas y las necesidades anejas a los mismos; los relacionados con el cuerpo, los que tienen que ver con nuestro funcionamiento psicológico, los que afectan al campo social, y los que atañen al entorno medioambiental en el que nos desenvolvemos” (Rodríguez, 2014a, p. 102). El objetivo de ésta se centra en la mejora de la atención, así como la adaptación en los distintos contextos y el apoyo a los familiares encargados del cuidado.

Por su parte, la Atención Centrada en la Persona (ACP¹¹) “es la que promueve las condiciones necesarias para la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de las personas, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias, y contando con su participación efectiva” (Rodríguez, 2014b, p. 120).

⁹ Ver Anexo I.

¹⁰ Ver Anexo I.

¹¹ Ver Anexo I.

Respecto a los principios predominantes de este tipo de cuidado son la dignidad y el derecho de la propia persona, sin dejar de hacer hincapié en otros como autonomía, individualidad, independencia, integralidad, participación, inclusión social, continuidad de atención.

A su vez, los objetivos de la ACP son: mantener la mayor independencia posible en las Actividades de la Vida Diaria y, por otro lado, preservar y estimular la autonomía moral para tomar las decisiones y mantener el control de su propia vida.

Tal como define el Consejo de Europa (2015)¹², la Dependencia es “un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal” (Consejo de Europa, 2015).

Todo esto provoca la necesidad, e incluso la obligación por parte de los responsables públicos, de tomar conciencia respecto a la atención de los dependientes y familiares, así como de apoyar a los cuidadores de la persona dependiente, a través de los diferentes recursos, como son las residencias.

2. 1. 3. Residencias en Aragón:

Siguiendo el Catálogo de Servicios de Aragón (2011), se entiende como centro de atención residencial como el “establecimiento que tiene como característica fundamental ser el domicilio de aquellas personas que, en el marco del sistema público de servicios sociales, reciben una prestación de alojamiento alternativo permanente o temporal, (...) bajo supervisión de un servicio social especializado” (Decreto 143/2011, 2011, p. 129).

Según el documento “*Información para Usuarios de Residencias para Mayores*” (2003), proporcionado por el departamento de Servicios Sociales y Familia del Gobierno de Aragón, y el cual se apoya en el Decreto 111/92, nos muestra los diferentes tipos de residencias, las cuales se dividen en:

- “Residencia para válidos: destinadas a personas mayores que, valiéndose por sí mismas para las actividades de la vida diaria, por distintas circunstancias, no pueden permanecer en su propio domicilio.
- Residencia mixta: centro destinado a la atención social de personas mayores que mayoritariamente puedan, valerse por sí mismas, pero dotado de una unidad para la atención de personas afectadas de minusvalía física o psíquica.
- Residencia asistida: centro destinado a la atención social de personas mayores afectadas de minusvalías físicas o psíquicas que requieren además de los cuidados ordinarios, una atención de enfermería y vigilancia médica” (Gobierno de Aragón, 2003, p. 1).

A pesar de encontrar a nuestro alcance estos tres tipos de residencias en nuestra Comunidad Autónoma, cabe destacar que en la actualidad, las residencias para personas autónomas e incluso las de carácter mixto, se encuentran en decadencia, siendo superadas por las destinadas a las personas dependientes insertas en el sector público, residencias para asistidos.

¹²Ver enlace <http://dependenciaweb.com/la-dependencia/>

Esto se debe al aumento de la esperanza de vida, pero la disminución de la calidad de vida en edades avanzadas, provocando que se disponga de necesidades de cuidado cada vez más específicas.

Como observamos en la *Tabla 2*, las residencias de titularidad privada, destacan sobre las públicas. Los usuarios toman la decisión de elegir las debido a que la lista de espera de las residencias públicas se demora en el tiempo, lo que repercute en el cuidado de las personas dependientes en el hogar y sus familias. Ello conlleva una búsqueda de respuestas de urgente necesidad.

Respecto a las residencias en Aragón, según su tipología, observamos que, por lo general, a excepción de las ubicadas en Teruel, el promedio de centros privados es mayor que el de públicos.

Tabla 2. Porcentaje de plazas residenciales según tipo (2015).

TOTAL	RESIDENCIAS O PLAZAS PRIVADAS	RESIDENCIAS O PLAZAS PÚBLICAS	SIN DATOS	TOTAL
ARAGÓN	64.7%	32.1%	3.2%	100%
HUESCA	58.1%	41.9%	0.0%	100%
TERUEL	45.7%	54.3%	0.0%	100%
ZARAGOZA	70.3%	25.0%	4.7%	100%

Fuente: Elaboración propia¹³.

Continuando con el análisis de la Orden de 16 de abril de 2015, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, destacamos el art. 20, el cual hace referencia a la reserva de plazas. En él se protege al usuario en caso de que este, ya sea el acompañante o el titular de la plaza, no realice uso de dicha plaza en un plazo inferior a 30 días, con la característica de que una vez superado este plazo, se entenderá que, si no vuelve hacer uso de la misma, ha renunciado a la plaza.

En cuanto al periodo de adaptación, art. 21, especifica que una vez que el usuario acepta la plaza de carácter definitivo, dispondrá de un periodo de 30 días en el cual se observará si la adaptación al centro ha sido la adecuada o no para la persona usuaria. Si la adaptación no se consiguiera se empezaría un procedimiento administrativo, siendo el encargado de esta función el Director Provincial del IASS.

¹³ Datos obtenidos de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2015.pdf>

2. 1. 4. El papel del Trabajador Social en la residencia:

El Trabajo Social, es una profesión y una disciplina que, sumergida en el ámbito de la gerontología, requiere una intervención destinada a la orientación, acción-intervención y profesional (Martín, 2003).

En la residencia, el trabajador social se encuentra dentro de un equipo interdisciplinar compuesto por “los profesionales que participan en los programas de intervención (...) de una manera conjunta y coordinada, con un lenguaje común y con unos objetivos claros y compartidos” (Pollo, 2009, p. 25). Este equipo multidisciplinar estará formado por el trabajador social, enfermero, terapeuta ocupacional y fisioterapeuta.

El objetivo del trabajador social, es promover la integración social y personal del residente y conseguir el mantenimiento y refuerzo de los lazos existentes con su familia y comunidad, siendo el mayor considerado como un individuo con voluntad y capacidad de modificar su entorno y no dejarse determinar por él (Martín, 2003).

Asimismo, tiene varias funciones diferenciadas: “explicar las condiciones del ingreso en la entrevista de acogida. Organizar y realizar la recepción del usuario o pre-diagnóstico. Realizar el seguimiento del usuario a través del proceso de información, orientación, consejo y gestión. Coordinar el programa de participación del centro a través de la intervención social. Participar en la asignación y cambio de habitaciones y de mesas de comedor con el departamento de enfermería y la directora del centro. Visitar a los usuarios enfermos que se encuentren en el hospital” (Pollo, 2009, p. 34).

Para el desempeño de su labor profesional, cuenta con una serie de herramientas e instrumentos que le permiten realizar un seguimiento, control y evaluación del usuario, desde el momento del ingreso. Entre los más destacados encontramos: el expediente individual, libro de incidencias, hoja de seguimiento e informe social.

Es fundamental que el trabajador social, además, sea consciente de que “cada persona es única e irrepetible, por lo que se debería tratar como tal, no como simples números y frivolisando las intervenciones profesionales” (Marcos, 2011, p. 83).

2. 2. Análisis de la situación:

En este apartado nos disponemos a exponer el análisis de la información de las entrevistas realizadas a los acompañantes y a los profesionales.

Para presentar el análisis de las entrevistas de los acompañantes, nos apoyaremos en una serie de tablas en las que se resumen aquellos aspectos que hemos analizado en base a los objetivos planteados.

En relación con las entrevistas de los profesionales, se ha realizado un análisis del discurso que hemos organizado a partir del Objetivo B: “conocer el punto de vista de los profesionales respecto a la situación de la población objeto de estudio en el centro residencial”.

2. 2. 1. Análisis de las entrevistas a los acompañantes:

Respecto a las variables sociodemográficas de los acompañantes, expuestas en la *Tabla 3*, se observa que la edad de los acompañantes entrevistados oscila entre los 60 y los 92 años, siendo la media de los entrevistados de aproximadamente 80 años. Además, el número de hombres acompañantes dentro del centro destaca sobre el de mujeres, siendo respectivamente de doce y dos.

Todos salvo dos entrevistados tienen hijos, con lo que se destaca el predominio de una estructura de familia nuclear. En cuanto a su estado civil actual, nueve de los entrevistados se encuentran en el centro con sus cónyuges, mientras que cinco han enviudado, pasando a ocupar estos la plaza residencial de la persona fallecida.

Entrevistado 11: “entré como acompañante, y como mi mujer se fue, me quedé con su plaza”.

Respecto a los hombres entrevistados, comentaban que antes de que sus mujeres cayeran enfermas, eran ellas las encargadas de todas las tareas del hogar y de su cuidado. Sin embargo, en el momento en el que enferman, la situación se vuelve a la inversa, y son ellos quienes asumen las tareas de cuidados.

Esto conlleva un sentimiento de desbordamiento en relación a su situación, debido a su desconocimiento de las tareas, las cuales nunca han realizado, en gran medida a causa de sus largos horarios laborales, relacionados con el sector primario en la mayor parte de los casos.

El nivel de estudios es bajo. Únicamente dos de ellos han realizado estudios superiores, en ambos casos universitarios, pese a que solamente uno ha ejercido de ello.

Entrevistado 14: “estudié Empresariales de ahora. Comercio se llamaba entonces, en la Plaza de los Sitios”.

Respecto a los demás, en su gran mayoría carecen de estudios o estos se limitan al nivel básico. “A los 11 años entré a pastor. Allí era raro quien no cogía ese oficio. Aprendí más en ese oficio que en la escuela el tiempo que estuve”, comenta el Entrevistado 10.

Tabla 3. Variables sociodemográficas de los acompañantes.

	Edad	Sexo	Nº hijos	Estado civil	Nivel de estudios	Ocupación
Entrevistado 1	86	Hombre	2 hijas	Viudo	Básicos	Agricultor y camionero
Entrevistado 2	86	Hombre	2 hijas	Viudo	No tiene	Agricultor y maquinista
Entrevistado 3	78	Hombre	4 hijos	Casado	No tiene	Barnizador
Entrevistado 4	80	Hombre	0	Casado	No tiene	Tudor "baterías"
Entrevistado 5	78	Hombre	0 propios, 1 hijastro	Viudo	No tiene	Agricultor
Entrevistado 6	68	Hombre	2 hijos, 1 hija	Casado	Estudios superiores	Fisioterapeuta
Entrevistado 7	60	Mujer	2	Casada	No tiene	Limpieza y campo
Entrevistado 8	77	Hombre	2	Casado	Ninguno	Campo y barnizador
Entrevistado 9	92	Hombre	Hijo e hija	Casado	Básicos	Agricultor y portero
Entrevistado 10	84	Hombre	2	Casado	Ninguno	Pastor
Entrevistado 11	86	Hombre	1 hija	Viudo	Música	Músico profesional y agricultor
Entrevistado 12	76	Mujer	2 hijas	Casada	Básicos	Oficina de correos
Entrevistado 13	83	Hombre	2 hijas	Viudo	Albañilería	Jefe de albañilería
Entrevistado 14	82	Hombre	5 hijas	Casado	Estudios superiores	Conductor

Fuente: Elaboración propia.

En relación a la *Tabla 4*. Situación previa al ingreso, se ha consultado, en primer lugar, el tiempo que cada uno de ellos lleva en el centro. Las fechas de ingreso oscilan entre 2010 y 2017. Por su parte, los dos entrevistados con más antigüedad en el centro ingresaron en la residencia hace 7 años, cuando ambos tenían 79, mientras que el más reciente ha entrado en junio de este año.

Se puede hacer una pequeña clasificación en función de la fecha de ingreso, destacando tres grupos. El primero que son aquellos ingresados hace menos de un año, con una representación de cinco entrevistados. El segundo, formado por los que entraron entre los años 2014 y 2016 compuesto por cinco usuarios y, por último, aquellos cuyo inicio de estancia ocurrió entre los años 2010 y 2013 que son cuatro.

Se trata de una variable significativa para tener en cuenta de cara a la intervención, pues se presupone que los más recientes se encuentran en una fase totalmente distinta a los que llevan siete años.

Respecto al Grado de dependencia de sus cónyuges, todos ellos presentan un Grado III, el máximo reconocido y registrado dentro de la Ley 5/2009. Esto se debe a que el reconocimiento de dicho nivel es un requisito indispensable para poder ser beneficiario de este tipo de recurso.

Asimismo, resulta destacable que la mayoría de los dependientes tienen “Alzheimer”, enfermedad muy frecuente en los usuarios de centros residenciales, mientras que los restantes dos padecen “Demencia senil”.

Entrevistado 10: “ella tiene el 83% de dependencia, que es bastante; de Alzheimer, que empieza poco a poco... Los hijos se dieron cuenta antes que yo, porque se le olvidaba ponerles la merienda y cosas así”.

En su mayoría, previamente al ingreso en el centro, residían en Zaragoza. Además, a pesar de ser personas de edad avanzada, vivían únicamente con su cónyuge en el domicilio particular. Solamente tres de los casos se encontraban en otras ciudades o pueblos anteriormente.

Como caso excepcional, dos de los entrevistados ya habían estado en un centro residencial previamente; en uno de los casos, por problemas propios de salud.

Asimismo, cabe destacar la existencia de dos acompañantes que no son usuarios de la residencia. Aunque no forman parte en sentido estricto de nuestra población objeto de estudio, se ha decidido incluirlos, pues el nivel de implicación y la dependencia del cuidado que tienen, es similar a los que están ingresados en el centro. Pese a no ser el tipo de acompañante regulado en la ley, también merecen un espacio y un lugar.

Una de ellas comenta que la razón de no encontrarse en esta se debe a una falta de información en el proceso de admisión de su cónyuge, donde no se le explicó sobre la posibilidad de ingresar como acompañante.

Entrevistado 7: “Dedico todo el día a estar con mi marido. Si sigo aquí es para estar con él”.

Respecto al otro acompañante externo, sí que conocía sobre las consecuencias de haberse negado a ingresar como acompañante, pero, pese a su negación de pernoctar, su presencia en el centro es continua.

Entrevistado 4: “cuando pedimos la plaza para mi mujer, me ofrecieron entrar con ella, pero por el momento vi que la residencia no era un sitio para mí. Aun así, aunque no duerma aquí, vivo aquí”.

Tabla 4. Situación previa al ingreso.

	Fecha de ingreso	Grado de dependencia del cónyuge	Tipo de enfermedad del cónyuge	Procedencia	Composición del hogar
Entrevistado 1	2010	Grado III	Alzhéimer	Zaragoza	Esposa
Entrevistado 2	2010	Grado III	Alzhéimer	Zaragoza	Esposa
Entrevistado 3	2013	Grado III	Alzhéimer	Zaragoza	Esposa
Entrevistado 4	2015	Grado III	Alzhéimer	Zaragoza	Esposa
Entrevistado 5	01/2017	Grado III	Alzhéimer	La Muela	Esposa
Entrevistado 6	2016	Grado III	Alzhéimer	Zaragoza	Esposa
Entrevistado 7	2016	Grado III	Alzhéimer	Zaragoza	Esposo
Entrevistado 8	06/2017	Grado III	Alzhéimer	Zaragoza	Esposa
Entrevistado 9	2016	Grado III	Demencia senil	Zaragoza	Esposa
Entrevistado 10	2013	Grado III	Alzhéimer	Zaragoza	Esposa
Entrevistado 11	2016	Grado III	Alzhéimer	Aniñón	Esposa
Entrevistado 12	01/2017	Grado III	Alzhéimer	Zaragoza	Esposo
Entrevistado 13	02/2017	Grado III	Alzhéimer	Morata de Jalón	Esposa
Entrevistado 14	02/2017	Grado III	Demencia senil	Zaragoza	Esposa

Fuente: Elaboración propia.

Tal y como se muestra en la *Tabla 5*. Motivos de ingreso y redes de apoyo de ambos, en su totalidad admiten que la razón principal ha sido la imposibilidad, por su parte, de continuar proporcionando a su cónyuge los cuidados que necesitaba en el propio hogar. Tal y como se ha señalado previamente, todos los casos presentan un alto grado de dependencia, enfermos de Alzhéimer o demencia senil, lo que requiere una alta dedicación, así como cuidados especializados complejos de desarrollar por personas de avanzada edad.

Asimismo, cabe destacar que solamente cuatro de ellos contaban con un servicio auxiliar de asistencia. Estas intervenciones se limitaban al aseo de la persona dependiente, así como en la limpieza del hogar, durante dos días a la semana, una media de dos horas en cada uno, algo que consideraban

insuficiente.

Entrevistado 12: “me venía una chica dos veces por semana para higienizarle, pero por la noche estaba sola, y claro, cuando hace caca es terrible, porque la cama no es articulada como aquí, y los riñones se te hacen polvo”.

Tras indagar en los datos de los acompañantes, se observa que la media de tiempo de cuidado es de 10 años, desde el comienzo de la enfermedad hasta la actualidad. Es decir, en su gran mayoría se han visto obligados a comenzar a cuidar a sus parientes en una edad avanzada.

Esto supone que, desde el comienzo del cuidado, ya se encontraban en cierto modo limitados físicamente para realizar ciertas tareas y actividades de la vida diaria.

Entrevistado 14: “ya no podía con ella, porque hay que cambiarla y hacerle muchas cosas. Llegó un momento que ya no podía, y no me lo pensé dos veces”.

La gran mayoría coinciden en que la decisión de ingresar en el centro fue, total o parcialmente, propia. En el segundo caso, son principalmente los hijos los encargados de realizar dicha tarea. Por otra parte; cabe destacar que tres de ellos fueron ingresados por petición de los Servicios Sociales.

Entrevistado 11: “Lo hacía todo, hasta que ya no podía, y mi hija se preocupaba porque decía que si se me caía en algún momento, yo no podía levantarla”.

También se observa la importancia que juega el vínculo con la familia en cuanto al apoyo del acompañante. Esta supone, en sus diferentes variantes, el pilar principal de sostén emocional de la totalidad de los entrevistados.

Entrevistado 3: “cuando nos sentamos a hablar el tema con mi familia todos estuvimos de acuerdo, y ellos me apoyaron al cien por cien, me sentí muy querido y acogido por todos ellos”.

En la totalidad de los acompañantes, a excepción de dos casos, se puede considerar que cuentan con una red familiar muy unida e involucrada en el cuidado y apoyo, manteniendo frecuentes contactos, tanto cara a cara, como telefónicamente.

Entrevistado 1: “vienen todos los días que pueden. Como viven un poco lejos y las puertas cierran a las 19:30h, a veces les viene justo para darme un beso e irse. Los domingos comemos todos juntos”.

Asimismo, ocho de los entrevistados destacaban que se sienten muy apoyados por parte de otros residentes, a los cuales consideran amigos, y junto con quienes han creado rutinas y actividades semanales dentro de la residencia. Esto lo muestran a través de un alto grado de satisfacción a la hora de hablar de los compañeros del centro.

Entrevistado 10: “estoy contentísimo, con muchas amistades, y por supuesto alguna enemistad; pero estamos 2 o 3 que todos los lunes nos vamos a merendar en un salón. Este lunes compramos mucho, y como nos sobró, nos lo comimos ayer”.

Tabla 5. Motivos de ingreso y redes de apoyo de ambos.

	Motivo de ingreso	Quién decide el ingreso	Redes de apoyo	Contacto actual con familiares
Entrevistado 1	Imposibilidad de continuar con cuidados en el hogar	El acompañante	Familia	Diario
Entrevistado 2	Imposibilidad de continuar con cuidados en el hogar	El acompañante	Familia	Diario
Entrevistado 3	Imposibilidad de continuar con cuidados en el hogar	El acompañante e hijos	Familia y amigos	Diario
Entrevistado 4	Imposibilidad de continuar con cuidados en el hogar	Servicios Sociales	Hermano	Semanal
Entrevistado 5	Imposibilidad de continuar con cuidados en el hogar	Servicios Sociales	Hijo y nuera	Mensual
Entrevistado 6	Imposibilidad de continuar con cuidados en el hogar	Hija	Hijos	Diario
Entrevistado 7	Imposibilidad de continuar con cuidados en el hogar	Servicios Sociales y policía	Hijos y amigos	Diario
Entrevistado 8	Imposibilidad de continuar con cuidados en el hogar	Familia y Servicios Sociales	Familia y amigos	Semanal
Entrevistado 9	Imposibilidad de continuar con cuidados en el hogar	El acompañante e hijo	Familia, asistente del hogar y amigos	Semanal
Entrevistado 10	Imposibilidad de continuar con cuidados en el hogar	El acompañante	Hija y amigos	Diario
Entrevistado 11	Imposibilidad de continuar con cuidados en el hogar	El acompañante e hija	Hijas y amigos	Semanal
Entrevistado 12	Imposibilidad de continuar con cuidados en el hogar	El acompañante	Familia y amigos	Semanal
Entrevistado 13	Imposibilidad de continuar con cuidados en el hogar	El acompañante e hijo	Familia	Esporádico
Entrevistado 14	Imposibilidad de continuar con cuidados en el hogar	El acompañante	Familia y amigos	Semanal

Fuente: Elaboración propia.

2. 2.2. Análisis de las entrevistas a los profesionales:

Las entrevistas realizadas a los profesionales nos proporcionaron las claves sobre el comportamiento y aquellos aspectos más llamativos, que se aprecian desde los diferentes departamentos, en relación a la población diana.

Para realizar un correcto análisis de estas, se van a enfocar las respuestas en base al “objetivo B” del trabajo¹⁴.

Esta población objeto de estudio, requiere menos cuidados que aquellas personas que son dependientes en cuanto a las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)¹⁵. Sin embargo, precisan de cuidados especializados por parte de profesionales específicos como son médicos y trabajadoras sociales, en cuanto a la atención sociosanitaria.

Si es cierto, que una vez que se sienten cómodos con un profesional del centro, lo adoptan como patrón referente de confianza y sobre el cual se apoyan y son capaces de abrirse. En ocasiones, esto supone un problema, ya que surge un sentimiento de dependencia por parte del acompañante y, hace que en vez de abrirse y ser capaz de expresarse con mayor facilidad, se encierren en ese profesional.

Profesional 3: “Necesitan de una persona que les escuche y con la que se sienten cómodos para mostrar sus sentimientos, pero tenemos que tener cuidado de caer en el amiguismo y olvidarnos qué papel ocupamos cada uno”.

Asimismo, la red familiar sigue jugando un papel importante, tanto en el periodo de adaptación como en el posterior día a día en el centro. Al ser el núcleo más allegado y los cuales conocen mejor el comportamiento, supone un punto a favor para conocer mejor a los usuarios con los que trabajamos.

Profesional 3: “A lo mejor, al principio, las visitas son más frecuentes debido a cómo va a ser la adaptación de ambos”.

A pesar de que las visitas sean, por norma general diarias, el acompañante es el núcleo de unión entre la familia y el dependiente. Ya que este, posee la facilidad comunicativa suficiente para expresar cuál es la atención que recibe y precisa, tanto él como el cónyuge.

Profesional 3: “La familia que tiene aquí un válido viene menos porque el contacto telefónico es mayor, (...) si te dicen que están bien ya vale, y el fin de semana van a verlos”.

Aunque superen el periodo de adaptación, sigue existiendo la barrera en la asunción de los nuevos tipos de cuidados. Esto se refiere al impedimento, por parte de los acompañantes, de comprender el cambio de rol dentro de la residencia, debido a que la trayectoria de cuidados se encuentra muy interiorizada en la persona, conllevando una gran dificultad en la desvinculación del cuidado.

Desde el punto de vista de los profesionales, este hecho afecta firmemente a la vinculación y ubicación de la población objeto de estudio en el centro.

¹⁴ Los comentarios de los análisis irán en orden de subobjetivos planteados anteriormente.

¹⁵ Ver Anexo I.

Profesional 1: “Se creen que ellos son los encargados de realizar según que tareas, no entienden que para eso estamos nosotras y si no lo haces te lo echan en cara”.

Un hecho común que han destacado los profesionales, es que entre ellos se apoyan y se relacionan de manera cordial, hasta el punto de surgir nuevas redes de apoyo dentro del centro.

Profesional 2: “Es como cuando bajaban al parque y estaban con los amigos”.

Sin embargo, se aprecia una contradicción. Esta nueva red de apoyo, a su vez se fragmenta en pequeños núcleos de convivencia, provocando enfrentamientos entre éstos, por no entender la nueva situación de vida.

Estos enfrentamientos se traducen en menosprecios y conductas despectivas entre los propios usuarios, provocando sentimientos de culpabilidad en la persona. Impidiendo avanzar hacia el abandono del síndrome del cuidador.

Profesional 4: “Mira este que se va y deja a la mujer aquí, para eso ha venido con ella para luego irse por ahí”.

Otro problema con el que viven diariamente estos profesionales es el hecho de que los acompañantes, no son capaces de mostrar sus sentimientos de manera abierta y natural. Debido a que no saben mostrarlos o a que son incapaces de reconocer esos sentimientos en su propia persona.

De ahí el hecho de que las mayores demandas sean en base a comida, ropa, atención personal... a raíz de la imposibilidad de mostrar lo que verdaderamente necesitan o les sucede.

Profesional 3: “En el fondo, ellos saben que han tomado la mejor decisión, que han hecho lo que debían hacer (...) quedan. La cosa es que están en una institución, que es lo que a lo mejor nunca habían pensado, que iban a llegar a estar aquí, tienen una concepción de residencia como una especie de sinónimo de “abandono”.

Otro aspecto que llama la atención y sobre el que se debe trabajar es el hecho de eliminar o reducir esa dependencia que tienen del cónyuge, ya que les limita su vida. Únicamente quieren estar con él sin importarles dejar de realizar otras actividades, tanto aquellas propuestas por el centro como las que podían ser realizadas anteriormente del ingreso.

Esto se debe por un lado, al qué dirán y, por otro lado, al no comprender que su cónyuge está atendido y no es necesario que estén todo el día viviendo por y para él, sino que ahora deben de aprovechar a vivir de nuevo.

Profesional 2: “Anímicamente están destrozados, dañados, necesitan recuperar la seguridad y olvidarse del cuidado y del cónyuge”.

2. 2.3. Conclusiones:

A modo de conclusión, los profesionales del centro son los encargados de desarrollar las actividades. Estas están relacionadas con la escucha activa, la motivación y mejora de autoestima, así como información y orientación; adaptación al centro, y gestión de aquellas demandas de usuarios y familiares.

Siguiendo los objetivos, y en base a los datos recabados anteriormente, podemos destacar las siguientes conclusiones generales.

Pese a que está considerada como “población invisible” en las estadísticas, compone un gran número de usuarios en las residencias.

En cuanto a las características de los acompañantes, cabe destacar que:

- Son personas de edad avanzada, con una media de edad de aproximadamente 80 años.
- Mayoría de hombres, a excepción de dos mujeres.
- En todos los casos, casados con la persona dependiente.

Prosiguiendo con las características de la persona dependiente:

- Son en su mayoría mujeres de edad avanzada.
- Enfermas de Alzheimer, a excepción de dos casos que presentan demencia senil.
- El total de los dependientes tienen reconocido el Grado III de Dependencia.

Respecto a los motivos que llevaron a los acompañantes al ingreso:

- Presentan una trayectoria de cuidado elevada, con una media de diez años.
- En su totalidad, la razón principal del ingreso, fue la incapacidad de proveer los cuidados que el cónyuge precisaba en el domicilio.
- Las ayudas en el hogar eran limitadas, consideradas por los propios usuarios como insuficientes. Solamente cuatro de ellos contaban con ese apoyo.
- La decisión del ingreso fue tomada en su mayoría por el propio acompañante, apoyado en su mayoría por sus hijos.

En relación a la adaptación del acompañante al centro:

- La familia en todos los casos supuso, y sigue siendo, la principal red de apoyo, manteniendo un contacto frecuente.
- La totalidad de los usuarios valoran de manera positiva la estancia en el centro, debido a que han creado nuevos vínculos afectivos con el resto de acompañantes. Esto ha fomentado una mejor adaptación.

Desde el punto de vista de los profesionales, cabe destacar:

- Esta población, precisa de una atención menor que el dependiente, en cuanto a los cuidados se refiere.
- Los cuidadores presentan un gran nivel de implicación y obsesión con el cuidado proporcionado al cónyuge.
- Debido a la larga trayectoria de cuidados previos al ingreso en la residencia, los acompañantes presentan el Síndrome del cuidador.
- Presentan dificultades para comprender su nuevo rol, que ya no es el de cuidadores principales. Quieren seguir asumiendo las tareas de cuidados, entorpeciendo su asimilación del rol de acompañante. Esta figura se encuentra poco definida en la residencia, posibilitando la aparición de conflictos en relación al cuidador profesional.
- No muestran demandas específicas y adecuadas a sus necesidades y/o a las de sus cónyuges y carecen de habilidades para expresar, mostrar y reconocer sus sentimientos.
- Respecto a la creación de nuevos vínculos afectivos con los compañeros, se aprecia un aspecto negativo; la aparición de enfrentamientos traducidos en desprecios y actitudes humillantes entre estos.

Gracias a la realización del trabajo de campo, las entrevistas y su análisis, se ha diagnosticado una serie de problemáticas, y sus consiguientes soluciones en base a unos objetivos a alcanzar. La finalidad del proyecto, que se presenta a continuación, consistirá en dar respuesta a estas demandas y necesidades.

3. DISEÑO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN.

3. 1. Destinatarios:

El ámbito de la población elegido son los acompañantes en residencias, de las personas dependientes, ya que son personas que abandonan su libertad y rutinas diarias con el fin de continuar cuidando a la persona dependiente.

Cuidar significa dedicar nuestro tiempo en otra u otras personas que precisan de nuestra presencia e intervención la mayor parte del día, lo que supone que estas pierdan su autonomía y vida para dedicarse a sí mismas, ya que no solo se produce un desgaste físico, sino que también es un desgaste emocional y psíquico, lo que en ocasiones puede desembocar en lo que se conoce como “El síndrome del cuidador”.

3. 2. Ámbito geográfico y localización:

El desarrollo del proyecto se va a realizar en la Residencia Elías Martínez Santiago de Zaragoza. Situada en el distrito de Torrero-La Paz, en la Calle Consejo de Ciento nº 23.

La residencia es de titularidad pública, estando en propiedad de la Diputación General de Aragón, concretamente de mano del IASS, el cual es un organismo autónomo dependiente del Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales del Gobierno de Aragón. Cuenta con presupuesto propio, manteniendo el principio de descentralización funcional inherente a su esencia, desarrolla las competencias de administración y gestión del conjunto de servicios sociales del Gobierno de Aragón.

La residencia cuenta con la característica de que está gestionada por la empresa privada *Aralia Servicios Socio Sanitarios, S. A.*, la cual desarrolla su actividad en todo el territorio nacional. Su finalidad es la gestión integral de servicios asistenciales especializados tanto en residencias, en centros de estancias diurnas, centros hospitalarios y centros socio-sanitarios, así como en los propios domicilios.

3. 3. Objetivos:

Para el desarrollo de los objetivos ha realizado un árbol de problemas¹⁶, el cual permite visualizar los aspectos sobre los que se va a priorizar la intervención en relación con los acompañantes de la Residencia Elías Martínez.

Una vez compuesto dicho árbol, se procede a la elaboración de un árbol de objetivos¹⁷, del que podemos extraer los siguientes:

- A. Mejorar la calidad de vida e incrementar la autonomía personal de los acompañantes a través de la formación y la creación de grupos de autoayuda.
 - A.1: Proporcionar la ayuda e información/atención necesaria durante su estancia en el centro residencial y resolver las cuestiones relacionadas con el nuevo rol de cuidador.
 - A.2: Enseñar a que los acompañantes reconozcan, comprendan y exterioricen sus emociones y estados de ánimo.
 - A.3: Promover una mayor autonomía funcional entre los acompañantes respecto a las AIVD.
 - A.4: Impulsar y fortalecer las habilidades orientadas a la autonomía emocional y autorrealización personal.

¹⁶ Ver Anexo VI.

¹⁷ Ver Anexo VII.

3. 4. Actividades¹⁸:

La institución en que se va a poner en marcha el proyecto es la residencia Elías Martínez Santiago, pues es el centro en el cual se ha recabado la información. Asimismo, han sido sus usuarios los entrevistados a la hora de plantear la fundamentación de este, y a través de los cuales se han detectado las necesidades.

En su totalidad, serán acompañantes de las personas dependientes usuarios del centro, a excepción de dos de ellos que viven en sus respectivos domicilios.

Debido al gran número de acompañantes que podemos encontrar en esta residencia, y con la intención de que sean sesiones amenas, personales y efectivas, se dividirán en tres grupos en diferentes horarios, con el fin de que todos ellos puedan asistir. Para ello, previamente a la realización del proyecto, se propondrán dos horarios diferentes, de mañanas divididos en lunes, miércoles y viernes, según la disponibilidad y preferencia de los usuarios.

Estas sesiones se realizarán en las salas de Terapia Ocupacional situadas en la planta inferior del centro. Se considera que se trata de las zonas más adecuadas debido al previo conocimiento y familiaridad de los participantes con esta, así como la adecuación de su tamaño, distribución y estructura.

Cada una de las Secciones siguientes va relacionada con uno de los objetivos específicos del proyecto. La sesión 1 está relacionada con el subobjetivo A.1, y será codificada mediante la representación de A.1.1.1. La sesión 2, también relacionada con el subobjetivo A.1, será codificada mediante la representación de A.1.1.2. De esta manera, se representará la totalidad de las sesiones en el cuadro. Las diferentes actividades que se van a realizar con el fin de conseguir estos objetivos serán las siguientes:

A.1: Proporcionar la ayuda e información/atención necesaria durante su estancia en el centro residencial y resolver las cuestiones relacionadas con el nuevo rol de cuidador.



A.1.1. Presentar el proyecto a los acompañantes durante las primeras dos sesiones del desarrollo del proyecto.

A.1.1.1. Sesión 1: Introducción del Proyecto.

En esta sesión se pretende explicar a todos aquellos participantes, en qué va a consistir el proyecto, así como la entrega del horario y materiales (bolígrafo, carpeta, folios). Además, el trabajador social se encargará de explicar que, para intervenir será imprescindible pedir turno y respetar al resto de participantes cuando estos estén hablando. Asimismo, se dotará a la sesión de un tiempo dirigido a la resolución de todas aquellas dudas que puedan surgir.

Con ello se busca un primer contacto y relación entre los integrantes, para lo cual resultará necesaria la presencia de trabajador social y de terapeuta ocupacional.

¹⁸ Para ver de manera más detallada las actividades, Ver Anexo VIII.

A.1.1.2. Sesión 2: Rompiendo el hielo.

Cada participante realizará una presentación individual en la que profundizaremos, en la medida en que cada uno desee y considere oportuno, en sus emociones y sentimientos. Esto tendrá el fin de que los participantes se abran y vayan ganando confianza unos con otros.

A.1.2. Establecer las normas de funcionamiento del grupo en la tercera sesión del proyecto, las cuales deberán ser respetadas a lo largo de todo el proyecto.

A.1.2.1. Sesión 3: Desarrollo de normas.

Entre todos los miembros del grupo se establecerán las normas a respetar por todos los integrantes. Cabe destacar que por parte del conductor del grupo se establecerán dos normas, la confidencialidad y la autodeterminación. Estas normas estarán destinadas al adecuado desarrollo de las sesiones posteriores.

Para finalizar esta sesión, se realizará una evaluación de lo que ha acontecido a lo largo de la sección 1, para la cual se utilizará una ficha de evaluación abierta rellena por uno de los dos profesionales. A su vez, se recordará la fecha, hora y lugar del comienzo de la siguiente sección. Cada miembro expresará, en caso de desearlo, su opinión sobre las sesiones anteriores, así como el proyecto en general.

A.2: Enseñar a que los acompañantes reconozcan, comprendan y exterioricen sus emociones y estados de ánimo.



A.2.1. Trabajar y desarrollar habilidades emocionales de los acompañantes a lo largo del segundo mes de trabajo.

A.2.1.1. Sesión 1: ¿Qué siento?

Se trabajará el reconocimiento de las emociones propias en base al cuidado de las personas dependientes para despertar sentimientos positivos respecto a la propia persona.

A.2.1.2. Sesión 2: ¿Por qué siento?

Una vez se han reconocido e identificado las emociones, se trabajará la toma de conciencia individual y colectiva de que sus sentimientos son compartidos con el resto del grupo, lo que facilitará el sentimiento de pertenencia.

A.2.1.3. Sesión 3: ¿Cómo siento?

Se trabajará la manera a través de la cual los usuarios deben expresar esas emociones que les surgen y cómo pedir ayuda, con el fin de no sustituir esas demandas reales relacionadas con los sentimientos y necesidades, tanto propios como del cónyuge, por otras del día a día, como las enfocadas al cuidado "inapropiado" del dependiente.

Para finalizar la sección dos, se realizará una dinámica en la que cada usuario deberá escribir en un papel cómo se ha sentido y, de manera aleatoria y anónima, cada miembro leerá una de ellas. Finalmente se realizará una evaluación semejante a la desarrollada en la sesión A.1.2.1.

A.3: Promover una mayor autonomía funcional entre los acompañantes respecto a las AIVD.



A.3.1. Enseñar a los participantes a desvincularse del cuidado de sus cónyuges a través de sesiones formativas durante las dos primeras sesiones.

A.3.1.1. Sesión 1: TE quiero. ME quiero. Tiempo para mí.

En esta primera sesión se explicará a los participantes la importancia, tanto de cuidar, como de cuidarse a sí mismos, buscando que tomen conciencia de la necesidad de autogestionar una parte del día a día destinada a sí mismos.

A.3.1.2. Sesión 2: No controles mi forma de vivir¹⁹.

En relación con la sesión anterior, se trabajará sobre los prejuicios y estereotipos, tratando de desvincular de ese sentimiento de “abandono del cónyuge” que la mayor parte de los participantes siente en el momento de realizar actividades por separado. Aquellos participantes cuyos cónyuges hayan fallecido, podrán explicar su experiencia personal en cuanto a esta situación cuando el cónyuge vivía, y en la actualidad.

A.3.2. Enseñar a los participantes a desvincularse del cuidado de sus cónyuges mediante la realización de una salida grupal en la tercera parte del proyecto.

A.3.2.1. Sesión 3: Playa o montaña.

El objetivo de esta sesión será que los usuarios comenten sus gustos personales en cuanto a lugar favorito de vacaciones. Posteriormente se tratará el tema del ocio actual, y qué actividades les gustaría realizar para pasar el tiempo libre en el centro.

Posteriormente se comentará la futura realización de una excursión exclusiva para acompañantes, proponiendo tres lugares, así como tres fechas concretas, y procediendo a realizar una votación, explicando que se acudirá al más votado de ellos.

A.3.2.2. Sesión 4: Una vida en la mochila.

Consistirá en la salida al lugar más votado, los tres grupos de trabajo conjuntamente, con el fin de que se creen vínculos y se fortalezcan los lazos entre estos, fomentando que el día a día sea más dinámico. Posteriormente se realizará la correspondiente evaluación y una puesta en común de los sentimientos vividos en esta experiencia. Se pondrá, así, fin a la sección.

¹⁹ Para ver de forma más detallada la actividad, ver Anexo IX.

A.4: Impulsar y fortalecer las habilidades orientadas a la autonomía emocional y autorrealización personal.



A.4.1. Compartir experiencias de las labores cotidianas entre los acompañantes mediante actividades de voluntariado desarrolladas en el centro durante el cuarto y último mes de vida del proyecto.

A.4.1.1. Sesión 1: Mi autonomía y YO.

Esta primera sesión se destinará para hacer una autoevaluación sobre las secciones y sesiones anteriores, tratando de indagar sobre los sentimientos y emociones encontrados en relación a su individualidad, así como sobre los cambios, en caso de haberlos, que han sentido en sus vidas o en su día a día.

A.4.1.2. Sesión 2: Soy útil²⁰.

Junto con los auxiliares interesados de manera voluntaria, se propondrá una actividad semanal (un día a la semana concretado con estos), en que se permita a los acompañantes ayudar en labores como lavandería, decoración de zonas comunes, acondicionamiento del comedor en horario de comida, así como el mantenimiento de determinadas plantas existentes en zonas verdes de la residencia. Estas actividades se realizarán de forma rotatoria semanal, con el fin de evitar la monotonía en las tareas. Por último, puesta en común sobre las experiencias y vivencias, comentando que la próxima sesión será la última.

A.4.1.3. Sesión 3: Somos útiles.

Para realizar esta actividad se contará con voluntarios, los cuales se podrán inscribir en las hojas ubicadas en el centro, para dicho propósito, desde la primera semana de enero de 2018.

En cuanto a la sesión, en primer lugar se realizará una presentación de los voluntarios externos, así como de los participantes, con el fin de que comiencen a conocerse y relacionarse. Tras ello, se continuará comentando las actividades semanales propuestas en la Sesión 2, donde los participantes explicarán al voluntariado las actividades que deben llevar a cabo conjuntamente. El voluntariado se mantendrá fijo en las actividades, con el fin de que controlen los espacios y tiempos de manera eficaz y segura.

Por último, se comentará que la realización de dichas actividades semanales seguirá desarrollándose, junto con los voluntarios, pero sin el personal profesional. Este seguirá supervisando, pero de manera puntual, y resolviendo todas aquellas dudas que puedan ir surgiendo durante la convivencia. Finalmente, se entregará un cuestionario de satisfacción²¹, destinado a la evaluación del proyecto desarrollado en el “apartado 3.9.”

²⁰ Esta actividad no suplantarán ni influirán en la labor de la plantilla, sino que servirá de estimulación para los acompañantes. Propuesta realizada por el equipo de terapia ocupacional del centro Elías Martínez Santiago.

²¹ Ver Anexo X.

3. 5. Metodología:

A la hora de afrontar un problema, desde el Trabajo Social se puede hacer uso de diferentes métodos para su resolución. Estos pueden presentar un enfoque destinado al trabajo individualizado, de trabajo en grupo o enfocado al ámbito comunitario. En nuestro caso, vamos a optar por la realización de un trabajo en grupo.

Cuando hablamos del método, nos referimos al “procedimiento lógico, rigurosamente planeado y diseñado que se establece para descubrir las formas de existencia de los procesos objetivos de la realidad; desentrañar sus conexiones internas, generalizar y profundizar en su conocimiento y demostrando con rigor racional; así como incidir en su desarrollo” (Mendoza, 2004, p. 224).

Sin embargo, si el método es proceso, la metodología es entendida, siguiendo a De Robertis (2006), como la forma de realizar algún cambio en la población que va a ser atendida.

Para poner en marcha un proyecto, es necesario conocer el problema principal de la población a la que vamos a atender. Por eso es conveniente realizar un diagnóstico social, entendido como “un proceso de elaboración y sistematización de información que implica conocer y comprender los problemas y necesidades dentro de un contexto determinado, sus causas y evolución a lo largo del tiempo, así como los factores condicionantes y de riesgo y de sus tendencias” (Aguilar y Ander-Egg, 1999, p. 31).

La realización del diagnóstico, nos permitirá, tanto identificar los problemas, como los recursos y medios necesarios, favoreciendo el desarrollo de una correcta línea de actuación a lo largo de la intervención.

El proyecto va a ser sostenido por dos pilares principales. Por un lado, el profesional, y por otro, el grupo. La correcta interacción entre ambos, posibilitará el cambio deseado en la concepción del cuidado, así como su proceso y el rol de acompañante.

Ambos pilares son importantes, ya que sin uno de los dos no es posible realizar el proyecto. La labor del profesional va a ser imprescindible durante todo el proceso de cambio, pues es este quien dispone de las aptitudes necesarias para modificar la vida de los acompañantes.

Para la puesta en marcha de nuestro proyecto, vamos a centrarnos en el rol que desempeña el trabajador social cuya labor constará de dos funciones. Por un lado, la labor formativa e informativa del contenido de las sesiones y del proyecto. Por otro lado, participará en estas fomentando un ambiente estable y confortable que favorezca la participación de todos aquellos asistentes a las sesiones. Además deberá observar aquellos aspectos que, a nivel social y emocional, se desarrollen dentro del grupo interviniendo y mediando siempre que la situación lo requiera.

Todo ello irá destinado a mantener el aura de convivencia positiva desarrollado durante los meses en los que se desenvuelve dicho proyecto, tras la finalización de este.

3. 6. Temporalidad y cronograma:

La fundamentación y el diseño del proyecto se realizaron desde febrero de 2017 hasta septiembre de 2017, siendo un total de ocho meses de trabajo.

A su vez, el proyecto desarrollado será puesto en marcha en el transcurso del mes de enero de 2018 hasta el mes de abril de 2018, es decir, a lo largo de un periodo de tiempo de cuatro meses.

En cada mes se realizarán las diferentes actividades propuestas, cuya distribución se refleja en la posterior tabla, realizando una sesión a la semana. Las actividades se marcarán con el fin de dar respuesta a los objetivos planteados para la consecución del proyecto, llegando a completar un total de trece sesiones.

Tabla 6. Cronograma.

TIEMPO ACTIVIDAD	2017												2018																
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Enero				Febrero				Marzo				Abril				
													1/7	8/14	15/21	22/28	29/4	5/11	12/18	19/25	26/4	5/11	12/18	19/25	26/1	2/8			
Diseño del proyecto																													
Puesta en marcha del proyecto																													
A.1.1.1.																													
A.1.1.2.																													
A.1.2.1.																													
A.2.1.1.																													
A.2.1.2.																													
A.2.1.3.																													
A.3.1.1.																													
A.3.1.2.																													
A.3.2.1.																													
A.3.2.2.																													
A.4.1.1.																													
A.4.1.2.																													
A.4.1.3.																													

Fuente: Elaboración propia.

3. 7. Recursos:

Recursos humanos:

- Trabajador social: junto con el terapeuta ocupacional y el psicólogo, será el profesional de referencia durante el proyecto. Tendrá la labor de mediar, organizar y coordinar las sesiones, así como la de evaluar el proyecto.
- Terapeuta ocupacional: junto con el trabajador social y el psicólogo, será el profesional de referencia durante el proyecto, y desempeñará labores semejantes a las del resto de profesionales.
- Psicólogo: junto con el trabajador social y el terapeuta ocupacional, será el profesional de referencia durante el proyecto, y desempeñará labores semejantes a las del resto de profesionales.
- Equipo de auxiliares: Se contará con ellos para realizar las actividades de voluntariado dentro del centro. Asimismo, uno de ellos se contratará para la realización del proyecto.
- Voluntarios: se contará con voluntarios, tanto internos como externos a la residencia, que quieran comentar historias vividas semejantes que puedan ayudar a los participantes, así como ayudar a los profesionales el día de la salida y en las sesiones de voluntariado propuestas en la sesión número 3 de la sección 4. Respecto a los voluntarios externos, al principio del proyecto se proporcionará información a través de carteles informativos, que estarán repartidos por la residencia con el fin de que todas las familias y trabajadores sean conscientes y se animen a participar.

Recursos materiales:

- Se contará con las salas de terapia ocupacional de la residencia Elías Martínez Santiago.
- Material técnico como sillas, mesas...
- Materiales que se le proporcionarán para llevar a cabo las sesiones (carpetas, bolígrafos, folios, carteles...).

Recursos económicos:

Es un proyecto que ha sido diseñado y llevado a cabo por un grupo de tres alumnos de trabajo social de la Universidad de Zaragoza.

Se contará con una financiación de 2.000€, obtenida por parte de la entidad bancaria Obra Social Ibercaja, así como por las ayudas económicas procedentes del Ayuntamiento, a través de un proyecto de innovación.

3. 8. Presupuesto:

Tabla 7. Coste de personal.

COSTE DE PERSONAL										
Profesionales	Horas trabajadas al mes	Horas extra totales	Seguridad social	Total/hora	€/hora extra	Total/mes	Meses trabajados	Salario bruto	Salario neto	Salario neto + hora extra
Trabajador Social	24	6	15%	12 €	15 €	288 €	4 meses y una semana	936 €	795,60 €	885,60 €
Psicólogo	15	6	15%	12 €	15 €	180 €	2	360 €	306 €	396 €
Terapeuta Ocupacional	15	6	15%	12 €	15 €	180 €	2	360 €	306 €	396 €
Auxiliares	6	-	15%	10 €	-	60 €	1	60 €	51 €	-
Total								1.707 €	1.458,60 €	1.677,60 €

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 8. Material y equipos.

MATERIAL Y EQUIPOS			
Concepto	Unidades	Coste por unidad	Total
Carpetas	16	0,20 €	3,20 €
Fotocopias	50	0,05 €	2,50 €
Bolígrafos	20	0,40 €	8,00 €
Pack de folios (DIN A4)	1	2,00 €	2,00 €
Cartulinas	30	0,10 €	3,00 €
Rotuladores pizarra	4	0,80 €	3,20 €
Borrador	1	2,77 €	2,77 €
Pizarra	1	25,75 €	25,75 €
Carteles informativos (DIN A3)	10	0,08 €	0,80 €
Transporte urbano trabajadores	8	1,35 €	10,80 €
Ágape (bocadillo + zumo)	22	2,73 €	60,06 €
Gastos imprevistos	-	-	200 €
Total		36,23 €	322,08 €

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 9. Excedentes.

Financiación	2.000 €
Total gastos	1.999,68 €
Excedente	0,32 €

Fuente: Elaboración propia.

Para la realización del presupuesto se ha tenido en cuenta, en un primer momento, el total de los recursos humanos y materiales.

Posteriormente, se ha realizado una distribución de las horas invertidas por cada profesional, para la consecución de los objetivos y una adecuada viabilidad del proyecto.

Cada profesional va a invertir un tiempo diferente en la participación del proyecto, debido a su intervención en las sesiones formativas de manera alternativa. A continuación se va a proceder a desglosar las horas invertidas por cada uno.

Trabajador social: será el único profesional que participará en todas las actividades a lo largo de todo el proyecto. Va a trabajar un total de 24 horas mensuales, divididas en tres sesiones semanales de dos horas cada una, correspondientes a los tres grupos de trabajo. El tiempo total destinado al proyecto será de trece semanas, con lo cual recibirá un salario neto de 795,60€. Este se desglosa en 12€/hora trabajada. A esto hay que sumar las seis horas extra, las cuales tienen una remuneración de 15€/hora extra. El salario total neto de este profesional asciende a 885,6€.

Terapeuta ocupacional: realizará un total de quince intervenciones, correspondientes a treinta horas de trabajo, cuya remuneración asciende a un total de 396,00€, en las cuales se encuentran incluidas las horas extras, la cuales se retribuyen en la misma cantidad que las del trabajador social.

Psicólogo: en el caso de este profesional, seguirá el mismo número de intervenciones que el terapeuta ocupacional, por lo que el salario a recibir será el mismo, es decir, 396,00€.

Auxiliar: este profesional, participará únicamente en un mes del desarrollo del proyecto, concretamente en el último. En un total de una sesión de 6 horas en la que participarán los tres grupos. Recibirá un salario de 10€/hora, lo que sumará un total de 51€.

En un inicio se estimó un gasto del proyecto de 2.000€. Una vez calculado el gasto real, uniendo todos los recursos necesarios, sale un total de 1.999,68€, obteniendo un excedente de 0,32€.

Con estos resultados, se puede hacer una valoración económicamente positiva de la intervención del proyecto catalogándolo como viable. Asimismo, como se observa la inversión no es elevada, y sus resultados son muy positivos para la población a la que está destinada.

Este proyecto se va a enfocar a modo de prueba en la residencia Elías Martínez Santiago, durante los meses descritos, con posibilidad de adaptarlo y derivarlo, posteriormente, a otras residencias que requieran de intervención con estos usuarios.

3. 9. Evaluación:

Una evaluación es un “un proceso integral de observación, medida, análisis e interpretación, encaminado al conocimiento de una intervención –norma, programa, plan o política- que permita alcanzar un juicio valorativo y basado en evidencias respecto a su diseño, puesta en práctica, resultados e impactos²²” (AEVAL, 2010, p. 13).

Siguiendo a Feinstein (2007) la evaluación presenta dos propósitos. Por un lado, la extracción de lecciones para perfeccionar la elaboración de posteriores diseños. Por otro lado, ofrecer un análisis de aquellos recursos utilizados a los colaboradores del proyecto con el fin de que sean conscientes de la parte invertida y utilizada.

Se contará con dos tipos de indicadores. Unos estudiarán los aspectos anteriores al proyecto, y otros se centrarán en los aspectos posteriores al proyecto, con el fin de medir el resultado de cada uno de los objetivos propuestos. Asimismo, estos serán realizados y evaluados por los profesionales encargados de la realización de las sesiones.

A través de un cuestionario de evaluación se medirá el nivel de satisfacción de los participantes²³.

²² <http://www.aeval.es/es/index.html>

²³ Ver Anexo X.

Tabla 10. Indicadores de Evaluación.

OBJETIVO SOMETIDO A EVALUACIÓN	INDICADORES ANTES DEL PROYECTO	INDICADORES DESPUÉS DEL PROYECTO
Proporcionar la ayuda e información/atención necesaria durante su estancia en el centro residencial y resolver las cuestiones relacionadas al nuevo rol de cuidador.	<ul style="list-style-type: none"> Número total de acompañantes implicados en el proyecto. Número de asistentes.²⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de asistentes a las sesiones. Grado de satisfacción. Grado de comprensión de la información.
Enseñar a reconocer, comprender y mostrar emociones.	<ul style="list-style-type: none"> Número de asistentes. Número de profesionales implicados. 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de asistentes a las sesiones. Grado de satisfacción. Grado de comprensión de la información. Grado de implicación de los profesionales.
Promover de mayor autonomía en el día a día.	<ul style="list-style-type: none"> Número de personas que realizan la actividad de la salida. Número de asistentes. Número de profesionales que participan en las sesiones. 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de asistentes a las sesiones. Grado de satisfacción. Grado de comprensión de la información. Grado de satisfacción específica de la salida. Grado de implicación de los profesionales.
Mantener y fortalecer aquellas habilidades relacionadas con la autonomía y autorrealización.	<ul style="list-style-type: none"> Número de asistentes. Número de voluntarios asistentes. Número de profesionales voluntarios. 	<ul style="list-style-type: none"> Calidad del servicio de voluntariado. Grado de implicación en el voluntariado. Grado de satisfacción. Grado de implicación de los profesionales.

Fuente: Elaboración propia.

²⁴ Debido al reducido número de integrantes en cada grupo, el profesional será el encargado de contabilizar la asistencia de los miembros, en todas las sesiones.

BIBLIOGRAFÍA:

- Abreu, M. (2001). Síndrome del "cuidador" en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica. *Rev. Cubana Enfermer*, 1(2), 107-111. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v17n2/enf07201.pdf>
- Agencia de Evaluación y Calidad (2010). *Fundamentos de evaluación de políticas públicas*. Madrid: Ministerio de Política Territorial y Administración Pública. Disponible en: <http://www.aeval.es/es/index.html>
- Aguilar Idáñez, M.J. y Ander-Egg, E. (1999). *Diagnóstico social. Conceptos y metodología*. Buenos Aires: Lumen.
- Alemán-Bracho, C. (2010). *Dependencia y Servicios Sociales*. Navarra: Thomson Reuters.
- Artaza-Artabe, I. y Ramos Cordero, P. (2016). *Estudio de investigación sociosanitaria sobre cuidadores de personas mayores dependientes*. Madrid: IMC.
- Baena Paz, G. (1985). *Manual para elaborar trabajos de investigación documental*. México: Mexicanos Unidos.
- Consejo de Europa (2015). *Ayudas Técnicas para la accesibilidad, autonomía y superación*. Disponible en: <http://dependenciaweb.com/la-dependencia/>
- Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: McGRAW-HILL.
- De Robertis, C. (2006). *Metodología de la intervención en trabajo social*. Buenos Aires: Lumen.
- Decreto 143/2011, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón, núm. 127, de 30 de junio de 2011. Gobierno de España.
- Decreto 186/2010, del régimen jurídico de los centros y servicios especializados para la atención a las personas mayores en la red pública de Castilla-La Mancha y del procedimiento de acceso a los mismos, núm. 141, de 20 de julio de 2010. Gobierno de España.
- Feinstein, O. (2007). Evaluación pragmática de políticas públicas. *Información Comercial Española*, 836, 19-31. Madrid: ICE. Disponible en: http://www.revistasice.com/CachePDF/ICE_836_1931_0B24D3C2A65D74BACC7ADCC22F6A471E.pdf
- Garro-Gil, N. (2013). El aislamiento de las personas mayores y la familia cuidadora como nueva patología social relacional. En: A. Muñoz Fernández [coord.]. *El cuidado de las personas dependientes ante la crisis del estado de bienestar* (pp. 311-326). Valencia: Tirant Humanidades.

- Gobierno de Aragón (2003). *Información para usuarios de residencias para mayores*. Disponible en: http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/CiudadaniaDerechosSociales/Documentos/INFORMACION_USUARIOS_RESIDENCIAS_MAYORES.pdf
- Las Heras, M.P. y Cortajarena, E. (2014). *Introducción al Bienestar Social. El libro de las casitas*. España: Consejo General de Trabajo Social.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, núm. 299, de 15 de diciembre de 2006. Gobierno de España.
- Marcos-Tortajada, P. (2011). *El trabajo social en residencias para personas mayores dependientes. De la burocracia a la empatía*. Valencia: TSNOVA.
- Martín-García, M. (2003). *Trabajo social en gerontología*. Madrid: Síntesis.
- Mendoza, M.C. (2004). Metodología y trabajo social. En: M. Sánchez Rosado [coord.]. *Manual de trabajo social* (pp. 223-235). México: Plaza y Valdes Editores.
- Orden de 16 de abril de 2015, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, por la que se regula el régimen de acceso y adjudicación de plazas de servicios de estancia diurna asistencial, estancia diurna ocupacional y alojamiento, ofertados por el Gobierno de Aragón, núm. 113. Gobierno de España.
- Pollo, R. (2009). *Apoyo en la organización de intervenciones en el ámbito institucional*. Vigo: Ideaspropias Editorial.
- Rodríguez Rodríguez, P. (2006). El apoyo informal y su complementariedad con los recursos formales. En: R. Puyol y A. Abellán [coord.]. *Envejecimiento y Dependencia: una mirada al panorama futuro de la población española* (pp. 148-168). Madrid: Mondial Assistance.
- Rodríguez Rodríguez, P. (2014a). La atención integral y centrada en la persona. Bases y principales referentes. En: P. Rodríguez Rodríguez y A. Vilà i Mancebo [coord.]. *Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona. Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad* (pp. 91-112). Madrid: Tecnos.
- Rodríguez Rodríguez, P. (2014b). Conceptualización del modelo de atención integral y centrada en la persona. En: P. Rodríguez Rodríguez y A. Vilà i Mancebo [coord.]. *Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona. Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad* (pp. 113-121). Madrid: Tecnos.
- Rogero-García, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista Española de Salud Pública*, 83(3), 393-405.
- Rogero-García, J. (2010). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: IMSERSO.

- Rogero-García, J. (2011). El tiempo de cuidado familiar a mayores dependientes en España: entre la donación y la expropiación del tiempo. *Zerbitzuan*, 49, 29-38.
- Romero-Ayuso, D.M. (2007). Actividades de la vida diaria. *Anales de Psicología. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 23(2), 264-271. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16723213>
- Ruiz-Robledillo, N. y Moya-Albiol, L. (2012). El cuidado informal: una visión actual. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 1, 22-30. Disponible en: http://reme.uji.es/reme/3-albiol_pp_22-30.pdf
- Sancho Castiello, M. y Díaz Martín, R. (2006). La oferta de servicios sociales. El impacto de la futura Ley de Dependencia. En: R. Puyol y A. Abellán [coord.]. *Envejecimiento y Dependencia: una mirada al panorama futuro de la población española* (pp. 202-219). Madrid: Mondial Assistance.
- Spijker, J. y Zueras, P. (2016). *El cuidado a los mayores en un contexto de envejecimiento y cambio social, político y económico*. Madrid: Panorama Social.
- Zarazaga, R. et al. (2009). *Guía de acceso a los centros de atención a personas mayores*. Gobierno de Aragón, Departamento de salud y consumo.

ANEXOS:

ANEXO I - GLOSARIO DE TÉRMINOS

Acompañante de persona dependiente en centro residencial: “cónyuge o persona con una relación análoga a la conyugal (...), siempre que haya cumplido los 60 años. (...) pariente por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado (...), y convivan y dependan del solicitante de plaza en el Centro, y no hubieran obtenido otros recursos sociales más adecuados” (Zarazaga et al., 2009, p. 10).

Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): “tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas” (Ley 39/2006, 2006, p. 5).

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD): “están ligadas al entorno (...), son un medio para obtener o realizar otra acción, suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz e implican la interacción con el medio, tales como utilizar distintos sistemas de comunicación, escribir, hablar por teléfono, movilidad comunitaria (conducir, uso de medios de transporte), mantenimiento de la propia salud, manejo de dinero, realización de compras, establecimiento y cuidado del hogar, cuidar de otro, uso de procedimientos de seguridad y respuesta ante emergencias” (Romero, 2007, p. 268).

Autonomía: “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” (Ley 39/2006, 2006, p. 5).

Cuidado informal: “la prestación de cuidados de salud a personas dependientes por parte de familiares, amigos u otras personas de la red social inmediata, que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen” (Ruiz-Robledillo y Moya-Albiol, 2012, p. 23).

Cuidado Profesional: aquel prestado “por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro” (Ley 39/2006, 2006, p. 5).

Cuidado o atención centrada en la persona (ACP): “es la que promueve las condiciones necesarias para la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de las personas, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias, y contando con su participación efectiva” (Rodríguez, 2014b, p. 120).

Dependencia: “estado de carácter permanente que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, 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” (Ley 39/2006, 2006, p. 5).

Recurso: “los recursos sociales son los medios humanos, materiales, técnicos, financieros, institucionales... de que se dota a sí misma una sociedad, para subvenir a las necesidades de sus individuos, grupos, y comunidades, en cuanto integrantes de ella. Es el concepto correlativo a necesidades. La condición de sociales adviene a los recursos, no porque su uso sea colectivo, lo cual ciertamente no ocurre en el caso de ciertas prestaciones (...), sino porque su función cumple un objetivo social y no particular” (Las Heras y Cortajarena, 2014, p. 25).

Síndrome Del Cuidador: “este síndrome se caracteriza por la existencia de un cuadro plurisintomático, que afecta a todas las esferas de la persona, con repercusiones médicas, sociales, económicas, y otras que pueden llevar al "cuidador" a tal grado de frustración que claudique en sus labores de cuidado” (Abreu, 2001, p. 108).

ANEXO II - MAPA DE LA ZONA



Fuente: Heraldo de Aragón.

ANEXO III - FICHA DE OBSERVACIÓN

FICHA DE OBSERVACIÓN N°:		DATOS IDENTIFICATIVOS
Lugar: Fecha: Duración: Tipo de registros alternativos: Observador / participantes: Otros:		
OBJETIVOS DE LA OBSERVACIÓN:		
LO OBSERVADO:	DESCRIPCIÓN/REGISTRO:	
Otras observaciones:		
DESTACADO/CONCLUSIONES:		

ANEXO IV - CONSENTIMIENTO DE LAS ENTREVISTAS

Consentimiento:

Estimado entrevistado/a, desde la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Zaragoza se va a realizar el estudio y el consiguiente proyecto sobre "ACOMPAÑANTES AUTÓNOMOS EN RESIDENCIA".

Toda la información que usted nos proporcione no se divulgará, según lo señalado en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, siendo todos los datos confidenciales.

La información facilitada por usted se utilizará únicamente en la investigación, donde no aparecerá ningún dato personal, ni otro tipo de información que le pueda identificar.

Muchas gracias por su colaboración.

Zaragoza, ___ de _____ de 2017

Firmado:

ANEXO V - GUIÓN DE ENTREVISTAS**ENTREVISTA ACOMPAÑANTE:****VARIABLE SOCIODEMOGRAFICAS:**

	ACOMPAÑANTE	DEPENDIENTE
Nombre		
Edad		
Sexo		
Nº de hijos		
Estado civil		
Nivel de estudios		
Ocupación		

Dependiente presente durante la entrevista	Sí	No
--	----	----

CARACTERISTICAS BASICAS:

	ACOMPAÑANTE	DEPENDIENTE
Fecha de ingreso		
Grado de dependencia		
Tipo de enfermedad		
Estado de salud		
Composición del hogar*		

*Unipersonal / Monoparental (con un sólo padre) /Horizontal (con amigos o hermanos)/ Completo (padre-madre-hermanos) / Hogar familiar propio.

CUIDADOS REALIZADOS ANTES Y DESPUÉS DEL INGRESO

	ANTES	DESPUÉS
Cuidador principal/limitación*		
Redes de apoyo		
Tiempo invertido al día		
Periodo de tiempo		

*Contestar si/no (ANTES) limitación (DESPUÉS)

CONDICIONES DE VIDA ANTERIORES AL INGRESO:

	ACOMPAÑANTE
Dónde	
Con quién	
Primer centro residencial	
Causa del traslado (si la hubiera)	

MOTIVACIÓN:

	ACOMPAÑANTE
Por qué el ingreso	
Quién tomó la decisión	
Apoyos familiares	

ADAPTACIÓN AL INGRESO EN LA RESIDENCIA:

	ACOMPAÑANTE
Día a día	
Satisfacción	
Valoración del cuidado*	
Actividades a realizar	
Cambios en las actividades a realizar	

*del dependiente y el acompañante

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

- ¿Cuántos años tiene?
- ¿Tiene hijos?
- ¿Está casado?
- ¿Tiene estudios?
- ¿De qué ha trabajado?

CONDICIONES DE VIDA ANTERIORES AL INGRESO

- ¿Dónde vivían ambos? (Ciudad, pueblo, casa, apartamento, barrio...)
- ¿Con quién vivían?
- ¿Este es el primer centro residencial en el que está o ha estado anteriormente en otros?
- ¿Qué aspectos eran los que más te preocupan antes de ingresar a la residencia? De algún modo, ¿sigue teniendo esa preocupación?

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS

- ¿Desde cuándo está en el centro?
- ¿Es usted dependiente? En caso afirmativo,
 - o ¿Qué grado tiene?
 - o ¿En qué punto del proceso se encuentra su solicitud de la dependencia? (ha presentado solicitud/ ha sido valorado....)
- ¿Su cónyuge que tipo de enfermedad tiene? (Alzheimer, demencia...) ¿y algún problema de salud?
- ¿Usted tiene algún problema de salud?
- ¿Qué le gustaba hacer en su tiempo libre antes de entrar en el centro? ¿Compartía las aficiones con su pareja?

CUIDADOS REALIZADOS ANTES Y DESPUÉS DEL INGRESO:

- ¿Ha sido usted el cuidador principal de su cónyuge?
- ¿Desde cuándo lleva cuidando a su cónyuge?
- ¿Contaba con alguien para realizar los cuidados de su cónyuge? ¿Quién? (en caso afirmativo de manera interina o parcial)
- ¿Qué cuidados le proporcionaba a su cónyuge antes de entrar a la residencia?
- Y ahora, ¿Qué actividades de cuidado sigue realizando y cuáles no?
- ¿Ha notado alguna diferencia en el cuidado que usted proporcionaba una vez ingresó en la residencia?

MOTIVACIÓN:

- ¿Por qué decidió ingresar a su cónyuge?
- ¿Cómo fue la decisión de acompañarle en el ingreso?
- ¿Quién tomó la decisión?
- ¿Cómo vio su familia que ingresara su cónyuge en el centro?
- ¿Cómo vio su familia que usted ingresara también?

ADAPTACIÓN AL INGRESO EN LA RESIDENCIA:

- ¿Cómo es su día a día? (Desde que se despierta hasta que se acuesta.... Actividades que hacen juntos...) (preguntar sobre cada momento del día, después de desayunar, después de comer, en la tarde....)
- ¿Qué tipo de actividades realiza en el centro y con quién?
- ¿Está contento con los cuidados que se les proporciona a su cónyuge y a usted?
- ¿Cree que hay algo que se podría mejorar en cuanto al trato que recibe usted? y ¿su cónyuge?
- ¿Echa en falta alguna labor que realizaba antes de ingresar y que ahora no realiza?
- ¿Qué tipo de actividades le gustaría poder hacer aquí?
- ¿Cuántas veces ha hablado con su familia o amigos esta última semana?
- ¿Ve a sus familiares tanto como quisiera?
- Cuando tiene algún problema, ¿a quién acude?
- ¿Cómo es su relación con los profesionales del centro? ¿Y con sus compañeros?

ENTREVISTA A PROFESIONALES:

Puesto	
Experiencia en la residencia	
Papel que realiza en relación con el acompañante (actividades...)	
Grado de autonomía	
Necesidades demandas	
Necesidades observadas	
Relación profesional/usuario	
Relación entre usuarios	

- ¿Qué puesto ocupa en la residencia?
- ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en la residencia?
- ¿Cuál es su labor con los acompañantes de los dependientes?
- ¿Cómo es su relación con este perfil de usuarios?
- ¿Cuáles son las principales demandas de este perfil de población?
- ¿Cuáles son las necesidades principales que observas?
- ¿Cuál es su percepción en cuanto a la relación que mantienen los acompañantes entre sí?

TRABAJO SOCIAL:

- ¿En qué año se le reconoció el grado de dependencia? (en caso de que el acompañante no lo supiera) (se preguntará el grado del dependiente y del acompañante en caso de tenerlo)
- ¿Cómo es la relación con el núcleo familiar?
- ¿Existen talleres o programas enfocados a entender el nuevo cuidado que deben realizar los autónomos?
- ¿Cómo son los programas?
- Desde este departamento, ¿cómo se trabaja la adaptación al centro? ¿Se utilizan escalas de valoración social? ¿Cuáles?
- ¿Qué programas se podrían desarrollar para el cuidado y la atención de este perfil poblacional?

PSICÓLOGO:

- ¿Cómo puede afectar al deterioro cognitivo que una personas autónoma se encuentre en un centro residencial?
- ¿Qué taller se realizan para mantener el nivel cognitivo de este perfil de población?
- ¿Cree que se podría poner en marcha otros talleres para mantener el nivel cognitivo?

TERAPIA OCUPACIONAL:

- ¿Qué taller se realizan para mantener la autonomía de este perfil de población?
- ¿Cree que se podría poner en marcha otros talleres para mantener la autonomía?
- ¿Cómo es el nivel de implicación de este perfil?

ENFERMERÍA:

- ¿Cuáles son los cuidados principales que requiere este sector de población?
- ¿Son diferentes los cuidados proporcionados a las personas autónomas de las no autónomas?
- ¿Cómo es la evolución de la salud de este perfil de población desde el ingreso hasta la actualidad?

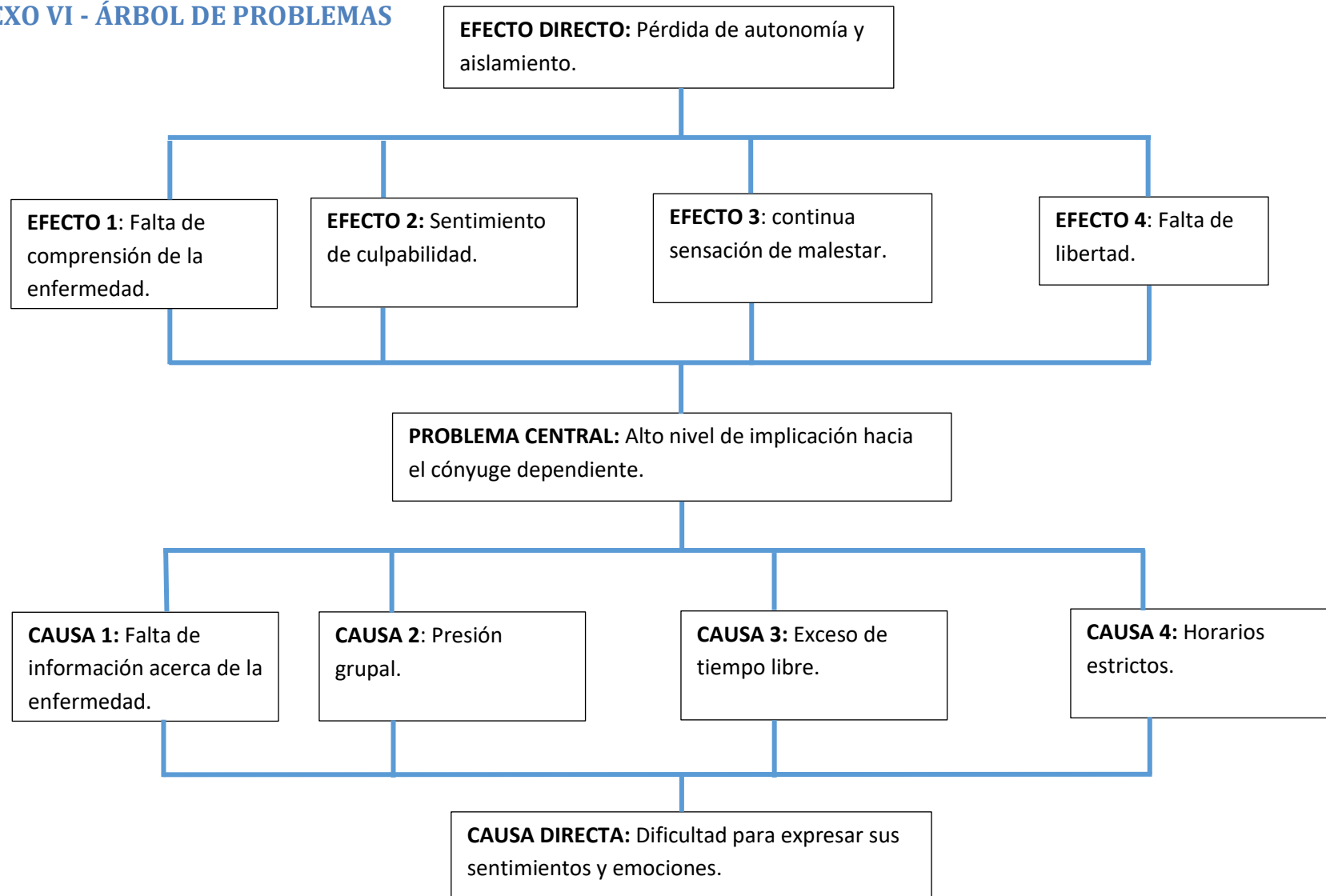
AUXILIARES:

- ¿Cómo es la relación con este perfil?
- ¿Ha tenido alguna vez algún conflicto con este sector de la población?
- ¿Las quejas van enfocadas a su propia persona o a la de su cónyuge?

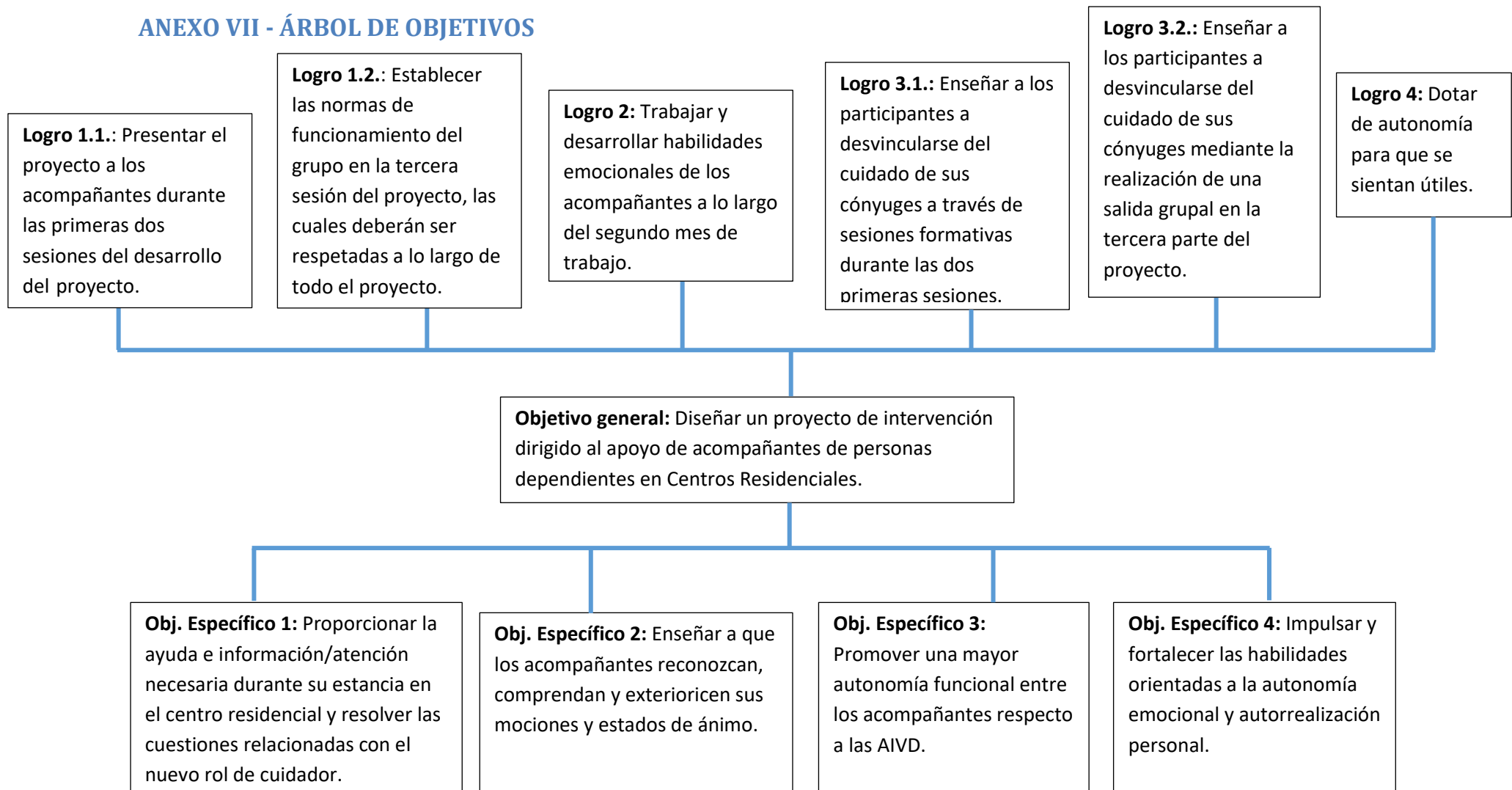
FISIOTERAPIA:

- ¿Qué actividades o ejercicios se realizan para mantener la autonomía de estas personas?
- ¿Cuál es el nivel de implicación de este sector?
- ¿Echa en falta algún taller o actividad para trabajar con autónomos?

ANEXO VI - ÁRBOL DE PROBLEMAS



ANEXO VII - ÁRBOL DE OBJETIVOS



ANEXO VIII - FICHA DE ACTIVIDADES

Introducción sobre el proyecto	
Duración	Dos horas por sesión.
Profesionales	Trabajador Social.
Recursos necesarios	Documentos en los que se encuentra la información global del proyecto a modo de resumen. Material de papelería (folios, bolígrafos, carpeta). La sala de terapia amueblada con sillas y mesas.
Temporalización	Semana del 8 al 14 de enero 2018.

Rompiendo el hielo	
Duración	Dos horas por sesión.
Profesionales	Trabajador Social.
Recursos necesarios	La sala de terapia amueblada con sillas y mesas (Los asistentes tendrán que acudir con la carpeta proporcionada en la primera sesión por si fuera necesario apuntar algún aspecto de la sesión).
Temporalización	Semana del 15 al 21 de enero 2018.

Desarrollo de normas	
Duración	Dos horas por sesión.
Profesionales	Trabajador Social.
Recursos necesarios	La sala de terapia amueblada con sillas y mesas. Pizarra con rotulador y borrador para apuntar las normas que se propongan. La carpeta individual de cada usuario.
Temporalización	Semana 22 al 28 de enero 2018.

¿Qué siento?	
Duración	Dos horas por sesión.
Profesionales	Trabajador Social y Psicólogo.
Recursos necesarios	La sala de terapia amueblada con sillas y mesas. Pizarra, rotulador y borrador para exponer los sentimientos sobre los que se van a trabajar. Carpeta individual de cada usuario.
Temporalización	Semana 29 de enero al 4 de febrero 2018.

¿Por qué siento?	
Duración	Dos horas por sesión.
Profesionales	Trabajador Social y Psicólogo.
Recursos necesarios	La sala de terapia amueblada con sillas y mesas. Pizarra, rotulador y borrador para exponer los sentimientos sobre los que se van a trabajar. La carpeta individual de cada usuario.
Temporalización	Semana 5 al 11 de febrero 2018.

¿Cómo siento?	
Duración	Dos horas por sesión.
Profesionales	Trabajador Social y Psicólogo.
Recursos necesarios	La sala de terapia amueblada con sillas y mesas. Pizarra, rotulador y borrador para exponer los sentimientos sobre los que se van a trabajar. La carpeta individual de cada usuario.
Temporalización	Semana 12 al 18 de febrero 2018.

Te quiero. Me quiero. Tiempo para mí	
Duración	Dos horas por sesión.
Profesionales	Trabajador Social y Terapeuta ocupacional.
Recursos necesarios	La sala de terapia amueblada con sillas y mesas. Pizarra, rotulador y borrador para exponer los aspectos sobre la vida autónoma. La carpeta individual de cada usuario.
Temporalización	Semana 19 al 25 de febrero 2018.

No controles mi forma de vivir	
Duración	Dos horas por sesión.
Profesionales	Trabajador Social y Terapeuta ocupacional.
Recursos necesarios	La sala de terapia amueblada con sillas y mesas. Pizarra, rotulador y borrador para exponer los aspectos sobre la vida autónoma. La carpeta individual de cada usuario.
Temporalización	Semana 26 de febrero al 4 de marzo 2018.

Playa o Montaña	
Duración	Dos horas por sesión.
Profesionales	Trabajador Social y Terapeuta ocupacional.
Recursos necesarios	La sala de terapia amueblada con sillas y mesas. Pizarra, rotulador y borrador para exponer los lugares, horario, fecha que se proponen y se hablan desde el grupo y apuntar los votos. La carpeta individual de cada usuario.
Temporalización	Semana 5 al 11 de marzo 2018.

Una vida en la mochila	
Duración	Todo el día (8h).
Profesionales	Trabajador Social, Terapeuta ocupacional, psicólogo y voluntarios.
Recursos necesarios	La sala de terapia amueblada con sillas y mesas. Pequeño ágape al servicio de la residencia, con libertad de que cada usuario lleve lo que le apetezca.
Temporalización	Semana 12 al 18 de marzo 2018.

Mi autonomía y yo	
Duración	Dos horas por sesión.
Profesionales	Trabajador Social.
Recursos necesarios	La sala de terapia amueblada con sillas y mesas. La carpeta individual de cada usuario.
Temporalización	Semana 19 al 25 de marzo 2018.

Soy útil	
Duración	Dos horas por sesión.
Profesionales	Trabajador Social, Terapeuta ocupacional, Voluntarios y Auxiliares.
Recursos necesarios	Espacios reservados para la realización de las actividades de voluntariado y ayuda a la residencia (comedor, lavandería y zonas verdes).
Temporalización	Semana 26 de marzo al 1 de abril 2018.

Somos útiles	
Duración	Dos horas por sesión.
Profesionales	Trabajador Social y Voluntarios.
Recursos necesarios	La sala de terapia amueblada con sillas y mesas. Las zonas habilitadas para el desarrollo de las actividades. Pizarra, rotulador y borrador en las salas de terapia. Carpeta individual de cada usuario.
Temporalización	Semana 2 al 8 de abril 2018.

ANEXO IX - EJEMPLO DE ACTIVIDAD

No controles mi forma de vivir:

Esta actividad se desarrollará en la sala de terapia ocupacional con una duración estimada de dos horas. Las fechas de realización serán:

- 26 de febrero: grupo 1 (5 participantes).
- 28 de febrero: grupo 2 (5 participantes).
- 2 de marzo: grupo 3 (4 participantes).

Los profesionales encargados de impartirla serán el Trabajador Social y el Terapeuta Ocupacional, los cuales se reunirán previamente a la sesión con el fin de preparar coordinadamente la intervención. En esta reunión, se comentará lo expuesto en la anterior sesión donde ambos profesionales han participado, y se recalcará el tema a tratar en ésta: los prejuicios y estereotipos.

Respecto a las condiciones de la sala, deberá estar amueblada con 7 sillas, 5 para los participantes y 2 para los profesionales, a excepción de la sesión del grupo 3, en que únicamente se dispondrá de 6 sillas. Por otro lado, se contará con 2 mesas rectangulares puestas paralelamente con el fin de crear un ambiente agradable y tranquilo, adecuando con ello la comodidad de los usuarios a la hora de hablar. Los profesionales serán los encargados de habilitarla.

Los materiales necesarios para la realización de esta sesión serán la pizarra, los rotuladores y el borrador.

A la hora acordada en la sesión anterior, los acompañantes acudirán a la sala con su carpeta individual. En el momento en el que todos estén sentados, se dispondrá a comenzar la sesión.

En primer lugar, se procederá a comentar la sesión anterior, tratando de que cada uno de ellos comente algún aspecto de ésta, de manera ordenada, puesto que ambas están directamente relacionadas en cuanto a objetivo se refiere. En caso de que alguno decida no hablar, o no lo recuerde con claridad, se procederá a pasar al siguiente.

A continuación se explicará que el tema a tratar serán los “prejuicios y estereotipos”. Para comenzar, el terapeuta ocupacional dividirá la pizarra en dos apartados:

<u>Prejuicios</u>	<u>Estereotipos</u>

En primer lugar, se explicará que los prejuicios consisten en tener una opinión anticipada sobre otra persona, normalmente negativa, pese a no conocerla lo suficiente. Se comentará, además, que estos están inculcados en nuestras personas debido a las tradiciones y costumbres con que hemos convivido.

Como ejemplo de prejuicio se expondrán los siguientes: “yo hago las cosas mejor que tú”, o “déjame hacer eso a mí, que yo lo hago mejor que tú”.

A continuación, se pedirá que cada uno de ellos diga dos ejemplos de prejuicio que tengan, o hayan escuchado, en relación con la convivencia en la residencia, así como la razón de haber elegido ese. Mientras los van comentando, el terapeuta ocupacional los irá escribiendo en la pizarra.

Posteriormente, se pasará a explicar lo que son los estereotipos, al igual que los prejuicios, de una forma sencilla y se pondrán ejemplos para que los participantes identifiquen los que observan en el día a día. El terapeuta será el encargado, nuevamente, de apuntar las respuestas.

Tras ello se explicará que, pese a que es normal que todos tengamos prejuicios y estereotipos, todos ellos diferentes, debido a que hemos crecido y convivido con diferentes personas y en distintos lugares, es muy importante que tratemos de dejarlos a un lado en la medida de lo posible.

Así, en el momento en que alguien tenga un comentario negativo respecto a nuestra manera de actuar en una situación concreta, deberemos explicarle que no todos actuamos igual, y no por ello uno es mejor que el otro. Deberemos insistir en que cada uno ve las cosas de una forma y que se tienen que centrar en lo que realmente les influye a ellos y dejarnos vivir a nuestra manera.

Se hará hincapié en el trato que tiene cada acompañante sobre su cónyuge, tratando de explicar la necesidad de dejar a un lado los comentarios negativos que otros usuarios hacen hacia su persona en el momento en que hacen una actividad, o pasan cierta parte del tiempo libre separados de este.

Se tratará de inculcar sobre la necesidad de poseer cierta parte de tiempo libre, diariamente, destinado a la propia persona, buscando evitar el sentimiento de abandono que poseen en el momento en que se alejan durante un tiempo, incluso minutos, de su pareja.

Para ello resultará fundamental la intervención de los acompañantes viudos, los cuales contarán su experiencia personal, tanto antes de fallecer su cónyuge, como después, concienciando sobre la necesidad de dedicar tiempo a nosotros mismos; pues el periodo de cuidado que se realizaba en el hogar ya ha terminado, y en estos momentos el cónyuge se encuentra debidamente atendido las 24 horas del día, siendo su intervención prescindible en la mayoría de los casos.

Tras ello, se procederá a consultar ordenadamente, qué va a hacer cada uno de ellos cuando se encuentre ante una situación con estas características, dejando que desarrollen sus explicaciones tanto como deseen.

Para finalizar la sesión los participantes y los profesionales se despedirán y estos últimos recordarán la fecha y la hora de la próxima sesión. Se comentará que el título de la siguiente será “Playa o montaña” con el objetivo de que piensen cuál puede ser el tema a tratar, y se sientan motivados para continuar.

Con la información expuesta y los resultados recabados de la sesión con los tres grupos, el Trabajador Social y el Terapeuta Ocupacional prepararán una hoja explicativa con un resumen de lo comentado, así como el modo de actuar frente a los prejuicios y estereotipos, tanto ajenos como propios. Esta hoja se entregará al inicio de la siguiente sesión.

ANEXO X - CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN FINAL

Este cuestionario está diseñado con la finalidad de conocer el grado de satisfacción de la sesión realizada. Este documento es anónimo. Su opinión es muy importante, por lo que rogamos sea lo más sincero posible.

Por favor, rodee el cuadro correspondiente a su nivel de conformidad. La valoración de las cuestiones será de:



Satisfecho



Indiferente



Nada satisfecho

1. Contenido del proyecto.



2. Información aportada por el profesional.



3. Nivel de utilidad de los temas tratados a nivel personal.



4. Claridad en las explicaciones del profesional.



5. Nivel de atención individual por parte del profesional.



6. Resolución de dudas por parte del profesional.



7. Valoración de las actividades realizadas.



8. Nivel de conocimientos adquiridos.



9. Duración del proyecto.



10. Satisfacción respecto a los voluntarios.



11. Observaciones y propuestas de mejora (opcional):

→

→

→

→