



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Trabajo Social

Trabajo Fin de Grado

PROYECTO DE INTERVENCIÓN PARA FOMENTAR UNA RED DE APOYO EN PERSONAS MAYORES A TRAVÉS DE LA ALIMENTACIÓN

Alumno/a: Marina Rojas Pérez

Tutor/a: Belén Blázquez Vilaplana
Dpto: Derecho Público y Privado especial

Julio, 2019

ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT.....	2
1. INTRODUCCIÓN: JUSTIFICACIÓN	3
2. OBJETIVOS	4
2.1. OBJETIVO GENERAL.....	4
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	4
3.1. DEFINICIONES Y CONCEPTOS	4
3.2. ASPECTOS CARACTERÍSTICOS DE LA VEJEZ EN RELACIÓN A SU SALUD.....	8
3.3. CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA SOLEDAD EN PERSONAS MAYORES	12
3.4. LA ALIMENTACIÓN EN PERSONAS MAYORES	16
4. DISEÑO DEL PROYECTO	19
4.1. JUSTIFICACIÓN.....	19
4.2. POBLACIÓN DESTINATARIA.....	20
4.3. OBJETIVOS.....	20
4.4. TEMPORALIZACIÓN Y LOCALIZACIÓN	21
4.5. METODOLOGÍA.....	22
4.5.1. Contenidos	22
4.6. PROCESO DE EJECUCIÓN (CRONOGRAMA).	32
4.7. ESTRUCTURA DE RECURSOS Y COSTE DEL PROYECTO	35
4.8. PRESUPUESTO.....	36
4.9. EVALUACIÓN.....	38
5. RELACIÓN DE LA TEMÁTICA CON EL TRABAJO SOCIAL	39
6. CONCLUSIONES	40
7. BIBLIOGRAFÍA.....	42
ANEXOS:	45

RESUMEN

En este Trabajo Fin de Grado se presenta el diseño de un Proyecto de Intervención dirigido a personas mayores. Está basado en la participación activa y en los beneficios que tiene esta metodología. Se centra en la red de apoyo de las personas mayores y los efectos de la soledad a través de la alimentación.

En el proyecto se ve reflejado cómo el trabajo social está relacionado con esta temática y la importancia de abordarla desde esta profesión.

Por último, se muestra la necesidad de mejorar e innovar los recursos comunes, en este caso, los comedores dirigidos a personas mayores. Este proyecto trata de un espacio utilizado para comedor, formación, información y ocio de este colectivo, situado en Úbeda, en un local alquilado por el ayuntamiento.

PALABRAS CLAVE

Personas mayores, Trabajo social, Red de apoyo, Soledad y Alimentación

ABSTRACT

This Final Degree Project presents the design of an Intervention Project aimed at the elderly. It is based on active participation and on the benefits of this methodology. It focuses on the support network of older people and the effects of loneliness through food.

The project reflects how social work is related to this subject and the importance of approaching it from this profession.

Finally, it shows the need to improve and innovate the common resources, in this case, the canteens for the elderly. This project treats of a space used for dining room, formation, information and leisure of this collective, located in Úbeda, in a place rented by the city council.

KEY WORD

Older people., Social work, Support net, Loneliness y Feeding.

1. INTRODUCCIÓN: JUSTIFICACIÓN

La soledad, según el Instituto Nacional de Estadística, es una variable que afecta al 40,6% de la población (29.6% son mujeres y un 11.0% hombres), mayores de 65 años que viven solos en sus hogares (INE, 2017) Esta variable puede ser ocasionada por el aumento de la esperanza de vida, lo que provoca que muchas personas mayores, lleguen a edades avanzadas solas o con sus parejas enfermas.

Dichas personas han sufrido cambios a lo largo de su vida como podrían ser: la jubilación, pérdida de amigos y de una red social sólida, fallecimiento de sus parejas, abandono del hogar por parte de los hijos/as, etc. circunstancias que hacen que la soledad, cada vez más, sea una compañera fija en su día a día.

Esa soledad, desde mi punto de vista, puede cambiar situaciones sociales como el momento de la comida y volverla una situación que ya no tiene un valor social, sino simplemente una acción para cubrir una necesidad básica más, el simple hecho de alimentarse. El acto de sentarse en una mesa en familia o con amigos, es algo que con la vejez puede disminuir, lo que a su vez disminuye todas las aportaciones beneficiosas que esto conlleva, como, por ejemplo: una conversación con un igual, afianzar una relación, compartir experiencias o el día a día y viceversa al escuchar a la otra persona.

Se puede transversalmente estudiar la problemática de los malos hábitos alimenticios en relación a la soledad. Uno de los factores que podrían intervenir, serían las enfermedades padecidas por estas personas. Es decir, puede ser la enfermedad la que afecte a la hora de cocinar o ésta una de las consecuencias de una mala alimentación. Por ello, creo que es importante conocer los casos en los que se desarrolla una “mala práctica” del cocinado e indagar sobre las causas que llevan a que esto ocurra y relacionarlo con la soledad.

Las personas somos seres sociales que necesitamos maximizar las relaciones con los demás y teniendo en cuenta que las personas mayores son más vulnerables y acentúan esta carencia, se debería investigar e intervenir en las causas que provocan esta soledad y en satisfacer necesidades básicas, como una buena alimentación, a la vez que se cubren otras necesidades sociales, como la de comunicarnos y tener una red de relaciones sólidas en personas mayores.

En el trabajo social uno de sus campos más importantes es el de las personas mayores, por lo que la investigación y la intervención de este colectivo, deben de estar pendientes en las funciones de los/a trabajadores/as sociales. Debería de ser prioridad atender a las personas mayores ya que es un colectivo vulnerable y que un número

importante pueden estar en riesgo de exclusión social. Muchos son institucionalizados por motivos como una mala alimentación, una red de apoyo baja, etc. Desde esta profesión, se puede abarcar esta problemática, poniendo soluciones efectivas y beneficiosas para este colectivo como para la saturación en las diferentes instituciones.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Desarrollar un proyecto de intervención sobre la soledad en personas mayores relacionándolo con los malos hábitos alimenticios.

2.2. Objetivos específicos

- Conocer la soledad y sus consecuencias en personas mayores.
- Indagar sobre los malos hábitos alimenticios y sus consecuencias en personas mayores.
- Investigar acerca de las causas que llevan a los malos hábitos alimenticios en personas mayores.
- Recoger datos sobre la magnitud de las carencias alimenticias teniendo en cuenta la variable soledad en personas mayores.
- Descubrir la necesidad de poseer una red de apoyo sólida en personas mayores

3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

3.1. Definiciones y conceptos

Las personas mayores tienen unas circunstancias determinadas que les hacen sufrir cambios continuos y radicales en su vida cotidiana, que pueden provocar la soledad. Por esta razón, es necesario conocer qué es la vejez y sus características, para entender la soledad, qué es lo que la provoca y sus consecuencias en estas personas.

La vejez es un término que ha ido cambiando dependiendo del momento histórico y del valor social y cultural que la sociedad le dé. En un país desarrollado como es España, se tiene en cuenta el sistema de productividad de las personas, por lo que se clasifican en productivas o no productivas. Las personas mayores son consideradas como no productivas, esto se rige por un sistema de jubilación que es el que indica cuando una persona deja de ser “útil” en un sentido “productivo socialmente económico”. No se tiene en cuenta las aportaciones de estas personas a la sociedad como, por ejemplo: cuidado de los nietos, ayudar con sus recursos económicos a sus hijos, experiencias de la vida, etc.

Según la información que aporta la Organización Mundial de la Salud (OMS,2016) se puede decir que las personas a la vez que cumplen años, van sufriendo cambios biológicos, físicos, psíquicos y sociales, teniendo en cuenta factores como nuestra propia genética y el medio social en el que nos desenvolvamos. En general los cambios no son uniformes, sino que, dependiendo de la persona, sufrirán unos cambios u otros. En definitiva, la mayoría de las personas que alcanzan edades avanzadas, llegan con patrones de enfermedades o carencias comunes entre ellos, como serían: pérdida de visión y/o audición, enfermedades cardiovasculares, incontinencia urinaria, caídas, fragilidad en los huesos, etc.

Después de una pequeña definición del término vejez, se puede seguir con una clasificación que hace la profesora Yolanda María de la Fuente sobre el proceso que se produce con el envejecimiento, son las cuatro edades¹:

Cuadro 1. Cuatro Edades

Cronológica: se tienen en cuenta los años de la persona, son datos objetivos que no tienen que ver con la actitud o actividad que mantenga la persona en concreto, por lo que no se diferencia de una persona a otra que tengan la misma edad. Existen cambios legales a partir de la jubilación.
Físico-biológica: es un aspecto más subjetivo, se tienen en cuenta las enfermedades y/o discapacidad.
Psicológica: cambios cognitivos, las personas sufren cambios que pueden afectar a su capacidad de aprendizaje, rendimiento, a la hora de desarrollar actividades del día a día, etc. Una persona con Alzheimer envejece intelectualmente con más rapidez.
Social: se mide con la capacidad de contribuir al trabajo, mencionado anteriormente de lo que ocurre en España, la protección del grupo o grupos a los que pertenece y la utilidad social que éstos les den. Valoración social, en un extremo “viejo es igual a sabio” en el otro extremo “viejo igual a inútil”.

Fuente: Elaboración propia a partir de los apuntes de la profesora De la Fuente (2017)

Como se ha mencionado anteriormente, no son solo cambios biológicos. Los cambios sociales afectan de forma directa y con efectos radicales a estas personas,

¹ Las cuatro edades es una clasificación del envejecimiento que aparecen en los apuntes de la Asignatura “Discapacidad, mayores y dependencia” que se imparten en la Facultad de Trabajo Social perteneciente a la Universidad de Jaén. Curso 2018-2019.

cambios como: la jubilación, la pérdida del/la cónyuge o pareja, pérdida de amigos, abandono de los hogares por parte de los/as hijos/as. Las consecuencias de estos cambios pueden afectar a la salud, estas personas podrían sufrir depresiones, pérdida de apetito, dejar de hacer actividades de ocio, entre otras.

Sin dejar de lado la variable género, la que no se ha nombrado hasta ahora. En este sentido, se puede considerar conveniente guiarse por el Informe 2016: “Las personas mayores en España”. Según datos recogidos en el año 2015, las mujeres tienen una esperanza de vida mayor que las de los hombres (mujeres: 85.9 años y hombres: 80.4 años). Se prevé que la disparidad se vaya reduciendo en un futuro. Las mujeres en la actualidad no llevan el estilo de vida que llevaban sus antecesoras. Ahora son más libres de elegir estilos de vida nocivos ya que, anteriormente, dicho estilo era más propenso en hombres que en mujeres (consumo de tabaco y alcohol) a esto se añaden las enfermedades propias del proceso de envejecimiento que afectan a ambos sexos.

Como se ha podido observar, el concepto de vejez, tiene relación con el de soledad, teniendo en cuenta las consecuencias sociales que sufren las personas mayores en los cambios que se producen en sus vidas. Según la Real Academia Española (RAE), se pueden utilizar dos de las definiciones que le da a la palabra soledad:

1. Carencia voluntaria o involuntaria de compañía.
2. Pensar y melancolía que se siente por la ausencia, muerte o pérdida de alguien o algo (RAE, 2018).

Definitivamente engloba al sentimiento que padecen las personas mayores a lo largo de la última etapa de su vida.

Si tenemos en cuenta la primera definición, nos podemos apoyar en la distribución de las personas mayores dependiendo de los hogares donde residen, contando la variable sexo y la edad:

Cuadro 2: clasificación de la composición de los hogares de las personas mayores:

Hogares compuestos por dos personas: un 49.44% de las personas mayores viven con sus parejas (la mayoría) u otra persona. Las parejas que viven solas a esta edad son las que suelen estar pasando por la etapa del “nido vacío”, los hijos han decidido marcharse e independizarse. Aunque estas personas vivan acompañadas, pueden sentirse igualmente solas por la marcha de sus hijos (definición dos de la RAE)
Hogares unipersonales: un 22.37 % viven sin la compañía de nadie. Estos hogares pueden estar formados por viudas o viudos, especialmente viudas por la esperanza de vida superior de las mujeres. No quiere decir que las personas que vivan solas en su domicilio experimenten este sentimiento de soledad o aislamiento de la sociedad.
Hogares de tres miembros: un 17.10% y hace referencia a la convivencia intergeneracional. Pueden darse de dos tipos, personas viudas que conviven con parientes o parejas que todavía tienen algún hijo/a sin emancipar. Este tipo de convivencia puede ser beneficioso para ambas partes, la persona mayor puede cubrir carencias que necesita la persona más joven y viceversa.
Hogares de cuatro o más miembros: según los datos que se recogieron en 2016, era un 11.09 el porcentaje, pero este dato no deja de disminuir. Son hogares donde permanecen tres generaciones.

Fuente: IMSERSO, 2016.

Tanto en los hogares unipersonales como en los hogares donde conviven en pareja, están afectados por alguna enfermedad o estas personas tienen una pérdida en sus capacidades para realizar actividades diarias, por ejemplo: cocinar. Existen enfermedades que pueden ser causadas por una mala alimentación o enfermedades que causan esa mala alimentación.

La educación para la salud sirve de herramienta para que estas personas afectadas de una u otra forma, puedan suplir carencias necesarias en sus actividades diarias, es decir, utilizar la educación para la salud con el objetivo de aprender buenos hábitos alimenticios para prevenir, mejorar y promocionar la salud de las personas mayores.

Actualmente el concepto de salud queda recogido como un derecho constitucional (Art. 43 de la Constitución Española de 1978) y es definido por la OMS (1946) como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.100). Igualmente, se define la educación sanitaria por la OMS (1969) como:

La educación sanitaria se basa en inducir a las personas a adoptar y mantener las costumbres de una vida sana, a utilizar razonablemente los servicios sanitarios puestos a su disposición y también a tomar decisiones, individuales y colectivamente, para mejorar su estado de salud y el del medio en que habitan (p.4).

La salud no debería preocupar cuando se padece una enfermedad ya que, en este caso, se ponen remedios para reducir o erradicar sus consecuencias. Se deberían prever algunas enfermedades o carencias con una buena educación en salud. En este caso aprender unos buenos hábitos alimenticios puede ayudar a conseguir un alto nivel de autonomía y calidad de vida.

Según García et al. (2002) la calidad de vida “es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes” (Citado en OMS, s/f).

3.2. Aspectos característicos de la vejez en relación a su salud

Una vez que se han podido definir los conceptos que tienen relación con la vejez, se va a proceder a desarrollar cuatro aspectos característicos que condicionan a las personas mayores en su etapa de envejecimiento, son: el estado físico, estado psíquico, relaciones sociales y situación económica.

En primer lugar, el estado físico de las personas va sufriendo cambios a medida que envejecemos como, por ejemplo, puede ser la pérdida de musculatura, a lo que se le añade el estilo de vida de las personas mayores que suele ser más sedentario, pérdida de visión y audición, aparición de manchas y arrugas en la piel, pérdida de piezas dentales, entre otros. Por otro lado, el estado psíquico afecta, sobre todo, al descenso de las funciones intelectuales, es decir, descenso en las facultades de atención, memoria y concentración, aunque también existe un aumento de conocimientos, pero con un aprendizaje más lento (García et al. 2002).

Para la realización de una categorización de las enfermedades más comunes en personas mayores podríamos seguir a la Cruz Roja, tal y como se recoge en el siguiente cuadro:

Cuadro 3: Enfermedades más comunes en personas Mayores.

Infarto cerebral: • “Conocido como ictus o accidente cerebral, es la obstrucción brusca de la llegada de sangre a una parte del cerebro por trombosis o embolia cerebral o bien por rotura de arteria”. • Esta enfermedad es muy frecuente en personas que alcanzan cierta edad. Tiene unas consecuencias graves como: imposibilidad de hablar, pérdida de la movilidad del cuerpo, pérdida de consciencia, etc. Estos pacientes deben tener actividad diaria para poder recuperar capacidades perdidas.
El cáncer: • Las personas mayores tienen diez veces más probabilidad de padecer la enfermedad que una persona joven. Existen mitos que alejan los tratamientos contra el cáncer de las personas mayores. Tienen que tener una actitud positiva ya que en la actualidad muchos de ellos se curan, incluso en la vejez.
Alzheimer: • “La demencia más conocida es la enfermedad del Alzheimer, que engloba más de la mitad de los casos”. • Esta enfermedad se puede diagnosticar por sus señales de alertas. Son: problemas de memoria, problemas de orientación, cambios bruscos de humor, problemas en el lenguaje, pérdida de juicio y la incapacidad para comprender las nociones abstractas. Las personas diagnosticadas con esta enfermedad es recomendable que sigan ciertas pautas, por ejemplo: crear una rutina fija en las actividades cotidianas.
Depresión: • Según la Cruz Roja “es un error achacar a la vejez los síntomas de la depresión”. Si aparecen síntomas como: tristeza, insomnio, falta de apetito, entre otros. No hay que confundirlo con la edad, sino que se debería de indagar en si es o no una consecuencia de depresión. • Normalmente las depresiones en personas mayores vienen asociadas a algún padecimiento de otras enfermedades, sentimiento de carga para algún familiar, la soledad, etc.

• “La integración en la familia, la huida del aislamiento y de la soledad, son sin duda medicaciones tan importantes como los antidepresivos y con mejores resultados”.
Enfermedad de Parkinson: • “Enfermedad degenerativa consistente en la muerte de las neuronas dopaminérgicas, productoras de la dopamina, necesaria para una adecuada coordinación de los movimientos”. • El Parkinson se caracteriza por: rigidez, lentitud, falta de movimientos y temblores. Se recomienda realizar ejercicio físico y seguir con la mayor actividad diaria posible
Diabetes: • “Se produce debido a una insuficiente secreción de insulina por parte del páncreas, lo que hace que las células del organismo no puedan asimilar la glucosa que les llega por la sangre, aumentando su concentración en la sangre”. • Cuanto más avanza la enfermedad, las consecuencias conllevan otras complicaciones como: enfermedades vasculares, alteraciones de los ojos, daño renal, impotencia, alteraciones de los nervios, etc. • En personas mayores se debe tener especial atención y cuidado en los pies, ya que cualquier herida puede tener una difícil curación y tener complicaciones que provocarán infección.

Fuente: Elaboración propia a partir de la información de la Cruz Roja Española. [Http://www.cruzroja.es](http://www.cruzroja.es)².

La información anterior se puede relacionar con el Informe del año 2016 sobre las personas mayores en España. En dicho informe, se menciona que las personas mayores que sufren algún tipo de dependencia están limitadas para la realización de actividades básicas de la vida diaria. El 20% de las personas con 65 años o más tienen problemas para realizar alguna de las actividades diarias (mujeres 25.2% y hombres 15.0%). Las personas de avanzada edad, desde los 85 años, conforman un 53.7 % de personas que sufren limitaciones (mujeres 61.8% y hombres 38.8%) (IMNSERSO, 2016).

² Para más información ir la página web oficial de Cruz Roja. [Http://www.cruzroja.es](http://www.cruzroja.es),_recuperado el 19 de febrero del 2019.

Las actividades a las que se refiere el anterior párrafo son: asearse, vestirse y alimentarse. Estas serían las actividades que más problemas les causan a personas con alguna limitación en sus capacidades.

En la mayoría de enfermedades que se han citado, se ha podido encontrar una relación directa o indirecta con las relaciones sociales. Concretamente en cómo se ven afectadas sus relaciones sociales cuando se padece alguna de estas enfermedades más comunes.

La falta de actitud o desmotivación a la hora de realizar actividades y comunicarse con los demás, afecta a las relaciones con amigos, excompañeros de trabajo, miembros de algún grupo al que se pertenezca, etc. Pero también afecta a las relaciones con los cónyuges, hijos e hijas, nietos; es decir, familiares más cercanos y con los que la comunicación y relación puede ser más habitual.

Desde el punto de vista de la relación con la comunidad, las personas que dejan de realizar sus actividades diarias como es salir a la calle, ya sea para comprar, reunirse con algún grupo de iguales o realizar alguna gestión, pierden contacto con la sociedad y provoca un aislamiento; lo que a su vez provoca pérdida de esos vínculos sociales con cualquier tipo de persona y cualquier tipo de contacto con la sociedad.

El último aspecto importante en la vejez, es la situación económica. El perfil de estos usuarios estudiados se encuentra en una edad en la que los recursos económicos se centran en la pensión, por lo que se ve conveniente indagar sobre la pensión media.

Según Abellán (2018), las pensiones de jubilación corresponden a 5.8 millones de personas que se benefician de éstas, y 2.4 millones son por viudedad. En definitiva, la mayoría de las personas mayores reciben alguna prestación económica del sistema público estatal, o pueden que se beneficien de forma indirecta por estar conviviendo con su cónyuge que es el que recibe alguna prestación económica de este tipo.

En 2017 la media de las pensiones era de 920.6 euros mensuales y el importe medio de la pensión de jubilación en 2017 era de 1.063.5 euros al mes. Una vez que se conoce el importe de los ingresos que existen en el hogar, es fundamental investigar sobre cuáles son los gastos que existen en el mismo. El gasto principal de los hogares de las personas mayores es el mantenimiento de su propia vivienda que suele ser del 40% y el segundo gasto es la alimentación.

Aunque según este informe, la situación económica de los mayores ha mejorado, pero desde el 2015 se ha aumentado el riesgo de pobreza en ellos. Las personas que tienen

menos recursos económicos y deben sostener facturas de la vivienda y también por tratamientos para la salud, se verán obligados a limitar sus gastos en la alimentación.

3.3. Causas y consecuencias de la soledad en personas mayores

La soledad, desde un punto de vista objetivo, es decir, la ausencia de compañía, puede darse por varios motivos en personas mayores, los cuales se pueden categorizar como involuntarios y que no son decisiones de la propia persona el hecho de aislarse y estar solo/a. Las causas que destaca Julio Iglesias (2001) son:

En primer lugar: la jubilación. La persona abandona su trabajo y con ello a sus compañeros y sus relaciones sociales laborales. Puede seguir manteniendo el contacto con algún/a compañero/a, pero aun así la relación se debilita. Esa persona deja de acudir a su puesto de trabajo, lo que lo/a aísla del mundo laboral. Se encuentra en una situación en la que su rol y estatus están cambiando.

Existe un matiz en la variable género. En personas mayores son muchos más los jubilados que las jubiladas, ya que muchas mujeres se han dedicado a trabajar en sus hogares y a la crianza de los hijos/as, no permitiéndoles trabajar por prohibición de sus maridos o los impedimentos que les ponía la misma sociedad y cultura. También existen muchas mujeres que han trabajado fuera de sus casas, pero no han sido dadas de alta, por lo que no reciben en la actualidad ninguna retribución por su trabajo en el pasado. Por este matiz, son muchos más los hombres los que notan el cambio del rol y pérdidas de relaciones cuando se jubilan. Las mujeres, aunque dejen su puesto de trabajo, siguen desarrollando en sus casas el mismo trabajo y siguen teniendo los mismos roles y manteniendo rutinas diarias.

En segundo lugar, se habla de la viudez: en este caso son más las mujeres que tienen esta condición social que los hombres. Esto se debe a que su esperanza de vida es superior a la de ellos. Cuando una persona viuda sufre la pérdida de su pareja, esto va acompañado también, en ocasiones, del sentimiento de soledad, pensar que con la pérdida de tu compañero o compañera no importa el resto de personas que están a tu alrededor. Pueden aparecer problemas con la asimilación de la pérdida lo que puede acentuar aún más el aislamiento social.

En este tipo de matrimonios o parejas, están muy marcados los roles y desempeños de tareas que realiza cada uno, por ejemplo: en la cocina normalmente es la mujer quien ha desempeñado este trabajo durante toda la vida, ¿Qué pasa cuando una de las dos partes fallece? Cuando lo hace la mujer, el marido se ve en la obligación de realizar esta

actividad. El problema viene cuando él nunca ha tenido intención de aprender a cocinar o simplemente no ha querido realizarla. Si el aprendizaje es positivo, podrá tener las capacidades de mantener una buena alimentación si lo desea. Por el contrario, puede encontrarse en riesgo de tener una mala alimentación y las consecuencias de ésta.

En el caso de la mujer viuda, si ella mantiene sus capacidades para practicar el cocinado, seguirá haciéndolo, pero puede que por causas emocionales y psicológicas se vea sin ánimos y sintiéndose inútil sin tener a nadie a quien cocinarle. Al sentirse sola puede encontrarse sin motivación para cocinarse para ella misma, lo que puede ocasionar que vaya perdiendo unas habilidades y conocimientos tanto prácticos como teóricos aprendidos con la experiencia de los años.

La soledad está relacionada con el aislamiento y viceversa, las personas en su vejez tienen dificultades a la hora de la accesibilidad a la sociedad como cuando quieren ir a comprar, realizar actividades de ocio, adaptarse a las nuevas tecnologías, etc. Las enfermedades tanto físicas como las cognitivas afectan en todas estas actividades que hacen reducir la soledad y el aislamiento.

La autora Raquel Lorente en su tesis “La Soledad en la Vejez” (2017) propone cuatro factores asociados con la aparición de la soledad, distintas al autor Julio Iglesias. Las variables sociodemográficas, salud y autonomía funcional, psicológica y de personalidad y, por último, las variables sociales, de interacción y participación social. A continuación, iremos desglosando cada uno de estos factores.

Cuadro 5: Factores asociados a la aparición de la soledad según Raquel Lorente

- En las variables sociodemográficas se tienen en cuenta la edad, género, estado civil, estatus socioeconómico y lugar de residencia. Las personas que se encuentran entre 60 y 80 años no aumentan la soledad con los años cumplidos, pero cuando traspasan la edad de 80 años, sí aumenta la soledad con la edad. Es decir, la soledad se puede relacionar con la edad solo al grupo de edad más avanzado. Este mismo estudio afirma que las mujeres sufren más soledad que los hombres, pero que tiene que ver con el estado civil de estas personas. La relación con el estado civil se entiende por la esperanza de vida superior de las mujeres, por lo que ellas se incluirán en el estado civil de: viudas, solteras o divorciadas, y estos tres estados civiles se encuentran en riesgo de soledad. La

autora relaciona el estatus económico con la soledad, los ingresos de estas personas condicionan las relaciones con los demás. Por último, prevé que las personas que viven en residencias tienen más soledad que las personas que viven en comunidad.
• Las variables de salud y de autonomía funcional están condicionadas por: la salud percibida, por la capacidad o estatus funcional, dificultades de movilidad, deterioro sensorial y el número de visitas al médico. Las personas que perciben su salud como mala se suelen sentir más solas, igualmente pasa con un estatus funcional pobre. Las dificultades de movilidad y el deterioro sensorial repercuten negativamente con la soledad de estas personas, ya que padecer alguna de estas limitaciones dificulta la interacción y comunicación con los demás. Por último, el número de visitas al médico está asociado de forma positiva con la soledad
• En tercer lugar, las variables psicológicas y de personalidad como la depresión, una salud mental pobre y una baja satisfacción vital provocan soledad, como la baja autoestima o autoeficacia, igualmente con los eventos negativos del pasado, comportamientos insalubres y déficits cognitivos. “La depresión es la enfermedad mental que más se ha relacionado con la aparición de sentimientos de soledad” (Lorente, 2017, citado de Cohen-Mansfield et al., 2016, pág.37). Estos determinantes tienen también relación con el sentimiento de soledad. Algunas de estas personas no están solas, pero sí se sienten solas.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Tesis de Raquel Lorente (2017, págs.34-37)

Las últimas variables son las sociales, de interacción y participación social. La autora añade que vivir solo/a tiene repercusión con la soledad. También, el número de hijos e hijas influye. Las personas que no tienen descendencia van a tener más posibilidades de estar solos/as en un futuro.

Cuadro 6: Variables sociales, de interacción y participación social

• Para la variable de recursos sociales, tener contacto con amigos y vecinos reduce más el sentimiento de soledad que tener ese contacto con la familia. En definitiva, las personas que tienen menos contacto con sus relaciones sociales, tienden a ascender en el sentimiento de soledad.
• Realizar actividades sociales o de ocio, reduce los niveles de soledad. Cuando una persona realiza algún tipo de actividad social, la obliga de forma directa o indirecta a relacionarse con otras personas. Hay actividades que algunas personas utilizan para evadirse de la soledad que sufren, como ver la televisión, que lo que provoca es que se sientan aún más solas,

Fuente: Elaboración propia a partir de la Tesis de Raquel Lorente (2017, pág.38)

Una vez vistas las causas, se procede a ver las consecuencias o efectos que provoca la soledad en las personas mayores. Nos seguiremos apoyando en la tesis de la autora Raquel Lorente. En la tesis se dividen los efectos en tres grandes bloques: efectos físicos, psicológicos y sociales. Antes de comenzar con el desglose de los efectos, éstos están condicionados por las variables anteriormente comentadas, que, dependiendo de la persona, sus circunstancias y características, tendrá unos efectos u otros y con una mayor o menor medida.

Los efectos físicos de la soledad se pueden reflejar por el estrés que siente el sujeto y con ello padecer las consecuencias del estrés en la salud. Otro de los efectos podría ser la hipertensión arterial y problemas relacionados con el sistema cardiovascular. Así, “el efecto de la soledad sobre la presión sanguínea de las personas mayores es acumulativo y se manifiesta a largo plazo” (Citado de Hawkley, Thisted, Masi y Cacioppo, 2010, por Lorente, 2017, pág.47).

Las personas que viven solas, tienen condicionadas más sus horas de sueño, lo que provoca tener menos energía y sentirse más cansadas. En definitiva, existen efectos negativos por la soledad que llevan al crecimiento de morbilidad y mortalidad de estas personas. Los efectos psicológicos a su vez se dividen en tres:

Cuadro 7: Efectos psicológicos según la tesis de Raquel Lorente.

• Efectos cognitivos: Las personas asociadas con la soledad, tendrán en un futuro, un deterioro cognitivo, menor inteligencia, pérdida de memoria semántica y la memoria visual. Esto puede llevar a desarrollar demencia y Alzheimer.
• Efectos emocionales: relación con la salud mental, las depresiones, una baja autoestima, y una ideación suicida y el deseo de morir.
• Efectos comportamentales: “La soledad se ha relacionado con una mayor probabilidad de ser físicamente inactivo, ser fumador y realizar ambos comportamientos de riesgo” (Citado de Shankae, McMunn, Banks y Steptoe, 2011 por Lorente 2017, pág.52).

Fuente: Elaboración propia a partir de la tesis de Raquel Lorente (2017, págs.45-52)

Los efectos sociales de la soledad se han realizado con menos estudios y se le ha dado menos importancia que a indagar sobre los efectos físicos y psicológicos. Según Goll et al. (2015, Citado Lorente, 2017) las personas estudiadas manifestaban que les gustaba estar solos, pero existían contradicciones entre lo que decían y cómo actuaban. También, no intentaban solucionar su soledad y evitaban oportunidades para mantener algún tipo de relaciones sociales. Muchos afirmaban que se sentían mejor cuando llamaban por teléfono y realizaban actividades en solitario como leer o ver la televisión.

3.4. La alimentación en personas mayores

En la actualidad existe el deseo de mantener una buena salud en edades avanzadas, y uno de los factores que directamente está relacionado con la calidad de vida es la alimentación. Esta tiene gran influencia para prever y tratar enfermedades. El grupo al que pertenecen las personas mayores, no es un grupo homogéneo, sino que existe heterogeneidad, por ejemplo, no es lo mismo tener 68 años que tener 88. Nuestro cuerpo necesita cada vez menos nutrientes por lo que nuestra alimentación se debería de ir adaptando a la necesidad de gasto de nutrientes que nuestro cuerpo demanda (Arbonés G et al., 2003).

El envejecimiento es un proceso que afecta a la alimentación, nutrición y estado nutricional de las personas. Por ello, es necesario una regulación específica en su dieta diaria. Algunos de los cambios que sufren las personas mayores son la pérdida de apetito y disminución de la ingesta. Lo mismo pasa con la insuficiente cantidad de agua que toman, esto se debe a la pérdida de la sensación de sed, pudiendo provocar deshidratación (Beltran B et al., 2001).

Las personas mayores están expuestas a factores de riesgo que pueden afectar al estado nutricional de estas, como por ejemplo las que indican la revisión de Arbonés, Carbajal, Gonzalvo, González-Gross, Joyanes, Marques-López, et al., (2003) como sería el cambio en la composición corporal, cambios sensoriales, problemas de masticación, cambios en el aparato gastrointestinal, disminución de la actividad física, minusvalía, inmovilidad, discapacidades, entre otros. Por el contrario, un riesgo en la alimentación tiene repercusiones en la salud de las personas según SENPE (Sociedad Española de Nutrición y Enteral) y SEGG (Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología) han demostrado que “el riesgo de mortalidad se incrementa en un 76% en aquellas personas que están en su domicilio y tienen pérdida de peso involuntaria” (s/f).

Para poder evitar las consecuencias de una inadecuada alimentación Virginia Andía (2017) recomienda seguir unas pautas para mejorar la alimentación a estas edades. Por ejemplo, destaca una educación nutricional para mejorar los conocimientos dietéticos, ya que si desconocemos que cometemos errores a la hora de preparar o elegir los alimentos no podremos ponerle solución y se seguirán cometiendo los mismos errores perjudiciales para nuestra salud. También hace mención de que las pautas deberán de ser individualizadas, esto se debe a las necesidades específicas que cada persona padece.

Debemos saber que es una dieta saludable para así utilizarla adecuadamente, según Virginia Andía (2017):

Es aquella que hace posible el mantenimiento de un óptimo estado de salud y que permite la realización de las distintas actividades físicas cotidianas y de trabajo. Debe aportar la energía y los nutrientes necesarios para evitar deficiencias nutricionales, incluyendo alimentos que la persona conozca y consuma habitualmente (pág.49).

Los alimentos de las personas mayores deben ser conocidos por ellos para así no provocar rechazo y seguir, dentro de unos márgenes, con platos y recetas típicas y

tradicionales. Es decir, no retirar los platos tradicionales de su alimentación, pero sí hay que tener cierto control y saber cómo y cuándo hay que tomarlos.

En definitiva, muchos de los problemas de salud que se padecen a edades avanzadas pueden ser paliados con una correcta intervención nutricional mejorando así su calidad de vida. Si estas personas poseen las herramientas necesarias y los conocimientos sobre una dieta adecuada, ellos mismos podrán poner medios para resolver sus propias necesidades.

La relación de los aspectos sociales con la alimentación en esta etapa de la vida, es un apartado importante de tratar. Los cambios sociales que se producen en edades avanzadas, nombrados en los anteriores puntos, puede generar desinterés en alimentarse. Aunque se tenga una dieta adecuada, conocimientos previos, medios, etc., una persona puede encontrarse, por problemas sociales, psicológicos o emocionales, sin la motivación para alimentarse. Por ejemplo, una persona que se siente sola puede padecer una depresión y esto llevarla a rechazar el plato de la cena que le sirven en una residencia con una alimentación correcta. Este ejemplo está demostrado por un estudio que asoció el riesgo de nutrición con la capacidad afectiva de las personas mayores que se encontraban en una residencia de Madrid, los resultados fueron “existe una relación entre el riesgo de malnutrición y el padecimiento de síntomas depresivos” (Centurión. et al., 2010, pág.33).

Es decir, no está basado todo en tener conocimientos y una buena alimentación. La alimentación de una persona no es simplemente ámbito sanitario, sino que la parte social afecta directa e indirectamente a la salud de las personas mayores. Se puede ver en las conclusiones del anterior estudio, “La malnutrición es una enfermedad muy frecuente en los ancianos. Diversas investigaciones consideran que esta realidad aumenta considerablemente cuando se trata de ancianos institucionalizados, pudiendo llegar al 60%” (Centurión.et al., 2010, pág.39)

En definitiva, es un conjunto el que favorece una salud adecuada en personas mayores. El tener un mantenimiento nutricional puede ser un remedio preventivo ante ciertas enfermedades, reduciendo la posibilidad de que aparezcan. Pero para que se produzca el mantenimiento, es necesario no olvidar las limitaciones funcionales que impiden la preparación de alimentos, circunstancias sociales, etc. (Vidal et al., 2017).

Según el mencionado informe del 2016 sobre las personas mayores en España, la desnutrición está relacionada con las enfermedades crónicas ya que pueden condicionar la calidad de vida de estas. Al reducir la autonomía, las limitaciones son mayores a la hora de hacer ciertas tareas, incluyendo el hecho de comer (Vidal et al., 2017)

4. DISEÑO DEL PROYECTO



4.1. Justificación

Debido a la relación que existe entre la soledad en personas mayores y la alimentación, considero necesaria una intervención comunitaria para abordar las problemáticas dichas anteriormente.

La propuesta de intervención se basa en un proyecto orientado a personas mayores, donde se les proporcionará un lugar para relacionarse entre iguales. Este lugar será un comedor que cubrirá las necesidades relacionadas con una adecuada alimentación, orientación nutricional y la oportunidad de establecer una red de apoyo estable.

A diferencia de otros establecimientos que se encargan de la alimentación y las relaciones sociales, en este comedor se utilizará una metodología participante, es decir, serán los mismos miembros los que participen en la realización de un menú semanal y la preparación de las recetas diarias; siempre con la supervisión, orientación y coordinación de los profesionales responsables en cada situación.

Aunque he intentado dar la importancia de una alimentación saludable a estas edades y de la necesidad de tener unos conocimientos previos para poder establecer una dieta con orientación nutricional, no quiero dejar de lado la importancia de establecer una red de apoyo sólida, donde las personas mayores no sólo acudan a comer a este establecimiento, sino que también lo hagan a relacionarse y establecer comunicación con otros iguales, ya que quizás sea el único momento del día donde tengan contacto con otras personas.

Es necesario poder hacerles sentir útiles. Por ello, uno de los objetivos principales es que ellos mismos realicen las actividades, quedando en un segundo plano el hecho de llegar a una determinada hora, exclusivamente para comer. Considero que cuando un grupo de personas realiza actividades en conjunto, se crea un vínculo más reforzado.

Hacer tareas como pelar patatas, poner la mesa, etc., ayudará a esas personas a estar activas, motivadas, ejercitando la motricidad y la cognición.

El proyecto estará formado por tres actividades relacionadas entre ellas; orientación nutricional en grupo (donde se prepararán los menús) e individual, actividades para la realización del menú, y un servicio de comedor diario.

En definitiva, es un recurso beneficioso para la comunidad y que enriquece la zona en la que se sitúe ofertando puestos de trabajo.

4.2. Población destinataria

Este proyecto irá dirigido a personas mayores, tanto hombres como mujeres, que se encuentren residiendo en su domicilio (en pareja u hogares unipersonales). Deberán poseer la “Tarjeta Andalucía Junta Sesentaycinco” y no ser beneficiarios de ningún tipo de recurso como un centro de día o residencia donde puedan acudir a comer.

Las personas que se beneficiarán del comedor no deberán tener más de un segundo grado reconocido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

Como principal requisito, las personas deberán estar consideradas por el/la trabajador/a social del centro de salud, con riesgo de exclusión social, en exclusión social o tener un nivel bajo de apoyo social.

En el caso de que la demanda supere la oferta de plazas, las inscripciones se ordenarán dependiendo de los requisitos que cumplan y se tendrá en cuenta la preferencia de ciertas personas. Es decir, se tendrán en cuenta dos características: problemas de salud que requieran una dieta equilibrada o problemas de salud derivados de una mala alimentación (acreditado por un/a médico).

4.3. Objetivos

Objetivo general:

- Crear una red de apoyo social dirigida a personas mayores que carecen de ella.

Objetivos específicos:

- Proveer a personas mayores de 65 años de conocimientos nutricionales para la mejora de su alimentación.
- Ofertar a estas personas un servicio de comedor adecuado a su dieta.

- Desarrollar actividades que fomenten la autonomía personal a través de ejercitar la motricidad y cognición de los/as participantes.

4.4. Temporalización y localización

Las instalaciones para el proyecto estarán situadas en Úbeda, calle Carnicerito de Úbeda N° 20-22. Es un local llamado “Salón Laguna”, un salón para celebraciones como bodas, bautizos, etc. En la actualidad, lleva funcionando desde octubre como espacio de ocio y encuentro de mayores del área de mayores perteneciente al ayuntamiento de Úbeda.

El ayuntamiento tiene un alquiler con el propietario del local, por lo que sería beneficioso para el ayuntamiento poder aprovechar más tiempo las instalaciones con otro proyecto como este.

Imagen 1.



Fuente: elaboración propia.

La duración del proyecto, está diseñada para 34 semanas, contando con que las ocho primeras semanas están dedicadas a la preparación y contratación de personal.

4.5. Metodología

Se utilizará una metodología participativa, es fundamental que sea así, ya que es la diferencia que existe entre el resto de comedores dirigidos a personas mayores. La prioridad es la participación que se les ofrece a los/as mayores, que intervengan directamente en todas las actividades, que se beneficien directamente e indirectamente, ellos y el resto de la comunidad.

Esta metodología participativa se refleja claramente en la complejidad del cronograma y las diferentes actividades. El número de personal aumenta, respecto a otros comedores, ya que cuando se dirige a un grupo para realizar ciertas tareas es necesario que haya una supervisión, una guía, una evaluación, para así poder y realizando cambios y modificando los grupos, para conseguir los objetivos establecidos.

4.5.1. Contenidos

Este proyecto será llevado a cabo por una coordinadora que es trabajadora social, y dos encargados: un/a nutricionista y un/a cocinero/a, que conjuntamente con el resto del personal serán los responsables de conseguir cumplir los objetivos específicos a través de las diferentes actuaciones y actividades ejecutadas de forma eficiente. A través de la siguiente tabla se podrán observar las diferentes actuaciones, y los profesionales encargados de tales actividades:

Cuadro 8: Actuaciones:

Actuaciones	Actividades	Profesional responsable
A. Preparación de la puesta en marcha.	A.1. Recogida de inscripciones y selección de los/las participantes	Coordinadora del proyecto
	A.2 Preparación de los materiales	Coordinadora del proyecto
	A.3. Contratación de los profesionales	Coordinadora del proyecto o ayuntamiento

B. Ejecución del proyecto	B.1. Sesiones informativas	Nutricionista y/o enfermero/a
	B.2. Diseño del menú semanal y reparto de tareas de los subgrupos.	Nutricionista y coordinadora del proyecto.
	B.3. Preparación del menú diario, preparación y recogida del comedor	Coordinadora del proyecto
	B.4. Servicio de comedor	Enfermero/a
	B.5. Atención individualizada por parte de la trabajadora social o del/a enfermero/a	Trabajadora Social y nutricionista o enfermero/a
	B.6. Actividades lúdicas o tiempo libre	Monitor/a encargado/a
C. Coordinación entre profesionales	C.1. Coordinación entre la trabajadora social coordinadora del proyecto y la trabajadora social del centro de salud	Coordinadora del proyecto
	C.2. Coordinación entre nutricionista y el/la cocinero/a encargado/a	Nutricionista
	C.3. Coordinación entre trabajadora social, el/la nutricionista, enfermero/a y monitores/as	Coordinadora del proyecto
D. Evaluación	D.1. Evaluación continua	Coordinadora del proyecto
	D.2. Evaluación final	Coordinadora del proyecto

Fuente: Elaboración propia.

A. PREPARACIÓN PARA LA PUESTA EN MARCHA:

A.1. Recogida de inscripciones y selección de los participantes:

El comedor constará de 30 plazas, estas plazas serán ocupadas por personas que cumplan los requisitos citados anteriormente. La trabajadora social del centro de salud será la encargada de recoger las inscripciones ³ y rellenarlas, él o ella evaluarán el nivel

³ Ir al ANEXO I para ver la inscripción de los/as participantes.

de apoyo social que tienen estas personas y el riesgo de estar en exclusión social (requisito indispensable para poder inscribirse). También con la colaboración de los/as médicos de familia podremos conocer los problemas de salud, que en caso de que existiera una demanda superior a la oferta de las 30 plazas, se realizará una selección teniendo en cuenta los problemas de salud.

Las inscripciones serán entregadas a la trabajadora social (coordinadora del proyecto) por la trabajadora social del centro de salud. La coordinadora será la encargada de realizar la selección y la lista de espera, si procediera, con los requisitos mencionados anteriormente.

Los profesionales implicados serán: la trabajadora social (coordinadora del proyecto) que llevará una coordinación con profesionales externos al proyecto, en este caso, el/la trabajador/a social del centro de salud y los/las médicos de dicho centro.

El tiempo estimado para esta actividad será aproximadamente de dos meses, para que los profesionales de salud requieran de tiempo suficiente para la inscripción de sus pacientes.

A.2. Preparación de los materiales:

El local que será utilizado pertenece al Ayuntamiento de Úbeda, un local que fue un salón de bodas, ahora el Ayuntamiento lo utiliza los fines de semana a partir de las siete de la tarde para que las personas mayores se reúnan y puedan bailar, es decir, un salón de baile. Al tener en cuenta que el local ya está siendo utilizado por el ayuntamiento para personas mayores, cuenta con la accesibilidad y adaptabilidad de las instalaciones e infraestructura adecuadas.

Con la iniciativa de este proyecto, a ese local se le daría un uso mayor. Se utilizaría desde el lunes al domingo, sin perjudicar los horarios para el baile que seguirían en su mismo horario y espacio del local.

Las instalaciones y el mobiliario al ser los adecuados no habría que invertir en esto. El establecimiento cuenta con mesas, sillas, cuberterías, etc. en buen estado. La cocina precisa de todo el instrumental y los aparatos para la elaboración de los menús. El despacho que compartirían la trabajadora social y el/a nutricionista o enfermero/a contaría con el mobiliario.

La trabajadora social haría un listado con los materiales de oficina, de cocina, de productos no perecederos de alimentación y de aparatos informáticos que se necesitaran para la puesta en marcha.

La primera compra requerirá la coordinación entre la trabajadora social, nutricionista y el/la cocinero/a. Solo productos no perecederos. La compra de los productos perecederos se irá realizando los días previstos, una vez que empiece a funcionar el comedor.

A.3. Contratación de profesionales y empresas de servicios:

Los/as profesionales necesarios serían una trabajadora social (coordinadora del proyecto), un/a nutricionista, un enfermero/a, tres cocineros/as y cuatro monitores.

En los dos meses que dura la preparación para la puesta en marcha, se tendría que tener en cuenta contratar empresas que se encarguen de los pedidos para las compras que se realicen de alimentos y bebidas y una empresa de limpieza, que se encargue de la limpieza diaria. También la contratación de una empresa que proporcione el curso de manipulación de alimentos a los/as participantes.

Las contrataciones del personal y de las empresas se realizarían a través del ayuntamiento, por una bolsa de trabajo de todas las categorías de los/as profesionales mencionados.

B. EJECUCIÓN DEL PROYECTO:

Las actividades que se desarrollarán en todo el proyecto las podremos ver a continuación:

B.1. Sesiones informativas:

Las sesiones informativas serán de dos tipos, la sesión inicial a modo de presentación que se realizará el primer día y las sesiones informativas que se darán todos los lunes:

LA PRIMERA SESIÓN: en esta sesión se dará la información inicial tras una presentación del equipo. Se les informará a los participantes sobre las diferentes actividades, el cronograma del proyecto, los objetivos y la finalidad de tales actividades.

En esta sesión acudirán los 30 participantes y el equipo completo de profesionales, la sesión será coordinada por la trabajadora social.

Las tareas que se llevarán a cabo en esta sesión serán:

- Presentación del equipo y presentación de los participantes.
- Presentación del proyecto (cronograma).

- División de los subgrupos (2 subgrupos de 15 participantes).
- Curso manipulación de alimentos (coordinada por la empresa contratada).

Horario: lunes 30/09/2019, de 17:00h-18:30h.

SEGUNDA SESIÓN Y RESTO DE SESIONES INFORMATIVAS:

El/la enfermero/a junto con el/a nutricionista dará charlas informativas al grupo completo (30 participantes). Cada semana abordará diferentes temas sobre la alimentación, modos de preparar los alimentos, hacer la compra, manipulación de alimentos, toma de medicación relacionada con las comidas, etc.

El objetivo de las charlas informativas es informar y educar al ciudadano para que pueda así mejorar su salud y con ello su calidad de vida.

El horario será de 17:00h-18:00h, todos los lunes.

B.2. Diseño del menú semanal y reparto de tareas de los subgrupos:

Esta actividad se dividirá en dos, dependiendo de a que subgrupo vaya dirigida:

PRIMERA SESIÓN:

Esta primera sesión ira dirigida al primer subgrupo (15 participantes), que se ha debido formar anteriormente. Al primer subgrupo se les repartirán delantales de color azul, para que los participantes puedan mirar el horario y ver, dependiendo del color, qué horario les corresponde a ellos y con ello qué actividades.

Entre la trabajadora social y el/la nutricionista organizarán las tareas que le corresponda a cada uno/a de los/as participantes, esta semana en el comedor (del martes 01-10-2019 al lunes 07-10-2019).

Por parte del/a nutricionista diseñará el menú correspondiente a esta semana, en esta primera semana el menú será diseñado exclusivamente por el/a profesional, pero en las siguientes sesiones, a la vez que adquieren conocimiento los/as participantes, se les dará voz para que ellos/as mismos/as participen en el diseño del menú.

El horario de esta primera sesión, será de 18:30h-19:30h, a continuación de la primera sesión informativa: lunes 30/09/2019.

SEGUNDA SESIÓN Y RESTO DE SESIONES:

La segunda sesión irá dirigida al segundo subgrupo (15 participantes), que se ha debido formar anteriormente. Al segundo subgrupo se les repartirán delantales de color

naranja, para que los/as participantes puedan mirar el horario y ver, dependiendo del color, qué horario les corresponde a ellos/as y con ello qué actividades.

Entre la trabajadora social y el/la enfermera organizarán las tareas que le corresponda a cada uno/a de los/as participantes, esta semana en el comedor (del martes 08-10-2019 al lunes 14-10-2019).

Los subgrupos diseñarán en su semana correspondiente el menú con la ayuda y orientación del/a profesional de nutrición.

El horario de la segunda sesión y del resto, será de 18:00h-19:00h, a continuación de las sesiones informativas que serán también los lunes. Las sesiones para el diseño del menú serán alternas, es decir, un lunes el primer subgrupo, el siguiente lunes el segundo subgrupo. Se continuará con ese orden hasta el final del proyecto⁴.

B.3. Preparación del menú diario y preparación y recogida del comedor:

En esta actividad los participantes irán alternándose por semanas, el objetivo principal es fomentar la participación de los miembros:

PRIMERA SESIÓN Y RESTO DE SESIONES PARA PRIMER SUBGRUPO:

El primer subgrupo acudirá al local (con sus delantales azules) para preparar los platos elegidos para ese día, durante toda la semana (de martes 01-10-2019 al 07-10-2019).

Cada participante conocerá cuál es su tarea ese día con ayuda de un horario y de los profesionales⁵. Las tareas serán:

- Manipulación de alimentos
- Preparación del comedor
- Recogida y limpieza del comedor y cocina.

Los profesionales implicados en estas actividades: la trabajadora social (coordinadora del proyecto), los/as cocineros/as y los/as monitores/as.

Horario de: 11:30h-16:00h (de martes 01-10-2019). Cada día habrá un horario nuevo donde las tareas irán rotando por todos/as los/as participantes por orden, pasando así por todas las tareas.

⁴ Los turnos que les corresponde a cada subgrupo se podrán ver en el ANEXO II.

⁵ Las tareas de cada participante estarán señaladas en un horario, ANEXO III.

SEGUNDA SESIÓN Y RESTO DE SESIONES PARA EL SEGUNDO SUBGRUPO:

El segundo subgrupo acudirá al local (con sus delantales naranjas) para preparar los platos elegidos para ese día, durante toda la semana (de martes 08-10-2019 al 14-10-2019).

Cada participante conocerá cuál es su tarea ese día con ayuda de un horario y de los profesionales. Las tareas serán:

- Manipulación de alimentos
- Preparación del comedor
- Recogida y limpieza del comedor y cocina.

Los profesionales implicados en estas actividades: la trabajadora social (coordinadora del proyecto), los/as cocineros/as y los/as monitores/as.

Horario de: 11:30h-14:00h (de martes 08-10-2019). Cada día habrá un horario nuevo donde las tareas irán rotando por todos/as los/as participantes por orden, pasando así por todas las tareas.

B.4. Servicio de comedor:

El grupo al completo (30 personas) se dirigirán al comedor para comenzar con el servicio de comidas. Habrá un primer plato, segundo plato y postre, más la bebida que prefieran elegir. El menú podrán saberlo desde el primer día (martes hasta el lunes), se colocará un menú con el horario en el tablón de anuncios⁶.

Los profesionales podrán también comer con los/as participantes, se sentarán mezclados entre los subgrupos y profesionales.

El tramo horario del comedor será de: 14:00h-16:00h aproximadamente (todos los días de la semana, incluidos festivos).

Profesionales implicados: trabajadora social (coordinadora del proyecto), monitores/as, enfermero/a y cocineros/as.

B.5. Atención individualizada por parte de la trabajadora social y del/a enfermero/a o nutricionista

Los/as participantes se beneficiarán de una atención individualizada por parte de la trabajadora social, del enfermero/a y/o del/a nutricionista. Éstos deberán pedir cita

⁶ Plantilla del menú semanal, ANEXO IV.

previamente a los profesionales cuando requieran alguna consulta sobre la coordinación de las actividades, cualquier tipo de problemática que surjan, cambios de medicación, etc.

Los horarios destinados a estas consultas, serán de 16:00h-17:00h de lunes a sábado.

B.6. Actividades lúdicas o tiempo libre:

Las personas que no tengan turno de recogida y limpieza de la cocina, podrán disfrutar de tiempo libre con el resto de participantes para descansar, relacionarse, participar en actividades lúdicas, etc.

Las actividades lúdicas serán organizadas y dirigidas por los/as monitores/as. Estas actividades serán voluntarias.

El horario para el tiempo libre será desde las 16:00h-17:00h (lunes) y 16:00h-19:00h (resto de días).

C. COORDINACIÓN ENTRE PROFESIONALES:

C.1. Coordinación entre la trabajadora social coordinadora del proyecto y la trabajadora social del centro de salud:

Para la puesta en marcha del proyecto es muy importante tener una buena coordinación con el/a trabajador/a social del centro de salud, para que los pacientes de dicho centro puedan ser derivados para este proyecto con el visto bueno de los profesionales.

Una vez que empiecen las actividades de dicho proyecto, también se requerirá la colaboración del/a profesional para tener controlada la evolución de la salud del/a paciente. Cualquier cambio es importante conocerlo para el control y repartición de las tareas individualizadas, formación de los subgrupos (es necesario formar unos subgrupos equitativos y funcionales).

Las reuniones se realizarán cuando se precisen, dependiendo de la demanda que tenga el proyecto en los/as pacientes. Podrá ser contacto por e-mail, teléfono o en persona.

C.2. Coordinación entre nutricionista y el/la cocinero/a encargado/a

A la hora del diseño del menú, la compra, la organización en la cocina, etc. es imprescindible que exista coordinación entre todos los profesionales que intervienen. Tener en cuenta que la elección del menú es del/la enfermero/a con conocimientos nutricionales, exclusivamente. Pero existirá comunicación a la hora de hacer la lista de la

compra, entre el/a nutricionista y el/la cocinero/a encargado. También el/a enfermero/a le comunicará a los/as cocineros/as cual serán las funciones en el cocinado para los participantes.

Tendrán reuniones cada martes, antes de comenzar y de que lleguen los subgrupos, 9:00h-11:00h, para realizar la compra de los diferentes días.

C.3. Coordinación entre trabajadora social, el/la enfermero/a y monitores

Los profesionales deberán de estar coordinados a la hora de saber cuáles son las actividades que les pertenecen a cada participante, para que exista un control y supervisión sobre ello.

Para realizar esta coordinación se celebrarán reuniones periódicas con todo el equipo, que serán mensuales. La primera reunión será el lunes 23 de septiembre del 2019. Las siguientes reuniones estarán marcadas en el cronograma. Un viernes de cada mes con horario de 08:00h-11:00h.

La coordinación servirá también para realizar una evaluación continuada sobre el grupo, de ahí su importancia. Podremos ver qué método de evaluación y de qué forma se realizará la evaluación a continuación.

D. EVALUACIÓN:

D.1. Evaluación continua.

La evaluación se llevará acabo desde dos puntos, el primero será realizado por la coordinadora del proyecto, que una vez a la semana (los miércoles) elaborará un registro de asistencia de los participantes, para así, llevar un control semanal riguroso⁷.

Desde el otro punto, en las reuniones mensuales con el equipo técnico, se elaborará una valoración de los subgrupos e individual de los participantes por los profesionales, con la ayuda de una serie de variables a tener en cuenta cada una relacionada con algún ámbito: social, nutricional, participativo, etc.

D.2. Evaluación final.

La evaluación final se realizará una vez acabado el proyecto, será abordada por la coordinadora del proyecto, ésta usará las evaluaciones continuas que se han ido haciendo

⁷ El registro de asistencia se puede encontrar en el ANEXO IV y ANEXO VI.

semanal y mensualmente, y dejará los datos registrado en una plantilla de registro general de las 25 semanas⁸, para así hacer un análisis y una valoración adecuada.

Se tendrá en cuenta la percepción de los profesionales del centro de salud, como la intervención del proyecto ha afectado al participante la relación paciente-médico, teniendo en cuenta si han reducido las visitas al centro de salud, su estado de salud ha evolucionado favorablemente, etc.

Por último, los/as participantes tendrán que pasar por unas entrevistas individuales que las hará la coordinadora del proyecto, así, se podrá medir la satisfacción del/a participante⁹.

⁸ El registro de asistencia general se puede encontrar en el ANEXO VII.

⁹ Entrevista al/a participante se puede encontrar en el ANEXO VIII

4.6. Proceso de ejecución (cronograma).

Cronograma:

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Agosto							
Semana 1							
Semana 2							
Semana 3							
Semana 4							
Septiembre							
Semana 5							
Semana 6							
Semana 7							
Semana 8							
Semana 9							
Octubre							
Semana 10							
Semana 11							
Semana 12							
Semana 13							
Noviembre							
Semana 14							
Semana 15							

Semana 16							
Semana 17							
Diciembre							
Semana18							
Semana 19							
Semana 20							
Semana 21							
Semana 22							
Enero							
Semana 23							
Semana 24							
Semana 25							
Semana 26							
Febrero							
Semana 27							
Semana 28							
Semana 29							
Semana 30							
Marzo							
Semana 31							
Semana 32							
Semana 33							
Semana 34							

Leyenda:

A.1 Recogida de inscripciones: horario sin acordar	B.4 Servicio de comedor Horario: 14:00h-16:00h (de lunes a domingo)
A.2 Preparación de materiales: horario sin acordar	B.5 Atención individual Horario: 16:00h-17:00h (de lunes a sábado)
A.3 Contratación de profesionales: horario sin acordar	B.6 Actividades lúdicas Horario: 16:00h-17:00h (lunes) 16:00h-19:00h (de martes a domingo)
B.1 Sesiones Informativas: Horario: 17:00h-18:00h (lunes) 17:00h-18:30h (lunes de la semana 9)	C.1 Coordinación entre la trabajadora social coordinadora del proyecto y la trabajadora social del centro de salud Horario sin acordar.
B.2 Diseño del menú y reparto de tareas: Horario: 18:00h-19:00h (lunes) 18:30h-19:30h (lunes de la semana 9)	C.2 Coordinación entre enfermero/a y el/la cocinero/a encargado/a Horario: 09:00h-11:00h (martes)
B.3 Preparación del menú, del comedor y recogida de este: Horario: 11:00h-16:00h (de lunes a domingo)	C.3 Coordinación entre trabajadora social, el/la enfermero/a y monitores Horario: 08:00-11:00h (viernes)
D.1 Evaluación continua Horario: 17:00h-18:00h (miércoles)	D.2 Evaluación final Última semana, horario sin acordar.

4.7. Estructura de recursos y coste del proyecto

	ESPECÍFICOS		ASIGNADO	
	DESCRIPCIÓN	COSTES	DESCRIPCIÓN	COSTES
RECURSOS HUMANOS Y TÉCNICOS	Trabajadora Social (coordinadora del proyecto) (976h)	976h*10€/h=9.760€	Empresa alimentación y transporte	100€/día*175días=17.500
	Trabajador/a Social (550h)	550h*10€/h=5.500€	Empresa de limpieza	200€/mes*6=1.200€
	Nutricionista (841h)	841h*10€/h=8.410€	Empresa para la titulación de manipulación de alimentos	20€*30persona=600€
	Enfermero/a (550h)	550h*10€/h=5.500€		
	Cocinero/a (encargado/a) (691h)	691h*8€/h=5.528€		
	Cocinero/a (625h)	625h*8€/h=5.000€		
	Cocinero/a (500h)	500h*8€/h=4.000€		
	Monitor/a (2) (866h)	866h*8€/h=6.926€*2=13.852€		
	Monitor/a (2) (675h)	675h*8€/h=5.400€*2=10.800€		

Total, costes específicos

68.350€

Total, costes asignados

19.300€

	ESPECÍFICOS		ASIGNADO	
	DESCRIPCIÓN	COSTES	DESCRIPCIÓN	COSTES
RECURSOS MATERIALES	Materiales fungibles (material oficina, material informático, delantales, etc.)	1.000€	Alquiler del local, inmobiliario, instrumental de cocina, etc. ¹⁰	100€/día*238días =23.800€

Total, costes específicos

1.000€

Total, costes asigna

23.800€

COSTE TOTAL DEL PROYECTO, EN RECURSOS: 111.850€

4.8. Presupuesto

Gastos		Ingresos	
I. Personal		I. Participantes	
-1 Trabajadora Social, coordinadora del proyecto	9.760€	-Cuota diaria de los participantes	18.000€
		-Pago acreditación manipulación de alimentos	600€
-1 Trabajador/a Social	5.500€	II. Personal y materiales	
-1 Nutricionista	8.410€	Subvención del I Plan Andaluz de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la	

¹⁰ El ayuntamiento tiene alquilado el mismo local para otro proyecto, por lo que el precio del alquiler podría ser menor del mercado en el presupuesto.

		Dependencia (2016-2020).	45.035€
-1 Enfermero/a	5.000€	III. Aportación	
-1 Cocinero/a encargado/a	5.528€	“La Caixa” Programa de ayudas a proyectos de iniciativas sociales.	60.000€
-1 Cocinero/a	5.000€		
-1 Cocinero/a	4.000€		
-2 Monitores/as	13.852€		
-2 Monitores/as	10.800€		
II. Empresas contratadas			
-Empresa alimentación y transporte	17.500€		
-Empresa de limpieza	1.200€		
-Empresa para la titulación de manipulación de alimentos	600€		
III. Materiales			
-Materiales fungibles	1.000€		
-Alquiler de local	23.800€		
IV. Imprevistos y varios			
-Un 10%	11.185€		

Total de gastos =

123.635€

Total de ingresos

123.635€

4.9. Evaluación

Como se ha podido ver en las actividades de evaluación se utilizará métodos cuantitativos, como es el registro de asistencia. Pero también una metodología cualitativa, ya que se tendrá en cuenta la satisfacción de los participantes a través de entrevistas finales y la percepción de los diferentes profesionales, tanto los internos al proyecto como los colaborativos externos.

El proyecto tiene que tener la capacidad de cumplir con los objetivos marcados, a través de una metodología adecuada y llevada a cabo de una forma rigurosa y respetuosa con la práctica profesional y con los/as participantes.

En la siguiente tabla se podrá ver las partes de la evaluación y sus variables:

ASPECTOS A EVALUAR	VARIABLE	INDICADORES DE EVALUACIÓN
Participantes	- Información inicial (si es necesaria o no el ingreso en el proyecto)	- Inscripción de los participantes
	- Satisfacción	- Entrevista final individual
Actividades	- Participación	- Hojas de asistencia
Eficacia	- Participación activa durante la realización del curso	- 75% de los/as participantes asistentes a las actividades han de asistir continuamente.
	- Mejorar la salud de las personas mayores	- 40% de los/as participantes habrán mejorado su salud general (acreditación médica)

	- Promover la actividad y autonomía de las personas mayores y las relaciones de apoyo.	- Realización del proyecto para 30 personas para establecer relaciones con iguales a través de aprendizaje nutricional.
--	--	---

5. RELACIÓN DE LA TEMÁTICA CON EL TRABAJO SOCIAL

El trabajo social tiene su base en la relación con la comunidad en un proyecto de intervención comunitaria, como he presentado con anterioridad. Empezaré definiendo qué es el trabajo social en la intervención colectiva. Es “la acción de los trabajadores sociales con un conjunto de usuarios constituido por varios individuos o varios grupos.” (De Robertis, C. y Pascal, H., 2007, pág.53).

Según De Robertis, el/a trabajador/a social es un agente de cambio, es decir, el/a profesional interviene en una realidad dinámica de la comunidad; en este caso, es la realidad en la que se encuentran los mayores de nuestra sociedad. Una sociedad que ha ido evolucionando, por lo que las circunstancias de las personas mayores, son diferentes a la que se encontraban hace unos años. El/a trabajador/a social debe conocer esta realidad para así poder organizar y movilizar a la sociedad ante las instituciones, sirviendo de unión entre ellos, para que se puedan cubrir las nuevas necesidades con recursos y ofertas de servicios, tanto por parte de la población como por parte de las instituciones (2007).

La necesidad de un/a trabajador/a social en un proyecto para la comunidad es fundamental, ya que estos profesionales deben tener las herramientas necesarias, tanto teóricas como prácticas para en un primer momento, descubrir a través de un diagnóstico social, cuál es la necesidad y el objetivo necesario para abordar en una comunidad, barrio o para un determinado colectivo, etc. En este caso, la relación de una red de apoyo para personas mayores a través de la nutrición. Cómo una intervención social directa, puede modificar una realidad evidente y que está contrastada.

La coordinadora del proyecto, debería ser una trabajadora social, ya que el diseño está hecho por tal profesional. Un/a profesional que tenga contacto directo con la población, que pueda comprobar el funcionamiento del proyecto, que supervise y evalúe, teniendo en cuenta siempre la mejora de la sociedad en general.

Desde este proyecto un/a trabajador/a social podrá ejercer varios roles como, asesor-informador, facilitador de recursos materiales y técnicos, incitador del proceso, promotor, estimulador, agitador, animador, etc. Por los que ha sido formado anteriormente y a los que está cualificado para ejercer.

Un/a buen/a trabajador/a social debe ser capaz de aportar las herramientas necesarias a las personas que las requieran, no se puede basar en una ayuda asistencial. Por ello, este proyecto utiliza una metodología participativa, donde hay que ser capaz de promover la autonomía de las personas mayores, dándole un servicio que les permita no verse obligado a institucionalizarse.

6. CONCLUSIONES

Se han tratado las variables más destacables que afectan a las personas mayores en la actualidad. Desde mi punto de vista, un proyecto tiene la obligación de responder a varias problemáticas a la vez. Uno de las principales sería la relación con otros iguales, es decir, la importancia de construir una red social sólida, a través de otro tema importante para la salud: la alimentación. Podemos establecer relaciones duraderas y sólidas mientras que adquieren conocimientos, los cuales mejorarán su salud y con ello su calidad de vida.

El comedor de mi proyecto puede ofrecer un servicio convencional de comidas equilibradas como cualquier otro comedor, con un/a nutricionista que diseñe el menú. Sin embargo, el nuestro ofrece más servicios innovadores como: charlas informativas, para que sean ellos/as los/as que puedan diseñar sus propios menús dependiendo de sus necesidades individuales, también se les brinda la oportunidad de poder preparar los platos, tanto para ellos/as como para los/as que no cocinen ese día. No serán simples comensales, sino unos participantes activos que mejorarán sus habilidades sociales, la motricidad fina y gruesa, la autonomía, autoestima, etc.

Los/as profesionales contratados deberán ser capaces de llevar el proyecto de la teoría a la práctica de tal forma que el personal esté cualificado para realizar sus actividades laborales y también atender a las necesidades sociales, responder ante posibles imprevistos, tener habilidades sociales altas, etc.

El lugar elegido para su desarrollo tiene ciertas ventajas tales como unas instalaciones listas para su uso. Se trata de un local alquilado por el ayuntamiento, del cual se pueden aprovechar al máximo los recursos ya establecidos.

La mayoría de municipios consta de comedores dirigidos a personas mayores, incluso de un hogar del jubilado, donde hombres y mujeres asisten al comedor o donde

pasan la tarde entretenidos. Sin embargo, en mi opinión, dichos establecimientos deberían ser cambiados o modificados, de tal modo que ellos y ellas tengan una participación más activa, donde se ayuden y cooperen entre sí; como es el caso que propongo en mi proyecto.

Aunque está diseñado sólo para 30 personas, si con las 25 semanas en las que está en funcionamiento el comedor, los resultados son positivos y los esperados, podría crecer el número de participantes y con ello el de los/as profesionales, con una duración estable y duradera.

Los beneficios son para la comunidad en general, es decir, la sociedad que rodea a este colectivo (los puestos de trabajo, las empresas contratadas, los familiares de los/as participantes y ellos mismos). Y las instituciones también se verían beneficiadas de tal proyecto, ya que la salud de un número de personas y alguna necesidad estarían supervisadas por los/as profesionales del comedor.

Mencionar que como familiar de personas mayores dependientes y futura trabajadora social, es difícil cuando una persona mayor empieza a no poder cubrir sus necesidades de forma autónoma y existen recursos asistencialistas, los cuales son rechazados por estas personas y sus familiares, en algunos casos, como el ingreso en residencias de mayores. Creo que se les debe dar la oportunidad de seguir participando en todo lo que ellos/as puedan seguir realizando y reforzarlo día a día.

Una persona aislada en su hogar con alguna limitación, no podrá ser capaz de hacer de comer y quizás no tenga ganas de alimentarse, pero cuando una persona trabaja en grupo, las carencias de uno son las fortalezas de otro, por lo que los beneficios que puede aportar formar parte de un grupo que consigue objetivos diarios, son más enriquecedores que esos objetivos sean cumplidos por terceros para ti.

Para finalizar, comentar que hice mis prácticas de cuarto curso en el centro de salud y tuve la oportunidad de trabajar en un grupo de mujeres mayores de una Parroquia de Úbeda. Ellas me demostraron lo positivo que era para ellas formar parte de ese grupo, de saber que se tenían las unas a las otras, y que se podía aprender en grupo. También me hicieron ver lo gratificante que es trabajar con este colectivo y la necesidad que tuve de investigar más a las personas mayores y cómo poder mejorar su calidad de vida.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Abellán, A., Ayala, A., Pérez, J., & Pujol, R. (2018). *Un perfil de las personas mayores en España, 2018 Indicadores estadísticos básicos*. Informes Envejecimiento En Red, (17). Recuperado el 22 de febrero de 2019, de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enredindicadoresbasicos18.pdf>
- Andía, V. (2017) *Guía práctica para las personas mayores*. Bilbao: Universidad del País Vaco.
- Arbonés, G., Carbajal, A., Gonzalvo, B., González-Gross, M., Joyanes, M., Marques-López, I. et al. (2003). Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores. Grupo de trabajo salud pública de la sociedad española de nutrición (SEN). *Nutr. Hosp.* 18 (3). Recuperado el 19 de marzo de 2019, de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112003000300001
- Beltrán, B., Carbajal, A., Cuadrado, C., Varela-Moreiras, G., Ruiz-Roso, B., & Martín, M. et al. (2001). Nutrición y salud en personas de edad avanzada en Europa. Estudio SENECA's FINALE en España. 2. Estilo de vida. Estado de salud y nutricional. Funcionalidad física y mental. *Revista Española De Geriatría Y Gerontología*, 36(2), págs. 82-93. Recuperado el 19 de marzo de 2019, de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X01746914>
- Centurión, L., Aparicio, A., Ortega, R., Rodríguez, E., López, B., & López, A. (2010). Asociación entre riesgo de desnutrición y capacidad afectiva en personas de edad avanzada institucionalizadas de la Comunidad de Madrid. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, (N2, Vol. 30), págs. 33-41. Recuperado el 2 de abril de 2019, de: http://nutricion.org/publicaciones/revista_2010_02/Asociacion%20riesgo%20capacidad.pdf.
- Cruz Roja Española. (s/f). Dependencias relacionadas con enfermedad. Recuperado el 19 febrero de 2019, de: http://www.cruzroja.es/porta1/page?_pageid=418,12392538&_dad=porta130&_schema=PORTAL30
- De la Fuente, Y. (2017). Envejecimiento físico, psicológico y social. Apuntes de la asignatura de discapacidad, mayores y dependencia que se imparte en el 4º curso

- del grado en trabajo social en la Universidad de Jaén. Recuperado en noviembre del 2018, de: <https://dv.ujaen.es/ilias.php?baseClass=ilPersonalDesktopGUI>
- De Robertis, C. (2006). *Metodología de la intervención en trabajo social*. (1st ed.). Buenos Aires (Argentina): Grupo editorial Lumen.
- De Robertis, C., & Pascal, H. (2007). *La intervención colectiva en trabajo social. La acción con grupos y comunidades*. Buenos Aires (Argentina): Grupo editorial Lumen.
- García, A., Benito, J., Martínez, R., Sánchez, A.M., & Pedrero, E. (2002). *Las personas mayores desde la perspectiva para la salud*. Murcia: Universidad de Murcia; Servicio de Publicaciones.
- Giró, J. (coord.). (2011). *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva pluridisciplinar*. La Rioja: Universidad de la Rioja, Servicio de publicaciones. Recuperado el 6 de febrero del 2019, de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=4783>
- Pedro Javier, H. (2006). Educación y desarrollo comunitario: Dialogando con Marco Marchioni. *Cuestiones Pedagógicas*, (18), págs. 285-300. Recuperado el 5 de mayo del 2019, de: <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/29980>
- Iglesias, J. (2001). La soledad en las personas mayores: influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaria General de Asuntos Sociales e Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Recuperado el 10 de febrero del 2019, de: <http://www.camfpozoblanco.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/5006lasoledad.pdf>
- Vidal, M., Labeaga, J., Casado, P., Madrigal, A., López, J., Montero, A., & Meil, G. (2017). INFORME 2016: Las personas mayores en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Recuperado el 14 de diciembre del 2018, de: http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/informe_ppmm/index.
- Instituto Nacional de Estadística. (2017). Encuesta continua de hogares. Madrid: INE. Recuperado el 6 de febrero del 2019, de:

<https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/p274/serie/prov/p01/l0/&file=01016.px>

- Lorente, R. (2017). *La soledad en la vejez: análisis y evaluación de un programa de intervención en personas mayores que viven solas*. Tesis Doctoral. Universidad Miguel Hernández de Elche. Recuperado el 14 de diciembre del 2018, de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=123014>
- Organización Mundial de la Salud. (s/f). Preguntas más frecuentes. Recuperado el 8 de febrero del 2019, de: <https://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Pinazo, S., & Bellegarde, M. (2018). La soledad de las personas mayores. Conceptualización, Valoración e intervención [versión electrónica] (Nº5). Estudios de la Fundación para la autonomía personal. Recuperado el 6 de mayo del 2019, de: <http://www.fundacionpilares.org/docs/publicaciones/fpilares-estudio05-SoledadPersonasMayores-Web.pdf>
- Real Academia Española. (2018). Diccionario de la lengua española [versión electrónica]. Madrid: RAE. Voz: Recuperado el 8 de febrero del 2019, de: <https://dle.rae.es/?id=YGkk3NL>

ANEXOS:

ANEXO I: inscripción para los participantes

Información del evento

Nombre del evento	"Título del proyecto o comedor"	
Fecha	30 de septiembre del 2019 (lunes)	Hora: 17:00h-18:30h
Ubicación	C/Carnicerito de Úbeda nº20 Y 22	

Información del coordinador

Nombre	Marina Rojas Pérez
Teléfono	628741991
Correo electrónico	marina.rjas@gmail.com

Información del/a participante

Nombre		
Apellido		
Teléfono	Teléfono alternativo	
Correo electrónico		

Requisitos:

SI

Apoyo social bajo:	☐
Tarjeta Andalucía Junta Sesentaycinco:	☐
NO es beneficiario de otras ayudas relacionadas con comedor	☐
Problemas de salud derivados de una mala alimentación:	☐

Observaciones por parte del médico:	SI
-------------------------------------	----

Problemas de salud que requieren una dieta específica:

☐

Problemas de salud derivadas de una inadecuada alimentación.

☐

Observaciones por parte del/a Trabajador/a Social:
--



ANEXO II: Horario para el cocinado B.2:

MES: OCTUBRE 2019



L	M	X	J	V	S	D
30	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31	1	2	3

	GRUPO N.1
	GRUPO N.2

ANEXO III: Reparto de tareas de los grupos:



Día: ____/____/____

REPARTO DE TAREAS DEL GRUPO 1

NOMBRE	AYUDA EN LA COCINA	PREPARACIÓN DEL COMEDOR	RECOGIDA DEL COMEDOR Y LIMPIEZA COCINA
Participante 1			
Participante 2			
Participante 3			
Participante 4			
Participante 5			
Participante 6			
Participante 7			
Participante 8			
Participante 9			
Participante 10			
Participante 11			
Participante 12			
Participante 13			
Participante 14			
Participante 15			

Día: ____/____/____

REPARTO DE TAREAS DEL GRUPO 2

NOMBRE	AYUDA EN LA COCINA	PREPARACIÓN DEL COMEDOR	RECOGIDA DEL COMEDOR Y LIMPIEZA COCINA
Participante 16			
Participante 17			
Participante 18			
Participante 19			
Participante 20			
Participante 21			
Participante 22			
Participante 23			
Participante 24			
Participante 25			
Participante 26			
Participante 27			
Participante 28			
Participante 29			
Participante 30			

ANEXO IV: Plantilla menú semanal.



Semana del:

____/____/____

al ____/____/____

MARTES: ____/____/____
1º. PLATO:
2º. PLATO:
POSTRE:
MIÉRCOLES: ____/____/____
1º. PLATO:
2º. PLATO:
POSTRE:
JUEVES: ____/____/____
1º. PLATO:
2º. PLATO:
POSTRE:

VIERNES: _____/_____/_____
1º. PLATO:
2º. PLATO:
POSTRE:
SÁBADO: _____/_____/_____
1º. PLATO:
2º. PLATO:
POSTRE:
DOMINGO: _____/_____/_____
1º. PLATO:
2º. PLATO:
POSTRE:
LUNES: _____/_____/_____
1º. PLATO:
2º. PLATO:
POSTRE:

ANEXO V: Registro de asistencia I:

REGISTRO DE ASISTENCIA TAREAS: (11:30h-16:00h).

Día: _____/_____/_____		
Subgrupo:		
Número de participante.	Nombre y apellidos.	Asiste (SI/NO)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
TOTAL		

NOMBRE Y APELLIDOS DE PROFESIONALES IMPLICADOS		CATEGORIA PROFESIONAL
1 (responsable)		
2		
3		
4		
5		
6		

Funcionamiento del grupo:

Respetan el horario:

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
--------------	-------------------	----------------	---------------------	----------------

Respetan la opinión de los demás:

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
--------------	-------------------	----------------	---------------------	----------------

El grupo es participativo, preguntan y plantean su propia experiencia:

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
--------------	-------------------	----------------	---------------------	----------------

Escuchan:

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
--------------	-------------------	----------------	---------------------	----------------



ANEXO VI: Registro de asistencia II:

Dia: _____/_____/_____		
Número de participante.	Nombre y apellidos.	Asiste (SI/NO)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		

28		
29		
30		
TOTAL:		



ANEXOS VII: EVALUACIÓN FINAL (REGISTRO):

REGISTRO FINAL:

Añadir el total de participantes del registro I y el total del registro II de cada día.

	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado		Domingo	
	R.I	R. II	R. I	R. II	R. I	R. II	R. I	R. II	R. I	R. II	R. I	R. II	R. I	R. II
Sem.1														
Sem.2														
Sem.3														
Sem.4														
Sem.5														
Sem.6														
Sem.7														
Sem.8														
Sem.9														
Sem.10														
Sem.11														
Sem.12														
Sem.13														
Sem.14														
Sem.15														
Sem.16														
Sem.17														
Sem.18														
Sem.19														
Sem.20														
Sem.21														
Sem.22														
Sem.23														
Sem.24														
Sem.25														



ANEXO VIII: entrevista de satisfacción al/a participante:

PARTICIPANTE: _____

FECHA: _____

PROFESIONAL_____

1) ¿Cómo se ha sentido participando en este proyecto?

2) ¿Qué opina del lugar donde se ha realizado?

3) ¿Qué le ha parecido el horario y la duración?

4) ¿Qué destacaría como lo mejor del proyecto?

5) ¿Qué destacaría como lo peor y que podría cambiarse?

6) ¿Qué ha aprendido de este proyecto?

7) ¿Ha cambiado su día a día?

8) ¿Recomendarías a algún conocido/a que se apuntara al proyecto?

9) ¿Cómo ha sido el trato recibido por los/a trabajadores/as?

10) ¿Podría puntuar su satisfacción del 1 al 10?

