



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Trabajo Social

Trabajo Fin de Grado

PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN CENTROS RESIDENCIALES

Alumno/a: Rosa M^a Alhambra G^a-Cervigón

Tutor/a: Juana Pérez Villar

Dpto: Psicología

Junio, 2015

Índice

1. ESTADO DE LA CUESTIÓN, MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL.....	5
1.1 DIFERENCIACIÓN ENTRE VEJEZ Y ENVEJECIMIENTO	5
1.2 EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN ANCIANA EN ESPAÑA	5
1.3 RECURSOS SOCIALES PARA LA ATENCIÓN Y CUIDADO DE LAS PERSONAS MAYORES	9
1.4 PERFIL MÁS COMÚN DE LAS PERSONAS QUE INGRESAN EN RESIDENCIAS.....	11
1.5 INTERVENCIÓN SOBRE LOS FACTORES FÍSICOS, COGNITIVOS Y AFECTIVOS DEL ANCIANO	12
1.6 FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL EN UNA RESIDENCIA DE ANCIANOS	15
1.7 MARCO NORMATIVO QUE SIRVE DE APOYO AL PRESENTE PROYECTO DE INTERVENCIÓN	16
2. PROYECTO DE INTERVENCIÓN: “PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN CENTROS RESIDENCIALES”	18
2.1 OBJETIVOS	18
2.2 DESTINATARIOS	19
2.3 METODOLOGÍA	19
2.4 ACTIVIDADES	22
2.5 RECURSOS.....	23
2.6 PRESUPUESTO	23
2.7 TEMPORALIZACIÓN	26
2.8 EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS	28
3. CONCLUSIONES.....	30
4. BIBLIOGRAFÍA.....	31
5. ANEXOS	34

Resumen

Hoy en día la población anciana alcanza edades elevadas, lo que puede llevar aparejado situaciones de falta de autonomía personal. Este hecho, hace que estas personas requieran cuidados personales para satisfacer sus necesidades básicas y, que por diversos motivos, no pueden cubrirse dentro de su entorno habitual. Lo que les hace precisar de un centro residencial donde dichas necesidades sean satisfechas.

En este sentido, es importante que en las residencias de mayores, se preste no solo una atención a las necesidades y cuidados básicos (alimentación, higiene, vestido, etc.) sino que además, la intervención de los profesionales esté encaminada a ralentizar el deterioro normal del proceso de envejecimiento y, a promover estados emocionales y relacionales más saludables.

En definitiva, se ha aprovechado la realización de este Trabajo Fin de Grado para diseñar un proyecto de intervención en centros residenciales, orientado a desarrollar una intervención activa, especialmente en el área social/relacional, ya que para los seres humanos cobra gran relevancia las afinidades entre sus iguales.

Palabras clave: Personas mayores, intervención social, centros residenciales de mayores, calidad de vida.

Abstract

Nowadays, the elderly population reaches advanced ages, which can cause gaps of personal autonomy. This makes these people require personal cares to satisfy their basic needs, for several reasons, they can not be covered in their usual environment. For this reason they need a residential center where those needs are satisfied.

In this sense, it is important that nursing homes, is lend not only attention to the needs and basic cares (feeding, hygiene, clothing, etc.) but also the intervention of professionals is aimed to slow the normal deterioration of aging and, promote healthier emotional and relational statements.

In conclusion, with this Final Project, the opportunity has been taken to design an intervention project in residential centers, oriented to develop active intervention, especially in the social / relational area where affinities among equals are very relevant for humans.

Keywords: Elderly people, social intervention, residential care homes, quality of life.

Introducción

Este proyecto nace con la intención de profundizar en algunos conocimientos acerca de la importancia de mantener de forma activa a las personas de edad avanzada y, de manera más concreta, aquellos que viven en el ámbito residencial. Es provechoso que estos centros estén dotados de un equipo de profesionales, altamente cualificados con unos conocimientos específicos, sobre cómo trabajar con estas personas. Además de estar capacitados para poner en marcha estrategias efectivas, a pesar del grado de dependencia de sus usuarios, para evitar problemas que puedan incidir en los ancianos a nivel físico, cognitivo y afectivo.

El hecho de encontrar en una residencia de mayores, personas con deterioro cognitivo es algo normalizado, pues el acceso a este tipo de recursos se obtiene cuando cumplen con el requisito de tener reconocido, al menos, un grado II de dependencia. A esto hay que añadir que, según la Sociedad Española de Psiquiatría Geriátrica “el 90% de las personas mayores institucionalizadas tienen depresión o deterioro cognitivo” (Balance de la Dependencia, 2012). Por lo que consideramos que la intervención con personas que residen en un centro, debe ir más allá de la mera prestación de cuidados personales y atención básica, debiéndose promover la realización de otras actuaciones complementarias, sobre todo encaminadas a fomentar las relaciones interpersonales y con el entorno, así como a desarrollar la autoestima y la autoconfianza, con el objetivo de contribuir a bajar el alto porcentaje de los residentes con patología depresiva.

Por tanto, el fin último de este trabajo, es diseñar una propuesta de intervención social destinada a personas mayores que conviven en un centro residencial, haciendo especial hincapié en los aspectos sociales relacionados con los individuos, ya que este tipo de intervenciones puede contribuir directamente con una mayor calidad de vida de las personas, a través de la atención de los aspectos concernientes a las relaciones interpersonales, promoción de la autodeterminación, mejora de la autoestima, etc.

1. Estado de la cuestión, marco teórico y conceptual

1.1 Diferenciación entre vejez y envejecimiento

Son numerosas las definiciones que podemos ver sobre la vejez y el envejecimiento. Unas se ajustan a la pérdida de la capacidad de respuesta de nuestro organismo y otras en la pérdida de la función de los órganos, etc.

Así, para definir el término de vejez, podemos centrarnos en dos enfoques. Por un lado, tenemos la tesis común, formulada por la biología y las ciencias de la salud y, por otro lado, la teoría ofrecida por las ciencias sociales. La primera, prefiere acercarse al término de vejez como el deterioro del cuerpo humano, a consecuencia del proceso de envejecimiento, es decir, el paso de los años produce una disminución física y psicológica en la persona, propio del periodo de vejez. Y la segunda, ajusta su definición de vejez a la edad de jubilación, por lo que este periodo comenzaría a los 65 años de edad, ya que es el momento en el que se tiene que abandonar la vida laboral, a causa de la disminución de capacidades biológicas, que produce el proceso de envejecimiento, (González, López, & Marín, 1997).

En cuanto al término de envejecimiento, podemos encontrar diferentes conceptualizaciones, pero para este trabajo, nos vamos a centrar en la que nos aporta Castanedo, que se refiere al mismo como aquel proceso en el que se producen cambios bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales, a los que las personas están sometidas, como consecuencia del paso del tiempo a lo largo de la vida, (Rodríguez K. , 2011).

1.2 Evolución de la población anciana en España

Desde hace unas décadas, las características demográficas de la sociedad española, ha experimentado grandes cambios, fundamentalmente relacionados con el aumento de la esperanza de vida y la baja natalidad, teniendo como consecuencia, el incremento del número de personas de más edad. Por tanto, debido al aumento de la esperanza de vida, en la actualidad es más notorio que la población ha envejecido y que lo sigue haciendo a un

ritmo acelerado. De hecho, no es extraño, a diferencia de épocas anteriores, tener entre nuestros familiares y personas cercanas, ancianos que superen los 80 años (Pérez, 2004). Esto se debe a varios factores, entre los que se encuentra el gran avance en el área sanitaria, con la aparición de nuevas tecnologías y medicinas, así como, la mejora en la alimentación, producida por la no escasez de productos y, por último, la higiene medioambiental, como puede ser, el consumo de agua potable (Malagón, 2003).

La evolución, tanto del aumento de la esperanza de vida como el descenso de la natalidad, se pueden ver reflejadas en los gráficos 1 y 2, procedentes del Instituto Nacional de Estadística. Por un lado, y a lo que respecta a la esperanza de vida, si echamos la vista atrás, vemos que en el año 1900, la edad de los hombres y de las mujeres, oscilaban entre los 33 y 36 años, respectivamente, edades muy diferentes a las que se alcanzan en la actualidad, situándose en una media de 77 años en los hombres y 85 años en las mujeres. Además, los expertos nos dicen que si continuamos con esta tendencia, las previsiones para el año 2031 serán de 81 años para los hombres y 87 años para las mujeres.

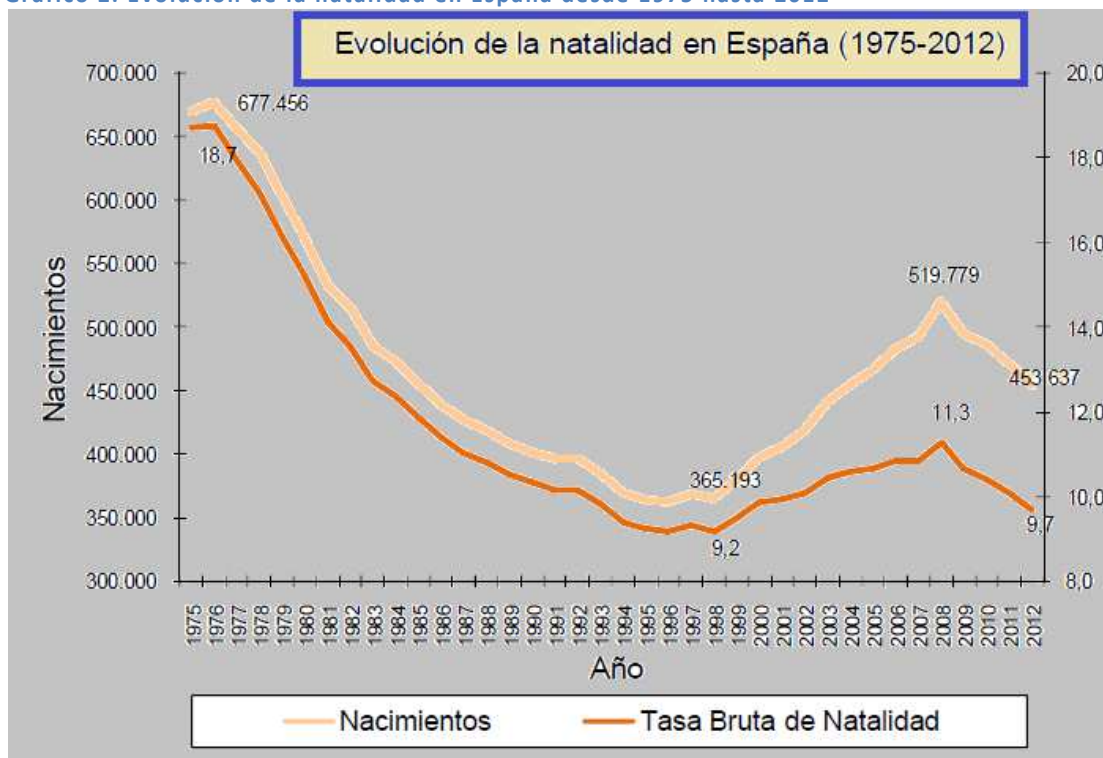
Gráfico 1. Esperanza de vida al nacer, desde el año 1900 y previsión de la esperanza de vida hasta el año 2031



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Recuperado de "El blog de Luis Miguel", (Ruiz, 2014).

Por otro lado, y como segundo factor, nos encontramos con un envejecimiento de la población, causado por un considerable descenso de la tasa de natalidad. Basándonos en el gráfico y refiriéndonos a los años más cercanos, el descenso de natalidad, se produce en el año 2009. De forma que, a partir de ahí, sigue bajando sin encontrar ningún leve ascenso, hasta 2012, que es hasta donde nos permite ver el gráfico.

Gráfico 2. Evolución de la natalidad en España desde 1975 hasta 2012

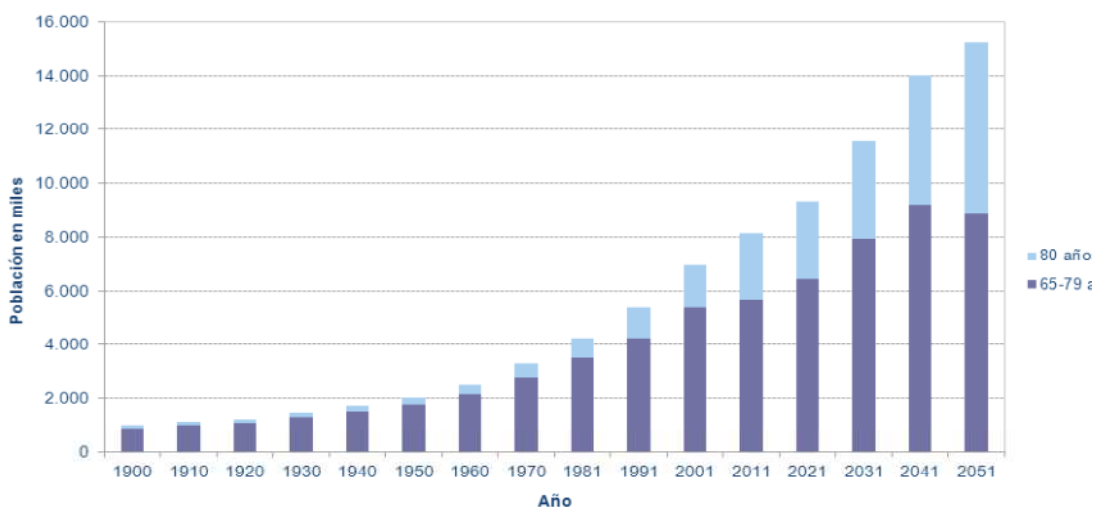


(Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Recuperado de “[Blog de Geografía del profesor Juan Martín Martín](#)”, (Martín J. , 2013)

Al visualizar estos datos, además de comprender por qué en la actualidad la población anciana es mucho más numerosa que en generaciones anteriores (la esperanza de vida ha aumentado y la natalidad ha descendido notablemente), nos lleva a plantearnos cómo ha sido la evolución de la población de nuestros mayores, traduciéndose en un aumento gradual de habitantes mayores a medida que pasan los años.

Gráfico 3. Evolución de la población mayor desde 1900 hasta 2051

(* De 1900 a 2011 los datos son reales; de 2021 a 2051 se trata de proyecciones)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Recuperado de “Informes de envejecimiento en red” (Abellán, Vilches, & Pujol, Un perfil de las peronas mayores en España, 2014. Indicadores estadísticos básicos., 2014)

Todo lo expuesto tiene un resultado muy claro y, es que el incremento de la esperanza de vida y el descenso de la tasa de natalidad, favorece el aumento de la población anciana. Y, el hecho de que las personas vivan más tiempo, puede llevar consigo un importante deterioro físico y/o psíquico, que desemboca en la pérdida de autonomía de la persona y, por consiguiente, hace que sean parcial o totalmente dependientes (Belizón, 2005). Por tanto, como respuesta a este fenómeno, que nos hace inferir que estamos ante la necesidad de poner en marcha todas las herramientas necesarias para que nuestros mayores sean cuidados y vean cubiertas todas sus necesidades, unido además, a los cambios producidos en la sociedad, que conllevan indudablemente a la aparición de demandas o exigencias por parte de las personas mayores, aparecen multitud de recursos sociales para la atención y cuidado de este grupo social, así como servir de apoyo a sus familiares, adaptándose a las características y necesidades de cada persona y persiguiendo el fin de mejorar la calidad de vida y evitar la exclusión social de este colectivo.

1.3 Recursos sociales para la atención y cuidado de las personas mayores

Siguiendo a Patrocinio las Heras y a Elvira Cortajarena, podemos decir que los recursos sociales son “aquellos medios humanos, materiales, técnicos, financieros, institucionales, etc. que se dota a sí misma una sociedad para subvenir a las necesidades de sus individuos, grupos y comunidades en cuanto integrantes de ella” (Lazaro, Rubio, & Juárez, 2007:83).

Para facilitar la permanencia de las personas mayores en su entorno habitual, se ha promovido desde los poderes públicos, una serie de recursos para ayudar a las redes informales en su labor de atención a las personas en situación de dependencia, entre los que podemos encontrar los siguientes:

✓ **Centros de participación activa:** este tipo de dispositivos promueven el envejecimiento saludable y, se dirigen hacia aquellas personas mayores de 60 años para fomentar la convivencia, la integración, la participación, la solidaridad y las relaciones con el medio social (Junta de Andalucía).

✓ **Teleasistencia:** es un elemento destinado a personas mayores que viven o pasan mucho tiempo solas. Se trata de un medallón para que, el usuario en caso de algún tipo de accidente en su propio domicilio, sus familiares puedan ser avisados (Belizón, 2005).

✓ **Servicios de Ayuda a Domicilio (S.A.D.):** este programa se dirige hacia aquellas personas mayores con menor autonomía y que solo necesitan ayuda en ciertas ocasiones y para algunas actividades concretas de la vida diaria, consiguiendo, de este modo, que la persona permanezca en su domicilio el mayor tiempo posible. (Belizón, 2005).

✓ **Unidades de estancia diurna:** están destinadas hacia aquellas personas de edad avanzada con mayor dependencia para realizar actividades básicas de la vida diaria, o con necesidades terapéuticas, rehabilitadoras o psicosociales y, que por distintos motivos, como puede ser vivir solos o que sus familiares no tengan la facilidad de conciliar la vida laboral con el cuidado del mayor, se les ofrece la oportunidad de seguir viviendo en su

domicilio habitual, además de ser atendidos por profesionales al permanecer durante el día en este tipo de centros (Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales).

✓ **Respiro familiar:** el cuidado de los ancianos con gran falta de autonomía, puede producir en numerosas ocasiones en los familiares cuidadores una sobrecarga física o emocional. Por tanto este programa, en apoyo a los familiares, ofrece una serie de recursos como por ejemplo una estancia temporal a la persona dependiente, para que el familiar pueda dedicar tiempo a sí mismo/a (Martín M. , 2003).

A pesar de la ayuda que ofrecen estos dispositivos, en algunas ocasiones, el hecho de que el anciano sea atendido en su entorno, no es posible. Por lo que es necesario recurrir a su ingreso en una residencia. Para aproximarnos más a este recurso, **los centros residenciales**, se pueden definir como unos “centros gerontológicos abiertos para desarrollo personal y atención socio-sanitaria interprofesional en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia” (Rodríguez P. , 2004:105).

Así mismo, se considera adecuado conocer los motivos de utilización de este recurso, producidos por cambios que se están originando en la sociedad en las últimas décadas, ya que esto nos ayudará a comprender en mayor medida sus necesidades y, orientará nuestras intervenciones profesionales. Entre los cambios sociales que se están produciendo en mayor medida, según el Libro Blanco (2004), podemos destacar:

- El sobre-envejecimiento de la población.
- La desaparición de la familia extensa.
- La incorporación de la mujer al trabajo.
- La desvinculación permanente de la familia al producirse separaciones y divorcios.
- La creciente movilidad geográfica y nuevos modelos familiares.

Pero a pesar de esta situación generada por los cambios sociales actuales, y haciendo referencia a numerosos expertos en el tema y a la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, que en su artículo 13, parte de la idea de que la persona anciana debe permanecer dentro de su entorno habitual, siempre que sea posible, según una encuesta del IMSERSO, el 86,5% de los cuidados a las personas mayores dependientes, lo prestan las redes informales,

especialmente, la familia (Giorgi, 2004), frente a los datos que aporta Abellán A. (2013), al señalar que en 2011, sólo un 3,3% de la población española con 65 años o más se encontraban en una residencia.

1.4 Perfil más común de las personas que ingresan en residencias

Según el Observatorio de Personas Mayores (2011), los datos estadísticos en España a 31 de diciembre de 2011, podemos caracterizar a la población usuaria de centros residenciales en relación a la edad y el sexo, debido a que el 66% de los usuarios tienen más de 80 años y, la edad media se sitúa en torno a los 81. Asimismo, pone de manifiesto que la edad de ingreso es más elevada en las mujeres (alrededor de los 83 años) que en los hombres (80 años). En cuanto al sexo de los residentes, el estudio indica que 66% son mujeres. Por otro lado, referente a su capacidad de autonomía, nos encontramos que el 71% se encuentra en situación de dependencia y el 24% ocupa una plaza psicogeriátrica.

En resumen, podemos ver que el panorama residencial alberga a un mayor número de mujeres institucionalizadas, debido a su mayor longevidad con respecto a los hombres (Montoya, 2004), ya que dentro del colectivo de Tercera Edad, cada vez hay personas con más edad (Pérez, 2004). Y, por último, los usuarios de las residencias, en su mayoría son personas asistidas, pues el aumento de la edad, según datos del IMSERSO (2002), provoca que a partir de los 60 años el riesgo de desarrollar algún tipo de incapacidad sea el doble, mientras que cuando se supera los 80 años, es el triple (Rodríguez & Mesa, 2006).

Dicho todo esto, se ve la necesidad de entender que el ingreso de las personas mayores en una residencia, no se debe reducir a una simple estancia en el centro, recibiendo exclusivamente apoyo en los cuidados personales. Práctica, que puede ser ocasionada, en muchas ocasiones por falsas creencias que tiene la sociedad con respecto a este colectivo y, que puede llegar a incidir en la forma de trabajar de los profesionales del centro. Pues, tendemos a pensar que los ancianos ya no tienen edad para aprender y no pueden hacer nada, entrando en una idea de inutilidad (Pareja, 2003). De igual modo, se puede afirmar que la sociedad occidental tiene una fuerte tendencia a elogiar la autonomía, por lo que cuando por motivos de salud, las personas mayores se ven con la necesidad de recibir ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria, se produce en ellos falta de autoestima y negatividad emocional (Verdugo & Gutiérrez-Bermejo, 2000). Debido a esto, es ineludible intervenir en las áreas físicas, psíquicas y sociales para ralentizar el

proceso de envejecimiento y entrenar las capacidades que aún están latentes, con el fin de desmantelar algunos mitos y creencias que ayuden a evitar trastornos emocionales.

Por tanto, tras conocer tanto los datos demográficos que nos presentan el panorama actual sobre este colectivo, ciertas características que poseen las residencias de ancianos, como los motivos de ingreso y el perfil de las personas usuarias, así como tener al alcance datos, como el que aporta la Sociedad Española de Psiquiatría Geriátrica al afirmar que “el 90% de las personas mayores institucionalizadas tienen depresión o deterioro cognitivo” (Balance de la Dependencia, 2012), es preciso destacar que con este trabajo, se pretende diseñar un proyecto de intervención en centros residenciales (lo que significa que irá dirigido a personas con algún grado de dependencia) que se fundamenta bajo la idea primordial de trabajar con ellos las necesidades de atención desde el punto de vista social, especialmente, los factores físicos, cognitivos y afectivos, para poder aportarles el mayor bienestar y la mejor calidad de vida posible.

1.5 Intervención sobre los factores físicos, cognitivos y afectivos del anciano

Trabajar los aspectos físicos, cognitivos y afectivos del anciano es muy importante y eso lo sabe muy bien el equipo interdisciplinar de una residencia de mayores, no solo por un mantenimiento favorable de la salud, tanto física como mental, que ayuda a favorecer la autonomía personal, la mejora del bienestar y la calidad de vida del mayor, sino porque también de ello, depende una adecuada adaptación del usuario al centro.

Por tanto, repasaremos uno a uno los beneficios de estimular estos tres aspectos en los mayores, para poder garantizarles una óptima calidad de vida:

✓ **Físicos:** son numerosos los motivos que podemos encontrar a la hora de hacer ejercicio como, ocupar el tiempo libre, mejorar el aspecto físico, cuidar la salud, perder peso, relacionarse con otra gente o superarse. Pero también son muchos los beneficios a nivel físico y psíquico que empuja a los mayores a realizar actividades físicas, como evitar enfermedades cardiovasculares, respiratorias, musculo-esqueléticos, diabetes, así como evadir trastornos del sueño, ansiedad y la depresión y mejorar la atención, la memoria, el razonamiento, etc. (Godoy & Godoy, 2000). Por lo que la actividad física ralentiza el proceso fisiológico del envejecimiento y aumenta la confianza en la persona (Gallego, 2004).

Una vez valoradas las ventajas de mantenerse activos, es hora de recordar que en una residencia nos encontramos a personas con limitaciones físicas, ya que se encuentran con un grado de dependencia severa (Grado II) o de gran dependencia (Grado III). Pero ello, no quiere decir que no puedan estar físicamente activos, ya que por un lado, con los mayores que no se encuentran en un estado de total inmovilidad, es necesario trabajar de una forma preventiva para mantener y reforzar su actual movilidad, así como evitar o ralentizar que obtengan una situación de total dependencia, trabajando en la medida de lo posible, actividades físicas, entre las que conlleve desplazamientos, aunque para ello, se tenga que valer de la utilización de ayudas técnicas (Giorgi, 2004), además de prevenir o estabilizar otras enfermedades mencionadas anteriormente como pueden ser cardiovasculares o diabetes.

Y por otro lado, nos encontramos con ancianos mucho más limitados en cuanto a lo que respecta a la movilidad, ya que se encuentran en sillas de ruedas o encamadas. Esta situación, nos puede llevar a la idea errónea de que los mayores con estas características, no pueden realizar actividades físicas, pero lo cierto es que desde la silla de ruedas o desde la cama, pueden recibir algunos ejercicios que les ayuden a aumentar la flexibilidad, consiguiendo de este modo, que por ejemplo, cuando se realicen traslados (de la silla de ruedas a la cama o al servicio), o a la persona encamada se le tenga que prestar algún tipo de cuidado personal, como quitar o poner el pañal, se puede evitar dolor en el anciano, al mismo tiempo que, al personal de la residencia se les facilita su trabajo, ya que la persona mayor no tendría rígido el sistema musculoesquelético (Ministerio de salud de Chile, 2009).

✓ **Cognitivo:** el avance de la edad conlleva indudablemente un deterioro cognitivo (Pérez de Guzmán, 2004), ocasionando problemas en “la consciencia, atención, orientación y concentración, memoria, resolución de problemas, iniciativa, abstracción y organización” (Matilla, 2004:204). Pero puesto que “la enfermedad del Alzheimer es el tipo de demencia más común y que afecta a mayor número de personas mayores” (Verdugo & Gutiérrez-Bermejo, 2000:44) y que un estudio realizado en España concluyó con que el 70% de la población afirma que a partir de los 65 años, se empieza a producir un declive en cuanto a la memoria (Hernández & Pozo, 2000), nos centraremos en la pérdida de la misma.

Debido a que la memoria es algo que se puede y se debe entrenar (Hernández & Pozo, 2000), los profesionales de una residencia han de aprovechar esta oportunidad y

tomar como prioridad, trabajar con ellos este aspecto para, evitar o ralentizar este declive cognitivo, ya que a pesar de muchos prejuicios, la pérdida de memoria no es algo inevitable, pues es producida por factores biológicos, como la pérdida de células cerebrales, y factores psicosociales, destacados mayoritariamente por la falta de motivación y la rutina. Además la Psicología y la Gerontología afirma que las personas mayores también pueden asimilar y aprender conceptos, aptitudes y habilidades, solo que únicamente, necesitará más tiempo y más estimulación (Martín & Bravo, 2003).

En conclusión, establecer estrategias como la actividad física, un estilo de vida saludable y la relación con personas activas intelectualmente, puede conseguir el mantenimiento de las capacidades intelectuales, así como, ayudar a mantener a los mayores mentalmente activos, contribuirá a proteger en el tiempo las capacidades que aún existen y, por consiguiente, conseguir que el declive de la memoria evolucione de manera más lenta (Hernández & Pozo, 2000).

Por tanto, se ha de tener en cuenta, que la ejercitación cognitiva es fundamental para reducir problemas y, por consiguiente, ayuda a favorecer y conseguir un bienestar en la persona anciana que implique mejorar la calidad de vida. Además, significaría que se podría reducir el porcentaje tan elevado (90%), mencionado en el punto anterior, de que las personas mayores institucionalizadas sufren depresión o deterioro cognitivo.

✓ **Afectivo:** la carencia que estas personas tienen en el terreno emocional, desencadena problemas como la depresión o la ansiedad, que puede ser causadas, sobre todo por la primera, por diversos motivos, como la muerte del cónyuge o un ser querido, problemas de salud o por una enfermedad, la pérdida de autonomía (que incrementa el sentimiento de inutilidad), la soledad del anciano (por la pérdida del cónyuge o un ser querido y por las visitas de sus familiares que, en ocasiones, se pueden ver reducidas cuando se encuentran en una residencia), situaciones conflictivas en su entorno o cambios en el estilo de vida (como desprenderse de su entorno habitual para ser institucionalizadas) (Andrés & Bas, 2000).

Para superar todas estas circunstancias que pueden ocasionar una crisis en la persona anciana, es necesario poner en marcha todas aquellas actuaciones que contribuyan a afrontar la nueva realidad a la que se han de enfrentar y, no han de pasar desapercibidos datos que ponen de manifiesto que la depresión afecta entre el 15 y el 35% aquellos ancianos ingresados en una residencia, mientras que aquellos que se encuentran insertos en su entorno, alcanza un 10% (Fernández, 2006).

Por todas estas razones, es conveniente trabajar estos tres factores en la persona mayor, pues podremos eliminar los prejuicios establecidos a la vejez, de carga, inutilidad, soledad, enfermedad, etc. Y, ofrecer a estos usuarios una buena calidad de vida, siendo personas autónomas, participes de una vida activa, ayudándoles a descubrir o a volver a despertar sus capacidades y habilidades, que les harán tener mayor autonomía para realizar las actividades básicas de la vida diaria y a cuidar su salud tanto física como mental, entendiendo ellos mismos y haciendo entender al resto de la población, que son un colectivo con las mismas oportunidades que cualquier otro.

1.6 Funciones del Trabajador Social en una residencia de ancianos

Como ya hemos visto anteriormente, la característica más relevante que presentan los residentes institucionalizados, es la falta de autonomía para realizar total o parcialmente, actividades básicas de la vida diaria (AVD). Pero ello, no quiere decir que no exista la posibilidad de plantear alternativas, dirigidas a promover, reforzar y mantener aquellas habilidades que les permita conseguir una mayor calidad de vida.

Para conseguirlo, el trabajador social realiza una labor importante hacia los residentes que les permite alcanzar su plena integración en el centro, desarrollar actividades que fomenten su bienestar, así como captar todas aquellas situaciones de desventaja que puedan ocurrirles, a través de diferentes funciones como son la documental, asistencial, planificadora, organizadora, informativa y mediadora, entre otras. Aunque, siguiendo a Enrique Fernando León (2003) podemos decir que las funciones principales en las que podríamos sustentar nuestro proyecto de intervención social en una residencia, encaminadas a la consecución del bienestar y una mayor calidad de vida del usuario serían:

- ✓ Función preventiva: detectar lo antes posible, aquellas situaciones negativas o conflictivas que obstaculicen la plena integración del usuario.
- ✓ Función socio-educativa: establecer actuaciones que permitan el desarrollo de las capacidades y habilidades del residente.
- ✓ Función asistencial: informar, asesorar y orientar sobre los recursos sociales más convenientes para el usuario, además de la implementación de actuaciones

o proyectos de intervención destinados a paliar o mejorar situaciones problemáticas como por ejemplo, problemas físicos, cognitivos o afectivos.

- ✓ Función planificadora: programar y desarrollar actuaciones con antelación, desarrollar proyectos de intervención y participar en la planificación del centro.
- ✓ Función organizadora y colaboradora: participar con el equipo interprofesional para elaborar y desarrollar los distintos programas y, estar en contacto directo con todos los profesionales del centro, con el fin de establecer una actuación coordinada e integral al usuario.

1.7 Marco normativo que sirve de apoyo al presente proyecto de intervención

Para la buena implementación de este proyecto, se considera adecuado nombrar todas aquellas normativas que apoyen, tanto los medios como el fin último que se pretende conseguir con este proyecto. Por tanto, es necesario recopilar las normativas que corroboren el trabajo con respecto la actividad física, cognitiva y afectiva en los usuarios institucionalizados para promover la autonomía de la persona mayor, en la medida de lo posible, así como el bienestar del mismo.

Por un lado, la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, en lo que respecta a la Normativa sobre Centros Residenciales de Personas Mayores, en el artículo 5, correspondiente a la Orden de 21 de diciembre de 2007, como obligaciones de la entidad titular, ha de ser prioritario:

- Un enfoque biopsicosocial para mantener la atención residencial.
- La prevención, el mejoramiento y el mantenimiento de la capacidad funcional del usuario.
- El desarrollo de programas de intervención regidos por los profesionales.
- Favorecer las relaciones sociales tanto con los demás residentes como con los familiares.

Por otro lado, la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, en el artículo 25 bajo el nombre de Servicio de Atención residencial, también plantea la necesidad de velar por:

- Un servicio de atención residencial enfocado a un modelo biopsicosocial.

Y por último, en la Ley de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha (Ley 14/2010, de 16 de diciembre), en su artículo 37, bajo el nombre de Prestaciones técnicas de Servicios Sociales de Atención Especializada, ha de incluir, entre otras, la siguiente prestación:

- Atención residencial: que tiene por objetivo atender aquellas personas que no disponen de alojamiento, o que teniéndolo, no tienen los apoyos necesarios para permanecer en él, en condiciones de convivencia y seguridad. De este modo, para contribuir a una mayor autonomía, la persona dispondrá de un alojamiento, temporal o permanente, inmerso en un entorno de convivencia, donde vea cubierta sus necesidades y reciba una atención integral, cubriendo tanto sus necesidades básicas, como la promoción de las habilidades personales y sociales.

2. Proyecto de intervención: “Promoción del envejecimiento activo en centros residenciales”

El presente proyecto de intervención tiene como finalidad, promover el envejecimiento activo en centros residenciales, a través de actuaciones encaminadas a la consecución de la mejora de la calidad de vida de los residentes, por medio de actividades que fomenten la actividad física, cognitiva y afectiva. Ya que podemos decir que son tres pilares básicos para conseguir el bienestar de estas personas.

2.1 Objetivos

✓ Generales

- o Contribuir a mejorar el bienestar físico, cognitivo y afectivo de los usuarios de una residencia de mayores.
- o Promover la autonomía personal de los usuarios, en la medida de lo posible.
- o Favorecer que los residentes adquieran una mayor calidad de vida.

✓ Específicos

- o Contribuir a ralentizar el proceso de envejecimiento.
- o Disminuir los riesgos de la vida sedentaria, mediante la realización de actividades de ocio y de actividad física.
- o Favorecer el mantenimiento de las capacidades intelectuales.
- o Ayudar a fortalecer las habilidades relacionadas con la memoria.
- o Mejorar la autoestima.
- o Promover la comunicación efectiva entre individuos, con la organización y con el entorno.
- o Fortalecer las relaciones interpersonales con la familia.
- o Favorecer la adquisición de estrategias orientadas a afrontar eficientemente problemas.
- o Prevenir la aparición de problemas depresivos y/o de ansiedad.

2.2 Destinatarios

Los beneficiarios de este proyecto podrán ser todas las personas residentes en un centro de mayores, ya que se trata de un proyecto viable que se puede llevar a cabo en cualquier centro residencial, al estar dirigido hacia sus usuarios.

Sólo aplicaremos un criterio de exclusión destinado a las personas con una discapacidad grave o ancianos encamados, que por sus características, se sobreentiende que no podrán participar en la totalidad de actividades propuestas en este proyecto. Además de considerar, que los ejercicios reclamados por estos determinados usuarios pertenecen a la práctica de otro tipo de profesionales, como puede ser el fisioterapeuta, por lo que quedan fuera de las prácticas y conocimientos propios del trabajador social, profesional principal que ha de hacer posible la ejecución de este proyecto.

Pero a pesar de esto, podemos catalogar a las personas encamadas (que aún mantienen facultades cognitivas, pero por sus características físicas pasan poco tiempo en las zonas comunes) como beneficiarios indirectos, ya que las personas que pueden ser denominadas como beneficiarios directos del proyecto (al poder participar en la totalidad de actividades), contribuyen a su bienestar, gracias a determinadas actividades que ellos realizan.

2.3 Metodología

✓ Organización: el proyecto está diseñado para que se pueda realizar en centros residenciales, destinados a personas mayores, tanto públicos como privados. Asimismo, consideramos que la responsabilidad y coordinación del proyecto deberá recaer en el/la trabajador/a social, aunque contará con el apoyo y colaboración del/la terapeuta ocupacional y el/la fisioterapeuta. No obstante, se deberá trabajar en equipo para que el proyecto no sea una actuación aislada, sino que se integre en el plan de trabajo de la residencia. Adecuando las acciones, a las funciones propias de cada profesional.

✓ Metodología: por un lado y, debido a que este proyecto se basa especialmente en el área de trabajo social, en la fase de diseño y ejecución del proyecto el/la terapeuta ocupacional y el/la fisioterapeuta serán los encargados de desarrollar sus intervenciones en las áreas de estimulación cognitiva y física, respectivamente,

adaptándolas a las necesidades y características de los usuarios. Del mismo modo, el/la trabajador/a social adecuará el proyecto a las características de la residencia en la que se vaya a realizar, en cuanto a recursos, instituciones concretas con las que se establecerán cauces de participación y colaboración (que dependerá de la localidad) e inclusión de las áreas desarrolladas por los dos profesionales mencionados anteriormente.

En general, muchas de las actividades que se desarrollen con los usuarios, será bajo un formato de continuidad, por lo que los talleres de cada área no tendrán un intervalo, entre unos y otros, de más de una semana para que los residentes adquieran un hábito continuo que, ayudará a que las actividades consigan sus objetivos, cosa que no sucedería si las actividades se produjesen de manera esporádica. A diferencia de esto, para los talleres dirigidos a los profesionales (auxiliares de enfermería), se buscarán momentos idóneos, ya que no necesita ser una formación continuada y, el taller de relaciones con el entorno se realizará en momentos puntuales, como en Navidad, Semana Santa, carnaval, festividades locales, etc.

✓ Coordinación: para el óptimo desarrollo del proyecto, es necesario mantener un vínculo coordinativo tanto con instituciones de la localidad que trabajen con el colectivo de mayores, como con todos los profesionales del centro en el que se desarrolla el proyecto, por lo que las actuaciones requieren de la participación de todos los profesionales. Por eso es importante que los auxiliares de enfermería de la residencia, como personas que se encuentran en constante contacto con los residentes, realicen un taller formativo para que ellos puedan seguir reforzando y manteniendo a los usuarios, todo lo que realizan en los talleres, impulsando a mantenerlos activos, cognitiva y físicamente. Ya que las actividades aisladas no son tan eficaces como las actividades integradas que contienen pautas de cotidianidad, continuidad y adquisición de hábitos. Debido a esto, es importante que el/la trabajador/a social presente el proyecto y anime a todo el equipo a participar.

En cuanto a los usuarios, también seguirán una dinámica participativa y las actividades se harán partiendo de sus necesidades porque, de este modo, el aprendizaje será más significativo. Además, integrar al entorno rectifica que puedan parecer un gueto y, puedan establecer vínculos relacionales, salir de las actividades monótonas del día a día de la residencia y que otras instituciones se puedan favorecer de estas estrategias de trabajo.

Para mantener una plena coordinación y organización entre instituciones y profesionales, se realizarán reuniones mensuales con el equipo multidisciplinar del centro,

así como, reuniones y llamadas telefónicas con las instituciones cuando se estime oportuno.

✓ Participación: por un lado, se precisará de la participación y colaboración de todos los profesionales de la residencia, los familiares de los usuarios y especialmente, los propios residentes. Así como, también es necesario la participación de las instituciones que se encuentren en la localidad y que trabajen con el colectivo de mayores (centros de día, otras residencias, etc.), para poder llevar a cabo todos los talleres y conseguir los objetivos propuestos. La cooperación de todos, se solicitará a través de la difusión del proyecto y, por medio del envío de cartas, llamadas telefónicas, si se estima oportuno, y reuniones establecidas con el trabajador/a social responsable del proyecto.

✓ Difusión: una vez que el responsable del proyecto (trabajador/a social) haya realizado el diseño del mismo y, para que el proyecto sea eficaz, se le ha de dar la difusión oportuna para hacerlo más visible. De tal modo que, todas las personas externas a la residencia, como pueden ser los familiares y la población en general, sean informados de qué trata el proyecto, qué fines persigue, darles a entender que no es una actuación esporádica sino una estrategia de intervención continuada, etc. Lo que ayudará a favorecer la imagen del centro residencial, que se preocupa no solo de los cuidados personales de los residentes, sino que también, se esfuerzan por conseguir el bienestar de la persona de forma integral.

Así que, para la difusión se podrán utilizar todas aquellas herramientas divulgativas, como puede ser la distribución tanto de carteles informativos por todas las dependencias de la residencia donde se va a llevar a cabo (pasillos, comedores, salas de visita, etc.), como dípticos por las instituciones de la zona. También, se podrán utilizar cartas para convocar las reuniones con las instituciones y familiares, al igual que para citar a los familiares a la hora de difundir los resultados del proyecto. De igual modo, se puede recurrir a la radio local y, todas aquellas estrategias informativas que se consideren eficaces.

2.4 Actividades

Son muchas las actividades que se pueden realizar, pero en este apartado se va hablar a grandes rasgos de algunas de ellas. Además, las actividades propuestas se pueden adecuar a las necesidades y características de los usuarios y de la residencia, pero siempre teniendo presente que es importante trabajar estas tres grandes áreas:

✓ Intervención en el área física, del que se encargará el/la fisioterapeuta. A pesar de quedar pendiente de desarrollo por el correspondiente profesional, se realizará un taller dirigido a otros profesionales (auxiliares de enfermería) para que sepan, durante sus intervenciones, cómo estimular físicamente a los usuarios, a través de pautas y estrategias. Asimismo, se realizará un taller para los residentes dónde se incluirán actividades de relajación, respiratorias, de estiramientos y de movilización de las articulaciones.

✓ Intervención en el área cognitiva, cuyo responsable será el/la terapeuta ocupacional. Aunque también, quede pendiente de desarrollo por el correspondiente profesional, se realizarán un taller dirigido a los profesionales (auxiliares de enfermería) para que durante la realización de sus funciones adquieran capacidades para estimular a los usuarios cognitivamente. Con respecto a su intervención con los residentes, deberá incluir, entre otras, un taller de estimulación cognitiva y un taller de AVD (Actividades de la vida diaria).

✓ Intervención en al área de estimulación social/relacional que será llevado a cabo por el/la trabajador/a social. Este área estará compuesto por los siguientes talleres:

- Taller de lectura y noticias.
- Taller de comunicación, habilidades sociales y participación, dónde se realizarán las siguientes actividades de tipos de comunicación, visita a los compañeros, relaciones con el entorno y recibir a los nuevos compañeros.
- Taller de manualidades
- Taller con la familia

El desarrollo de los diferentes talleres se encuentra disponible en el Anexo 1.

2.5 Recursos

✓ Humanos

- 1 Trabajador Social
- 1 Terapeuta Ocupacional
- 1 Fisioterapeuta

✓ Materiales

- Ordenador
- Televisión o proyector
- Sillas
- Mesas
- Material fungible (folios, cartulinas de colores, bolígrafos, rotuladores, lápices de colores, sacapuntas, pegamento, tijeras, fieltro, goma eva, cartones, etc.).
- Fotocopiadora
- Tinta
- Carteles
- Dópticos
- Sobres

✓ Económicos

- Financiación del propio centro.
- Subvenciones recibidas de organismos públicos o privados.

2.6 Presupuesto

Es conveniente destacar que, por un lado, la mayoría de recursos materiales asignados, son presumibles que el propio centro residencial cuenta con ellos, puesto que una infraestructura de estas características, lo requiere y, por tanto, no supone un coste adicional al proyecto. Y, por otro lado, los talleres que se realizan pueden formar parte de la cotidianidad de la residencia, al ser funciones propias de cada profesional, por lo que el

coste de las seis horas semanales que los trabajadores dedicarán al desarrollo del proyecto, se encuentra integrado en el presupuesto, sin obtener un sueldo añadido.

	Específicos		Asignados	
	Descripción	Coste	Descripción	Coste
Humanos			- Trabajador/a Social - Terapeuta Ocupacional - Fisioterapeuta 6 horas semanales	
Materiales	- Material fungible - Carteles y dípticos	1.200€ 300€	- Sillas - Mesas - Ordenador - Televisor o proyector - Fotocopiadora	
			- Sobres - Tinta	250€

Total costes específicos 1.500 €

Total costes asignados 250€

Coste total del proyecto 1.750€

Gastos		Ingresos	
Personal			
Trabajador/a Social		Financiación del centro	400€
Terapeuta Ocupacional		Subvenciones recibidas	1.750€
Fisioterapeuta			
Material			
Material fungible	1.200€		
Carteles y dípticos	300€		
Tinta fotocopidora y sobres	250		
Imprevistos	400€		

Total gastos 2.150€

Total ingresos 2.150€

2.7 Temporalización

Fases	Actuaciones	Actividades	E	F	M	A	M	Jn	Jl	A	S	O	N	D
Fase de diseño	Diseño del proyecto	Consulta bibliográfica Planteamiento de objetivos Redacción de la metodología Diseño de actividades Presentación de recursos y presupuesto Diseño del método evaluativo Maquetación del proyecto												
Fase de difusión del proyecto	Presentación del proyecto	Presentación al equipo directivo (reunión) Presentación a los profesionales del centro Presentación a otras instituciones Presentación a usuarios y familiares												
	Difusión del proyecto	Distribución de carteles por el centro residencial Dípticos informativos en las instituciones de la zona												
Fase de asignación de tareas	Presentación de las actuaciones de cada profesional	Reunión con el equipo interdisciplinar												
Fase de ejecución del proyecto	Intervención fisioterapia	Taller dirigido a profesionales Taller dirigido a usuarios Reunión de seguimiento con el equipo												
	Intervención terapeuta Ocupacional	Taller dirigido a profesionales Taller de estimulación cognitiva Taller de AVD Reunión de seguimiento con el equipo												

	Intervención Trabajo Social	Taller de lectura y noticias Taller de comunicación, habilidades sociales y participación, entre las que se desarrollarán las siguientes actividades: - Tipos de comunicación - Visita a los compañeros - Relaciones con el entorno - Recibir a los nuevos compañeros Taller de manualidades Taller con la familia Reunión de seguimiento con el equipo												
Fase de evaluación	Valoración de los resultados	Recogida de datos Informe de los resultados Entrevistas con los profesionales, médicos y familiares												
	Difusión de los resultados	Reunión con el equipo directivo y profesional del centro Reunión con los usuarios y sus familias												

2.8 Evaluación de los resultados

Con la evaluación de este proyecto se pretende conocer si su implementación tiene como resultado un aspecto positivo para todas aquellas personas que se encuentren institucionalizadas en una residencia de mayores, ya que ayudarles a envejecer de forma saludable contribuye a ofrecerles una óptima calidad de vida durante el mayor tiempo posible.

Para realizar la evaluación, el/la trabajador social deberá reunir obligatoriamente al terapeuta ocupacional y al fisioterapeuta. También, sería conveniente que participasen, como mínimo, dos auxiliares de enfermería, debido a que son profesionales que pasan mucho tiempo con los usuarios y, por tanto, pueden aportar datos significativos al poder observar cambios y evoluciones en ellos.

A través de todos los datos de las tablas de observación cumplimentadas en cada taller y quedando registradas en las reuniones mensuales, se deberán obtener unos resultados finales para obtener datos constatados y datos que certifiquen si el proyecto ha sido bien efectuado y ventajoso para los usuarios, dando respuesta a los siguientes indicadores:

- Participación e implicación por parte de los trabajadores, en todos los talleres realizados.
- Número de talleres realizados.
- Número de participantes en cada taller.
- Número de reuniones que certifiquen el seguimiento y valoración del proyecto.
- Número de instituciones implicadas en el taller de relaciones con el entorno.
- Número de cartas que los participantes envían y reciben en el taller de manualidades con motivo del taller de relaciones con el entorno y visita a los compañeros.
- Nuevas afinidades o mejora del vínculo relacional de los residentes a causa de la realización de todos los talleres propuestos.
- Mejora de la calidad de vida, igualmente, por el desarrollo de todos los talleres.

Del mismo modo, las herramientas para analizar si los indicadores han sido cumplidos en todos los talleres, serán:

- Tabla de observación para registrar los datos pertinentes y, poder medir la viabilidad de los distintos talleres, a través de la observación directa por parte de los profesionales que se encuentren impartiendo el taller, así como en el día a día de los usuarios. Cada taller y actividad tendrá su tabla de observación y se podrá incluir las celdas que el/la trabajador/a social precise, teniendo en cuenta que las que ya aparecen en el modelo son obligatorias. Todas las tablas de observación de cada taller, serán estudiadas para ver la evolución de los usuarios, dando lugar a la evaluación final. (Anexo 2).
- Entrevistas con los profesionales del centro, médicos y familiares de cada usuario, para valorar la evolución de cada uno de ellos en las tres áreas de intervención, desde los comienzos de las actividades del proyecto.
- Realización de un informe por parte del trabajador/a social, sobre los resultados obtenidos en el proyecto con datos cuantitativos y la consecución de los objetivos, mediante los datos, entrevistas y valoraciones obtenidas en las tablas de observación y en las reuniones mensuales realizadas.

3. Conclusiones

A modo personal, con la realización de este proyecto de intervención, he aprendido que la implicación de un trabajador social, con respecto al colectivo de mayores, no solo se basa en la planificación de actividades, temas meramente burocráticos y gestiones e intervenciones con los familiares, sino que también son profesionales capacitados para poder ejecutar actividades correspondientes a su área de trabajo, ya que, referente a intervenciones sociales, he visto que hay mucho que hacer con las personas que se encuentran residiendo en este tipo de centros y, que a pesar de las limitaciones, en cuanto a falta de autonomía se refiere, hay muchas actividades que se pueden realizar sin impedimento alguno.

También, al haberme documentado sobre este tema, el trabajo me ha aportado conocimientos sobre cómo intervenir como futura trabajadora social con personas mayores que se encuentran conviviendo en un centro residencial. Por lo que puedo decir que, en la actualidad, me encuentro más capacitada para intervenir con este colectivo, que con cualquier otro y, teniendo mucho más claro cómo y hacia dónde han de ir encaminadas mis actuaciones.

Además, creo que este proyecto aporta al trabajo social en general, el saber que, a pesar de que estas personas llegan a la residencia con un deterioro físico y/o cognitivo, no impide para trabajar con ellos las relaciones interpersonales. Pues creo que son personas que necesitan mucho afecto y, que las pautas, herramientas y estrategias sociales que un trabajador social puede aportarles, puede evitar muchos trastornos emocionales y, que por tanto la calidad de vida de estas personas no solo dependen, como primeramente se piensa, en cuidarles y atenderles, aportándoles los cuidados personales que necesitan, sino también contribuyendo a ofrecerles una estabilidad emocional, relacional y afectiva.

En definitiva, pienso que realizar este tipo de proyectos en centros residenciales, es beneficioso para las personas mayores que allí conviven. Pues encontrándose, la persona mayor, en un estado de actividad, participación e integridad con sus compañeros, ayudará a mejorar su salud física y cognitiva, ya que las tres áreas de intervención pueden estar interrelacionadas. Pues no podemos olvidar que los seres humanos, somos seres con necesidades sociales.

4. Bibliografía

- Abellán, A. (16 de mayo de 2013). *El paisaje humano de las residencias es femenino y muy envejecido*. Obtenido de Blog envejecimiento en red:
<http://digital.csic.es/bitstream/10261/104390/1/El%20paisaje%20humano%20de%20las%20residencias%20es%20femenino%20y%20muy%20envejecido.pdf>
- Abellán, A., Vilches, J., & Pujol, R. (2014). *Un perfil de las peronas mayores en España, 2014. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid.
- Andrés, V., & Bas, F. (2000). Tratamiento de la depresión. En I. Montorio, & M. Izal, *Intervención psicológica en la vejez* (págs. 111-150). Madrid: Síntesis.
- Balance de la Dependencia. (23 de Julio de 2012). *El 90% de las personas mayores institucionalizadas tiene depresión o deterioro cognitivo*. Recuperado el 2 de junio de 2015, de Balance de la Dependencia: http://www.balancedeladependencia.com/El-90-de-las-personas-mayores-institucionalizadas-tiene-depresion-o-deterioro-cognitivo_a1653.html
- Belizón, M. (2005). *Geriatría y Gerontología*. San Fernando (Cádiz): Carpe Diem.
- Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales . (s.f.). *Servicio de Estancias Diurnas*. Obtenido de DG Mayores, Personas Con Discapacidad y Dependientes (Junta de Comunidades de Castilla La Mancha) :
<http://www.castillalamancha.es/gobierno/sanidadyasuntossociales/estructura/dgsmppd/actuaciones/servicio-de-estancias-diurnas-sed>
- Estado, J. d. (16 de diciembre de 2010). servicios sociales de Castilla-La Mancha. *B.O.E. Boletín Oficial del Estado*.
- Fernández, A. (2006). Depresión, ansiedad y suicidio. En G. Pérez, *Intervención y desarrollo integral en personas mayores* (págs. 85-124). Madrid: Editorial Universitas S.A.
- Gallego, T. (2004). Fisioterapia geriátrica. En G. Pérez, *¿Cómo intervenir en personas mayores?* (págs. 109-137). Madrid: Dykinson.
- García, A., & Ramírez, J. (2002). *Diseño y evaluación de proyectos sociales* (Tercera ed.). Zaragoza: Libros Certeza.
- García, G., & Ramírez, J. (2009). *Manual práctico para elaborar proyectos sociales* (Segunda ed.). Madrid: Siglo XXI.
- Giorgi, M. (2004). Síndromes geriátricos. En G. Pérez, *¿Cómo intervenir en personas mayores?* (págs. 53-77). Madrid: Dykinson.
- Godoy, D., & Godoy, J. (2000). Promoción de la actividad física. En I. Montorio, & M. Izal, *Intervención psicológica en la vejez* (págs. 79-97). Madrid: Síntesis.

- González, J., López, I., & Marín, C. (Octubre-Diciembre de 1997). *La vejez*. Obtenido de La vejez: <http://vejez.galeon.com/index.html>
- Hernández, J., & Pozo, C. (2000). Mejora del funcionamiento de la memoria. En I. Montorio, & M. Izal, *Intervención psicológica en la vejez* (págs. 60-77). Madrid: Síntesis.
- Jefatura del Estado. (14 de Diciembre de 2006). Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *B.O.E.* Madrid: Boletín Oficial del estado . Obtenido de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>
- Junta de Andalucía. (s.f.). *Centros de Participación Activa*. Obtenido de Familias e Igualdad: <http://www.juntadeandalucia.es/temas/familias-igualdad/mayores/centros-dia.html>
- Lazaro, S., Rubio, E., & Juárez, A. (2007). *Aprendiendo la práctica del trabajo social*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- León, E. (2003). Trabajo Social en residencias de peresonas mayores. En M. Martín, *Trabajo Social en Gerontología* (págs. 275-291). Madrid: Síntesis.
- Malagón, J. (2003). Situación social de las personas mayores a través del proceso histórico del envejecimiento. En M. Martín, *Trabajo Social en Gerontología* (págs. 21-39). Madrid: Síntesis.
- Martín, J. (21 de Junio de 2013). *Evolución de la natalidad, fecundidad, edad de maternidad, etc en España*. Recuperado el 3 de Junio de 2015, de Blog de Geografía del profesor Juan Martín Martín: <http://blogdegeografiadejuan.blogspot.com.es/2013/06/la-natalidad-en-espana-en-2012.html>
- Martín, M. (2003). La intervención social con personas mayores. Diseño y elaboración de proyectos sociales dirigidos a personas mayores. En M. Martín, *Trabajo Social en Gerontología* (págs. 105-135). Madrid: Síntesis.
- Martín, M., & Bravo, J. (2003). Trabajo social gerontológico. Aportaciones del Trabajo Social a la gerontología. En M. Martín, *Trabajo Social en Gerontología* (págs. 41-74). Madrid: Síntesis.
- Matilla, R. (2004). Terapia ocupacional. En G. Pérez, *¿Cómo intervenir en personas mayores?* (pág. 204). Madrid: Dykinson.
- Ministerio de salud de Chile. (2009). *Manual de cuidador de personas mayores dependientes y con pérdida de autonomía*. Obtenido de PROTEGE: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c2c4348a0dbd9a8be040010165012f3a.pdf>
- Montoya, J. (2004). El envejecimiento de la población. En G. Pérez, *Calidad de vida en personas mayores* (págs. 77-102). Madrid: Dykinson.
- Pareja, J. (2003). Trabajo social y animación sociocultural en el ámbito de la vejez. En M. Martín, *Trabajo social en gerontología* (págs. 259-273). Madrid: Síntesis.

- Pérez de Guzmán, M. (2004). Aspectos psicológicos en las personas mayores. En G. Pérez, *Calidad de vida en personas mayores* (págs. 207-246). Madrid: Dykinson.
- Pérez, G. (2004). Personas mayores y calidad de vida. En G. Pérez, *Calidad de vida en personas mayores* (págs. 19-50). Madrid: Dykinson.
- Ramos, J., Meza, A., Maldonado, I., Ortega, M., & Hernández, M. (Octubre-diciembre de 2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*(11), 47-56. Obtenido de Aportes para una conceptualización de la vejez:
http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CDEQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.psicogeriatria.net%2Fapp%2Fdownload%2F4629723760%2FAportes_para_una_conceptualizacion_de_la_vejez.pdf&ei=gkt7VJ7VKpThaqCagMgO&usg=AFQjCNHmwo6Ua1pyxh7Wr-jYuNhw
- Rodríguez, A. (Diciembre de 2004). *Atención a las personas en situación de dependencia en España (Libro blanco)*. (S. d. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Ed.) Madrid: IMSERSO. Obtenido de Atención a las personas en situación de dependencia en España:
<http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/ibroblanco.pdf>
- Rodríguez, A. (Diciembre de 2004). *Atención a las personas en situación de dependencia en España (Libro blanco)*. Madrid: IMSERSO. Obtenido de Atención a las personas en situación de dependencia en España:
http://www.uab.cat/Document/580/416/LibroBlancoDependencia_01.pdf
- Rodríguez, K. (22 de Enero de 2011). *Vejez y envejecimiento*. Bogotá (Colombia): Universidad del Rosario. Obtenido de Vejez y envejecimiento:
http://www.urosario.edu.co/urosario_files/dd/dd857fc5-5a01-4355-b07a-e2f0720b216b.pdf
- Rodríguez, R., & Mesa, M. (2006). Evaluación geriátrica integral. En G. Pérez, *Intervención y desarrollo integral en personas mayores* (págs. 217-246). Madrid: Editorial Universitas S.A.
- Ruiz, L. M. (14 de mayo de 2014). *La población española y sus problemas*. Recuperado el 2 de junio de 2015, de El blog de Luis Miguel:
<http://socioismiguelruiz.blogspot.com.es/2012/04/la-poblacion-espanola.html>
- Social, C. p. (s.f.). Normativa sobre Centros Residenciales de Personas Mayores. *Junta de Andalucía*.
- Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación del Imsero. (2011). *Servicios Sociales dirigidos a personas mayores en España*. Madrid.
- Verdugo, M., & Gutiérrez-Bermejo, B. (2000). Promoción de la autonomía. En I. Montorio, & M. Izal, *Intervención psicológica en la vejez* (págs. 43-57). Madrid: Síntesis.

5. Anexos

Anexo 1

En este anexo se pretende desarrollar las actividades del taller social/relacional, puesto que los talleres de estimulación física y cognitiva quedan pendiente de su desarrollo por los profesionales correspondientes.

► **Intervención en el área de estimulación social/relacional**

✓ **Taller de lectura y noticias**

El/la trabajador/a social buscará noticias recientes, publicadas bien en periódicos o bien en los informativos televisivos, relacionados con problemáticas sociales. Por ejemplo, violencia machista, desahucios, noticias relacionadas a los servicios y prestaciones que contribuyen a mejorar la calidad de vida de este colectivo, estudios sobre las nuevas formas de comunicación (redes sociales), etc.

Después, el/la trabajador/a social imprimirá o fotocopiará la noticia a cada uno de los participantes y dará lugar a un debate entre el grupo de usuarios, teniendo en cuenta que el profesional actuará como moderador/a para que respeten el turno de palabra y evitar algún tipo de conflicto, además de animar a todos a que participen.

✓ **Taller de comunicación, habilidades sociales y participación**

Actividad de tipos de comunicación: el/la trabajador social tendrá que explicarle al grupo los tres tipos de comunicación, asertiva, pasiva y agresiva. Entonces, el profesional deberá de poner videos y ejemplos donde se pueda apreciar los tipos de comunicación, para que los participantes puedan decir a qué tipo pertenece. Después, para finalizar, el/la trabajador social deberá de propiciar un debate para que el grupo exprese qué tipo de comunicación es el más adecuado y cómo podría influir positivamente, y como las demás influyen negativamente en las personas.

Actividad de visita a los compañeros: En grupos de 3-4 personas se hará una visita a los compañeros que se encuentren en sus habitaciones debido a que se encuentran encamados. Allí, tendrán que establecer una conversación y le informarán a la persona del proyecto que están realizando, todo lo que se hace y lo que ocurre en el centro, etc. De este modo, a pesar de que la persona encamada no puede participar activamente en la vida del

centro, sentirá compañía, además de que se fomentará que todos se conozcan. Es importante que cada día que se desarrolle la actividad, los grupos y la personas a la que visiten sean distintos.

Actividad de relaciones con el entorno: También se programarán, en grupos de 10-15 personas, visitas a otras instituciones relacionadas con el colectivo de mayores, como por ejemplo, el centro de día de la localidad u otras residencias, para que puedan ver y mantener relación con personas ya conocidas como familiares o amigos, a la vez que amplían sus relaciones interpersonales conociendo a nuevas amistades. Para ello, se aprovecharán las festividades propias de la época en la que se encuentren, para realizar actividades como cantar villancicos en Navidad, disfrazarse en carnaval, etc. También se podrán introducir actividades grupales lúdicas y complementarias (uniendo a los usuarios de ambas instituciones), como dinámicas de presentación, de refuerzo de la autoestima, de incrementación de la cohesión grupal, de habilidades de comunicación, etc.

Actividad de recibimiento a los nuevos compañeros: Cuando ingrese un nuevo usuario en la residencia, como actividad de acogida, establecer vínculos relacionales y promover la integración de la persona, los residentes le enseñarán las distintas estancias del centro, después, se reunirán para informarle de las actividades que allí se hacen y darle a conocer el día a día dentro de la residencia. Después se harán actividades, como jugar al bingo, realizar una pequeña merienda para recibir al nuevo usuario y, si es posible y, hace buen tiempo realizarla en zonas ajardinadas, etc.

► **Taller de manualidades**

Este taller estará dedicado a recibir, escribir y preparar las cartas que cada usuario mandará a la persona o personas con las que hayan establecido amistad, tras la visita a las instituciones colaboradoras y/o en la visita a los compañeros, para mantener el vínculo relacional. También, podrán ellos mismo elaborar el sobre y decorarlo de forma personalizada.

► **Taller con la familia**

Los días que se lleve a cabo este taller, se reunirá cada familia con su familiar que se encuentre en la residencia y, juntos realizarán un cuadro de diversos huecos donde se puedan colocar varias fotos (cónyuge, hijos, nietos, etc.) para después colgarlo en la habitación. Con esta actividad se fomenta la unión de la familia.

Anexo 2

Este anexo contiene el modelo de las tablas de observación de los talleres y actividades.

<u>Taller de lectura y noticias</u> Fecha				
Participantes	Interacción con el T.S.	Interacción con el grupo	Participación	Observaciones

<u>Actividad de tipos de comunicación</u> Fecha				
Participantes	Interacción con el T.S.	Interacción con el grupo	Participación	Observaciones

<u>Actividad de visita a los compañeros</u> Fecha					
Participantes	Interacción con el T.S.	Interacción con el grupo	Interacción con el compañero	Participación	Observación

<u>Actividad de relaciones con el entorno</u>					Fecha
Participantes	Interacción con el T.S.	Interacción con el grupo de residentes	Interacción el grupo del entorno	Participación	Observación

<u>Actividad de recibimiento de los nuevos compañeros</u>					Fecha
Participantes	Interacción con el T.S.	Interacción con el grupo	Interacción con el compañero	Participación	Observaciones

<u>Taller de manualidades</u>					Fecha	
Participantes	Interacción con el T.S	Interacción con el grupo	Participación	Número de cartas recibidas	Número de cartas enviadas	Observaciones

<u>Taller con la familia</u>				Fecha
Participantes	Interacción con el T.S.	Interacción con la familia	Participación	Observaciones