



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

AUTONOMÍA:DERECHO-OBLIGACIÓN

“Recursos y redes de apoyo al servicio de las personas”

AUTOR: ANDREA GARCÍA ARRIBAS

TUTOR: JOSÉ DANIEL RUEDA ESTRADA

FECHA DE ENTREGA: 25 DE JUNIO 2014

Trabajo Fin de Grado. Grado en Trabajo Social.

RESUMEN	3
1. INTRODUCCIÓN	4
2. JUSTIFICACIÓN	5
2.1. RELEVANCIA DE LA TEMATICA ELEGIDA	5
2.2. ANTECEDENTES	6
2.3. VINCULACIÓN CON LAS COMPETENCIAS	8
2.3.1. <i>Competencia general</i>	8
2.4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	9
2.4.1. <i>Envejecimiento y esperanza de vida en las personas mayores.</i>	9
2.4.2. <i>Transformación de las estructuras familiares</i>	14
2.4.3. <i>Evolución de las plazas residenciales en España.</i>	16
2.4.4. <i>Implicación de los familiares en los centros residenciales.</i>	17
2.4.5. <i>El papel del trabajador social en las residencias</i>	21
2.5. POLÍTICAS DE REFERENCIA	25
2.5.1. <i>Carta Europea.</i>	25
2.5.2. <i>Constitución Española.</i>	37
2.5.3. <i>LEY 39/2006 de 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.</i>	37
2.5.4. <i>Ley 5/2003, de 3 de abril, de Atención y Protección a las Personas Mayores de Castilla y León.</i> 39	
3. APROXIMACIÓN AL CONTEXTO Y ANÁLISIS DE LA REALIDAD.....	42
3.1. ANÁLISIS DEL CONTEXTO.....	42
3.2. ANÁLISIS DE LA REALIDAD	44
4. PLANIFICACIÓN	46
4.1. FINALIDAD DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN	46
4.2. OBJETIVOS.....	46
4.3. METODOLOGÍA	47
4.4. EVALUACIÓN	48
4.5. TEMPORALIZACIÓN.....	48
4.6. RECURSOS	49
5. EJECUCIÓN	49
5.1. ACTIVIDADES EN EL CENTRO:	49
5.2. ACTIVIDADES EN EL EXTERIOR.....	51
6. EVALUACIÓN	51
6.1. CONCLUSIONES.....	51
6.2. PROPUESTAS DE MEJORA.....	52
7. BIBLIOGRAFÍA.....	52
8. ANEXOS.....	54

RESUMEN

En este trabajo realizaremos un estudio sobre la autonomía que mantienen las personas mayores en las residencias, y la implicación de las familias en el mantenimiento y cuidado de las personas institucionalizadas.

Esta valoración formará parte de un programa cuyo objetivo es promocionar dicha autonomía con la ayuda y colaboración de familiares e institución.

Actualmente, existen programas y proyectos con este fin, pero se enfocará de tal manera que, sean los propios residentes los que manifiesten sus necesidades, gustos, aficiones y lo que ellos consideren necesario para sentirse implicados en el funcionamiento de esa residencia, no simplemente usuarios.

¿Qué factores contribuyen a que la autonomía de las personas se mantenga durante más tiempo?

¿Qué papel juega la familia en este mantenimiento?

Palabras claves: envejecimiento, autonomía, personas mayores.

ABSTRACT

In this paper we carry out a study on autonomy that keep older people in care homes, the family involvement in the maintenance and care of institutionalized persons. This assessment will form part of a program which aims to promote this autonomy with the help and collaboration of family and institution. Currently, there are programs and projects for this purpose, but focus so that the residents themselves are those who express their needs, tastes, hobbies and what they consider necessary to feel involved in the operation of that residence, not just users

What factors contribute to the empowerment of individuals is maintained for longer?

What is the role of family in this maintenance?

Keywords: aging, autonomy elderly

1. INTRODUCCIÓN

La autonomía personal se define como la manera de pensar por sí mismo, su decisión. Ambas están relacionadas con el paradigma de la vida independiente tal como es promovido por los colectivos de personas con discapacidad.

La *autonomía personal* implica al derecho de cada persona de poder tomar las decisiones que afectan a su vida personal, y especialmente el de poder vivir en el lugar que uno quiera y ser atendido por las personas (asistencia personal) que uno desee. Para ello las personas con discapacidad reivindican el pago directo, la asistencia personal y las ayudas técnicas.¹

En la ley española (ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia), autonomía personal se define del siguiente modo:

"Es la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria".

Con la elaboración de este trabajo se pretende analizar las causas que llevan a la institucionalización de las personas mayores, favorecer la autonomía personal de los residentes, haciéndoles partícipes, que ellos mismos tomen decisiones de lo que quieren o no quieren hacer, respetando el derecho de autodeterminación y analizando la implicación de los familiares en el entorno residencial.

Se llevará a cabo un proyecto con el objetivo de detectar las necesidades e intereses de los residentes y llevar a cabo actividades acordes con dichos intereses, para que las personas mayores, se sientan útiles y partícipes de la gestión de la residencia, no simples usuarios, e intentar que los familiares se impliquen en esta

¹ WIKIPEDIA.

misión, ya que su papel es sumamente importante en la vida de las personas mayores, para no sentir soledad en esta etapa de su vida.

La residencia donde se va a llevar a cabo dicho proyecto, está ubicada en el centro de Ávila, lo que proporciona más accesibilidad a los recursos de la localidad.

2. JUSTIFICACIÓN

2.1. RELEVANCIA DE LA TEMATICA ELEGIDA.

La intervención con personas mayores institucionalizadas para favorecer el mantenimiento de la autonomía, y la implicación de sus familiares en esta tarea, es el tema elegido para la realización de mi trabajo fin de grado. La idea surgió después de observar durante mucho tiempo que en las residencias de ancianos a las que acudo habitualmente, hay residentes con muy poca autonomía, poco movimiento y se observa tristeza y en muchos casos soledad.

La elaboración de esta investigación y proyecto, viene dada por mi inquietud por conocer el motivo de esa tristeza y falta de autonomía en personas que se las ve con buena salud y no muy mayores; si la implicación de los familiares (pilar fundamental en sus vidas) y la realización de otro tipo de actividades donde la persona se implique y participe activamente cambia en algunos casos esta situación.

Voy a llevar a cabo un proyecto de intervención con las personas mayores institucionalizadas en una residencia de Ávila, para analizar la realidad y los aspectos que se pueden cambiar. La trabajadora social, será la acompañante y un apoyo importante en la tarea de favorecer el mantenimiento de la autonomía de las personas mayores siempre con la implicación de las familias (siempre que sea posible) y del personal del centro, en muchos casos un pilar incluso más importante en sus vidas que el de su familia, por la cantidad de horas al día que pasan con ellos.

A través de la realización de unas encuestas que se hicieron previas al desarrollo del proyecto se podrá detectar las inquietudes de cada persona en realizar diferentes tareas y actividades, la residencia facilitará los recursos necesarios, pero ellos mismos serán los encargados de decidir en qué actividades, talleres, etc., desean participar en función de sus gustos, de esa manera se sentirán partícipes de las decisiones de la residencia y se mantendrá cierto nivel de autonomía.

2.2. ANTECEDENTES

El interés por la vida y el envejecimiento ha sido algo constante durante toda la historia, ha captado el interés de los pensadores durante siglos. El envejecimiento es algo inevitable que en la sociedad actual intentamos evitar a través de diferentes tratamientos y remedios que podrán conseguir que el aspecto físico cambie, pero los años siguen pasando.

En la Edad Media, San Agustín representa la herencia estoica de la visión de la vejez, que concibe como la edad del equilibrio emocional y de la liberación de la sujeción a los placeres mundanos, mientras que Santo Tomás de Aquino se sitúa en la tradición aristotélica, asumiendo la idea de la vejez como una etapa de decadencia (Rodríguez, 1989, su influencia llega hasta la actualidad).

El estudio científico de la vejez desde la psicología hace su aparición en el siglo XIX, aunque comienza a adquirir una mayor solidez a partir de la finalización de la II Guerra Mundial, y hasta el final de la década de los años 50, el cual fue un período de crecimiento y difusión del estudio y de la aplicación de los conocimientos para solventar los problemas de las personas mayores.

Está claro que el periodo de la vejez, es inevitable y que antes o después viene el declive general. El individuo acaba retrayéndose de las actividades, de su familia y de la sociedad en general.

Hay una multitud de problemas de índole social y psicológica que cae sobre el anciano y sus familiares, la situación no es fácil para ellos. El anciano no quiere ser un

estorbo, se considera un impedimento en el disfrute de la vida de sus personas queridas y en la realización de sus proyectos y aspiraciones de vida.

El deterioro en la vejez no es sólo en la estructura, sino también en la función y, por tanto, un resultado de las tensiones emocionales.

Antiguamente la mayoría de las personas mayores fallecían en sus casas cuando les llegaba el momento porque habían sido cuidadas por sus familiares en el hogar durante sus últimos días de vida, normalmente las mujeres no trabajaban o lo hacían en casa y disponían de tiempo para cuidar y encargarse de sus mayores.

Cuando la mujer empezó a incorporarse al mercado laboral muchas familias pudientes empezaron a institucionalizar a sus mayores para que recibieran una mayor atención y cuidado del que podían recibir en casa ya que era muy difícil conciliar la vida laboral y familiar en muchos de los casos.

La tipología de las familias y hogares también ha cambiado con el paso de los años y ese es otro de los motivos por los cuales muchos de los mayores acaban siendo institucionalizados.

También existen casos de personas mayores con un alto grado de autonomía que por su situación familiar o personal han decidido institucionalizarse para poder vivir mejor. En la mayoría de los casos son personas solteras o que se han quedado viudas pronto y toman la decisión de acudir a una residencia para pasar allí sus últimos años de vida en las mejores condiciones posibles y con una atención permanente, esta decisión es más habitual en los hombres. Por su parte las mujeres son más reacias a este tipo de decisiones ya que consideran que en su casa todavía pueden valerse por sí mismas y en muchos casos no reconocen que ya no pueden estar solas en su domicilio y que necesitan ayuda.

Actualmente, esta estampa en muchos casos está cambiando. La crisis ha devuelto a muchas personas mayores al hogar, hay gente que han tenido que desinstitucionalizar a sus familiares para poder disponer de ese dinero para otros fines de primera necesidad, ya que en algunos casos la pensión de sus mayores es el único ingreso del que disponen.

2.3. VINCULACIÓN CON LAS COMPETENCIAS

2.3.1. Competencia general

El /la trabajador/a social es un/a profesional de la acción social que tiene una comprensión amplia de las estructuras y procesos sociales, el cambio social y del comportamiento humano, que le capacita para:²

- intervenir en las situaciones (problemas) sociales (de malestar) que viven individuos, familias, grupos, organizaciones y comunidades, asistiendo, manejando conflictos y ejerciendo mediación.
- participar en la formulación de las Políticas Sociales.
- contribuir a la ciudadanía activa mediante el empoderamiento y la garantía de los derechos sociales.

Todo ello con el fin último de contribuir junto con otros profesionales de la acción social a:

- la integración social de personas, familias, grupos, organizaciones y comunidades,
- la constitución de una sociedad cohesionada y
- el desarrollo de la calidad de vida y del bienestar social.

A continuación se definen un conjunto de cinco competencias profesionales que son las siguientes:

1. Capacidad para trabajar y valorar de manera conjunta con personas, familias, grupos, organizaciones y comunidades sus necesidades y circunstancias. En este caso se valorará junto con las personas mayores institucionalizadas sus necesidades e inquietudes, para poder satisfacerlas de la mejor manera posible, y se trabajará

² LIBRO BLANCO. TÍTULO DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL.

paralelamente con las familias para lograr una mayor implicación en el cuidado y mantenimiento de la autonomía de sus familiares.

2. Planificar, implementar, revisar y evaluar la práctica del trabajo social con personas, familias, grupos, organizaciones y comunidades y con otros profesionales. Se planificará una intervención a través de la realización de un programa con las personas mayores desde la residencia.

3. Apoyar a las personas para que sean capaces de manifestar las necesidades, puntos de vista y circunstancias. La trabajadora social se encargará de realizar encuestas para detectar las necesidades de las personas mayores y mantendrá entrevistas con ellos.

4. Actuar para la resolución de las situaciones de riesgo con los sistemas cliente así como para las propias y las de los colegas de profesión. La trabajadora social, trabajará en conjunto con el resto de profesionales de la residencia, para lograr así una intervención integral.

5. Administrar y ser responsable, con supervisión y apoyo, de la propia práctica dentro de la organización. La trabajadora social será la responsable de la realización de las actividades y de la supervisión de las mismas, siendo un apoyo en todo momento para los residentes.

6. Demostrar competencia profesional en el ejercicio del trabajo social.

2.4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.4.1. Envejecimiento y esperanza de vida en las personas mayores.

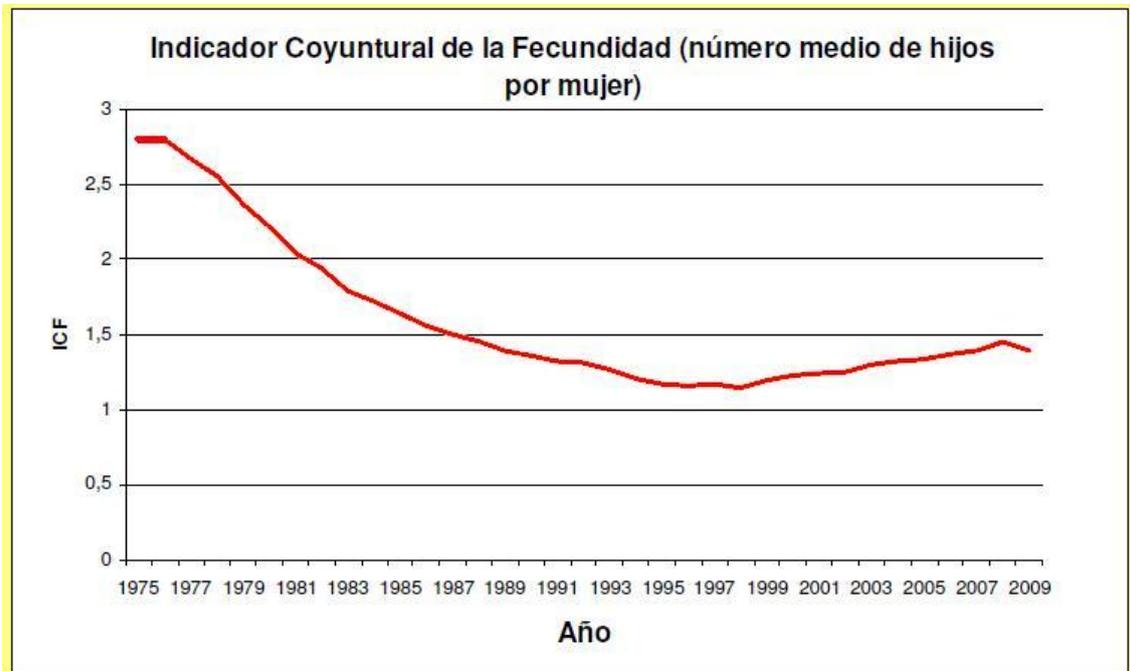
La vejez ha sido considerada como una etapa vital, irreversible y necesaria, una etapa más de la experiencia humana, la cual debe ser una fase positiva de desarrollo individual y social. En ella influyen diferentes factores, biológicos, sociales, económicos...

El aumento de la esperanza de vida, representa un éxito de las mejoras sanitarias y sociales de nuestro país.

El principal motivo de este envejecimiento demográfico, es debido a los cambios demográficos desarrollados en los últimos años en España, y sobre todo por el gran descenso de la fecundidad en nuestro país.

Los fuertes movimientos migratorios de los últimos años en edades laborales también han permitido ralentizar el proceso de envejecimiento.

De acuerdo con datos del INE en el año 1975 la fecundidad de las españolas era de 2,8 hijos por mujer, en 2002 esta cifra se había reducido a una media de 1,26 hijos por mujer, y actualmente se estima que se ha reducido aun más, 1,00 hijos por mujer. Estos datos son preocupantes para España.



Fuente: Indicadores Demográficos Básicos. Dato de 2009 provisional.

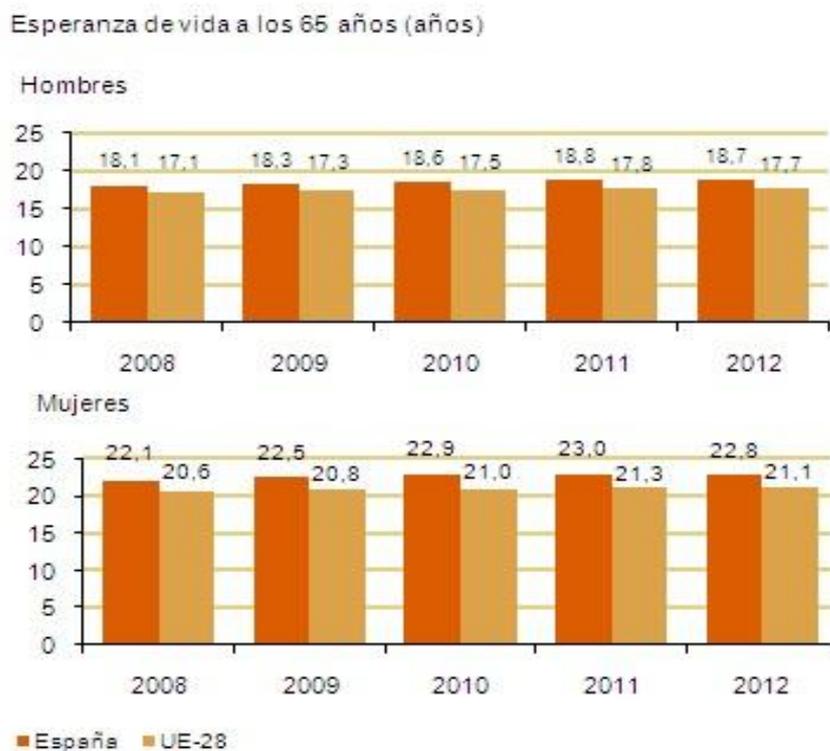
En Europa, esta caída ha sido general, todos los países se encuentran por debajo del nivel de reemplazo establecido en 2,1 hijos por mujer.

Las tendencias demográficas de las últimas décadas perfilan sociedades desarrolladas como fuertemente envejecidas, más personas de mayor edad (65 y más años) que niños (0-14 años) es un hecho de toda la sociedad europea, ya que desde

1960, aunque en España el incremento de la esperanza de vida sea muy destacado, y se mantendrá como una de las esperanzas de vida a los 65 años más destacada, también ha aumentado en el resto de países europeos.

En el conjunto de la Unión Europea, según datos de INE se espera que los varones a los 65 años ganen 5,5 años de esperanza de vida y las mujeres un 5,2.

En la siguiente grafica, se puede observar la comparación del aumento de la esperanza de vida en España, en comparación con el resto de países de la Unión Europea.



Fuente: Indicadores de Desarrollo Sostenible. Eurostat

Es importante destacar, que el aumento de la esperanza de vida en el grupo de personas mayores de 80 años, se ha incrementado y se incrementará a más velocidad que el resto, lo que ha hecho cambiar los modelos de vejez, y que este fenómeno sea una de las conquistas sociales más importantes. Estas personas mayores de 80 años, representan ahora el 3,9% de la población (el 23,2% de los mayores)³.

³ IMSERSO



En la gráfica anterior se muestra la proyección de la esperanza de vida y la clara diferencia entre hombres y mujeres.

La esperanza de vida femenina, podría decirse que siempre ha sido más alta que la masculina a todas las edades, debido a los hábitos y estilos de vida que lleva cada uno a lo largo de su vida, es un fenómeno constante en todos los países.

Lo que sí que está claro que independientemente de que la esperanza de vida aumente, seguirán *los debates sobre si los años ganados a la muerte se viven en buenas o malas condiciones de salud. (Esperanza de vida libre de discapacidad)*

Uno de los efectos de este aumento en la esperanza de vida, es que puede fortalecer las redes de apoyo de las personas y aumentar la demanda de cuidados en situación de dependencia.

Hacia el 2050, las personas mayores supondrán el 32% de la población española, lo que será aproximadamente 15 millones de personas, importante también como hemos comentado anteriormente es el aumento de los octogenarios (mayores de 80 años) a un ritmo mayor que el resto de los grupos, lo que implica un aumento de demanda a los sistemas de ayuda en los cuidados de larga duración.

Por este motivo, se manifestaran diferentes cambios generacionales, antiguamente las familias permanecían separadas físicamente, los padres vivían en zonas rurales y la mayoría de los hijos fijaban su residencia en las ciudades, donde tenían más mercado laboral y más recursos. Este fenómeno, provocó que muchas familias se distanciaran un poco debido a la imposibilidad de los mayores para ir a las zonas urbanas y la dificultad de sus familiares para acudir a visitarlos al pueblo, debido al trabajo y a las tareas familiares.

Actualmente ese fenómeno está cambiando provocado por el ya mencionado aumento del envejecimiento y la pérdida de la autonomía, que en muchos casos les impide realizar las actividades básicas de la vida diaria como antes, las limitaciones funcionales aumentan con la edad, un 28,7% de las personas de edad tienen limitaciones para las actividades cotidianas básicas, de autocuidado o instrumentales, como son vestirse, asearse, comprar, tareas domesticas...⁴

Los mayores, necesitan apoyo y cuidados de sus hijos y familiares más cercanos, por lo que en la mayoría de los casos, acaban viviendo en casa de sus familiares dejando el pueblo o el hogar donde han vivido toda su vida. Actualmente, algunas personas mayores, conviven con alguno de sus familiares, y otras pasan directamente a ser institucionalizados.

En España, en 1 de cada 3 hogares (34%) reside al menos una persona de 65 o más años, en un 35% reside alguna persona mayor dependiente.⁵

Es importante destacar, que las personas mayores prolongan su permanencia en el hogar para evitar una tarea más a sus familiares y no experimentar el sentimiento de "estorbo" o de haber irrumpido en su intimidad. Por este motivo aumenta la proporción de solitarios.

⁴ INE: ENCUESTA NACIONAL DE SALUD, 2006.

⁵ LIBRO BLANCO DE PERSONAS MAYORES.

2.4.2. Transformación de las estructuras familiares

Ha aumentado considerablemente el número de años que conviven padres, hijos y abuelos, a principios del siglo XX padres e hijos podrían vivir 20-30 años juntos y a la vez, y abuelos y nietos entorno a 10 años, actualmente, se podría decir que los padres e hijos pueden convivir unos 50 años y los abuelos y nietos más de 20 años.⁶

La situación matrimonial de las personas mayores, es un fenómeno que les afecta física y emocionalmente. La mayor mortalidad masculina, deja a las mujeres con mayor probabilidad de vivir solas en el hogar familiar y es más difícil que pierdan sus redes de apoyo y que dejen de hacer las actividades diarias a las que estaban acostumbradas, aunque el sentimiento de soledad esté latente en ellas.

Por el contrario, los varones viudos, experimentan un sentimiento de soledad y vacío notable, en muchos casos son incapaces de realizar las actividades básicas de la vida diaria, y es más probable que pierdan los contactos sociales que antes mantenían.

La tendencia de la mortalidad, también se ve influenciada por el estado civil en el que se encuentren, siendo más baja en las personas casadas y mujeres separadas o divorciadas, y más alta en los varones viudos y solteros.

Las personas que viven solas pueden llegar a sufrir un gran aislamiento social, independientemente del sexo, por lo que el contacto con la familia es algo muy importante en la calidad de vida de las personas mayores, ya sea por la asistencia familiar o el apoyo emocional que reciben. Es importante destacar que el sentimiento de soledad en los pueblos es mucho menor que en las ciudades, porque el contacto con las personas es diario.

Entre los 65 y 69 años en torno al 40% de personas mayores viven con algún hijo, esto se va reduciendo progresivamente a medida que aumenta la edad, pero vuelve al final de la vida.⁷

⁶ LIBRO BLANCO DE PERSONAS MAYORES.

⁷ LIBRO BLANCO DE PERSONAS MAYORES.

Aunque un 71,4% de personas mayores, reciben la atención de un familiar, se observa que hay una mayor presencia de la ayuda formal (centros de día, servicio de ayuda a domicilio) y una mayor oferta de institucionalización.⁸

El cuidado de la persona mayor en casa, es la primera opción de los familiares y claramente la mejor y más recomendada para mantener la autonomía de la persona por más tiempo, “envejecer en casa” es una recomendación que ha guiado la política sociosanitaria desde el plan gerontológico. Pero hay en situaciones y casos, que por diversos motivos o necesidades, la familia toma la decisión de institucionalizar a su familiar, o recurrir a algún tipo de ayuda formal.

En nuestra sociedad, como en muchas sociedades, existe todavía la creencia de que cuando la familia ingresa a su familiar en la residencia, es para que otros se encarguen de él y ellos “limpiarse las manos”, y eso aunque desgraciadamente en algunos casos sí exista, en la mayoría de los casos no es así. Esa decisión puede venir motivada por muchas razones, desde la falta de apoyo social y fuentes de ayuda, a cualquier enfermedad psicológica, cognitiva y física, también puede existir una mala relación entre el cuidador y la persona a cuidar, porque llegue un momento que la situación se haga insostenible por el mal entendimiento o por la tarea que a veces le supone al cuidador.

Cuando llega el momento de la decisión o ingreso del familiar, es un suceso estresante e importante para los familiares o cuidadores, es una situación que requiere ayuda profesional para afrontar el proceso.

La atención en residencias, no sustituye al cuidador, sino que se complementa con él, es lo que se llama “cuidado colaborativo” tanto en la planificación de la intervención como en dicho proceso. En esta intervención, tienen un importante papel desde la propia persona, los profesionales del centro, el contexto comunitario y los propios familiares. Es importante esta implicación en la atención y cuidado de las

⁸ LIBRO BLANCO DE PERSONSA MAYORES.

personas mayores, ya que se asocia con un mayor bienestar tanto físico como psicológico.

Las prestaciones de protección social a la vejez, son las más importantes en prestaciones de protección social en todos los países de la unión europea, salvo en Irlanda. En España es uno de los países donde este gasto ha crecido en mayor medida.

El servicio de atención residencial, ha experimentado una evolución más destacada, ya que el número de plazas ha aumentado considerablemente en los últimos años.

2.4.3. Evolución de las plazas residenciales en España.

En España a principios de 2002 había 239.761 plazas residenciales, distribuidas en 4802 centros, lo que indica que había 3,4 plazas por cada 100 personas de 65 y más años, de las cuales 2 son financiadas íntegramente por el residente, mientras 1,4 total o parcialmente por el sector público.

En 2005 aumentaron las plazas y los centros en 283.195 y 5129 respectivamente y según los últimos datos oficiales a finales de 2009 España contaba con 322.573 plazas residenciales.

La titularidad y gestión de los centros residenciales son la mayoría privadas, las cuales gestionan un 75% aproximadamente de las plazas.

El número de plazas por centro se sitúa en torno a las 64 plazas en España. 1 de cada 2 centros tiene menos de 50 plazas, 1 de cada 4 centros se situaría entre 50 y 99 plazas y 1 de cada 5 superaría las 100 plazas.

Según la Organización Mundial de la Salud, el promedio óptimo de plazas residenciales por cada 100 personas de más de 65 años (índice de cobertura) es de 5. La media de España según los últimos datos publicados por el Portal Mayores de

octubre de 2009 se situaría ya en un 4,1%, un incremento de cuatro puntos porcentuales frente a los datos de 2005.

En España, únicamente las comunidades de Castilla y León (7,0%), Castilla La Mancha (6,8%), Aragón (6,0%), Navarra (5,5%), Asturias (5,4%), Melilla (5,4%) y La Rioja (5,2%) cumplirían estas recomendaciones, con índices que superan el 5%.⁹

2.4.4. Implicación de los familiares en los centros residenciales.

Antes de hablar de la implicación de los familiares, hay que destacar que el uso de las buenas prácticas es importante tenerlo en cuenta para el buen desarrollo de la persona mayor institucionalizada.

Según la guía de buenas prácticas en residencias de personas mayores en situación de dependencia, de la Consejería De Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias:

Las buenas prácticas se pueden dar en dos ámbitos específicos, el organizativo y el relacional.

En el Ámbito organizativo, cuidando:

- El reconocimiento y el ejercicio cotidiano de los derechos de las personas usuarias, su capacidad para optimizar sus oportunidades de participación (*innovación participativa*).
- La calidad de los procesos, relaciones, apoyos y cuidados proporcionados.
- Su capacidad de potenciación de las dimensiones básicas de capacidad (Autonomía moral e Independencia funcional), de las personas y su *empoderamiento*.
- La continuidad y coherencia desde una perspectiva de temporalidad (continuo asistencial, continuidad de proceso).
- El carácter integral e integrador al abarcar e integrar cada una de las áreas, tiempos y espacios gracias al trabajo en equipo interdisciplinar.

⁹ SITUACION DEL SERVICIO DE ATENCION RESIDENCIAL EN ESPAÑA.JULIO 2010

En el Ámbito relacional, contemplando las relaciones entre:

- Persona usuaria (o su familia) y el profesional. A partir de los derechos y deberes de la persona (que definirá aspectos relacionales como la forma de dirigirse a ellos, la confidencialidad, la intimidad o el respeto en el trato). Se trata de lograr una perspectiva más humana de la interacción profesionales/personas usuarias.
- Personas usuarias, pues buscamos que nuestros centros sean *lugares de vida* donde existan espacios para la comunicación, las relaciones y las emociones. Entornos diversos que permitan estar solo/a, en pareja o convivir en pequeños o grandes grupos.
- Persona usuaria y sus familiares y allegados, quienes tendrán facilidades para el mantenimiento de sus relaciones previas.
- Persona usuaria y su comunidad, ofreciendo oportunidades de participar en su comunidad y de que sean aceptadas e integradas como miembro de la misma.

La implicación de la familia en las residencias es muy importante para el mantenimiento de la autonomía de sus familiares, el no sentirse abandonados y que sus familiares estén ahí es algo vital y necesario para ellos.

En muchos centros es difícil seguir un modelo de atención integrador de la familia en el cuidado de los residentes, por lo que siguen un modelo meramente asistencial centrado en los cuidados y apoyo al residente en todo lo que tiene que ver con las actividades de la vida diaria.

Según el *documento Cuidando más allá del domicilio: el papel de la familia en los centros residenciales y el cuidador colaborativo*; existen una serie de obstáculos para la integración de la familia en la residencia, relacionados con el centro, los profesionales, y también con los familiares.

Relacionados con el centro y los profesionales:

- Condiciones de trabajo: sobrecarga de tareas, falta de tiempo para conversar con los familiares, excesiva 'rutinización' y 'mecanización' del cuidado, condiciones laborales mejorables, etc.
- Filosofía de centro 'aislacionista' o con focalización exclusiva en los residentes, que no deja hueco para la implicación real de la familia en el cuidado porque:
 - No se hace explícita como función de los profesionales el dedicar tiempo a escuchar, atender e integrar a los familiares en el cuidado.
 - No se comunica a las familias sus posibles funciones y tareas en la residencia, ni se plantean fórmulas concretas para su implicación real.
- Escasa motivación por parte de los profesionales porque:
 - Han tenido experiencias negativas con las familias.
 - No han recibido formación sobre cómo atender e integrar a los familiares.
 - Tienen baja apertura al cambio y prefieren la 'rutinización'/automatización de su labor.
- Reglas y protocolos institucionales excesivamente rígidos (p. ej., horarios inflexibles).
- Miedo a la reacción de otros compañeros o de los sindicatos.
- Dificultades de comunicación con las familias (p. ej., malos entendidos).
- Desconocimiento de las necesidades y deseos de las familias en relación al cuidado de su familiar y del grado de responsabilidad que estarían dispuestas a asumir.
- Excesiva rotación (cambios de turno) e inestabilidad de la plantilla de enfermeros y auxiliares de enfermería y escasa formación en la atención a personas con deterioro cognitivo (p. ej., manejo de comportamientos problemáticos, habilidades de comunicación).
- Falta de habilidades para afrontar quejas o problemas que les plantean los familiares.

- Estereotipos y prejuicios acerca de los familiares: 'son todos iguales', 'se quejan por sistema', 'quieren llevar la voz cantante', 'nos culpan a nosotros porque se sienten culpables'.
- Barreras ambientales: falta de espacios físicos para la familia (p. ej., ausencia de sillas en las habitaciones, inexistencia de salas para reuniones familiares).
- Escasa apertura por parte del personal a recibir y aprender de la pericia y experiencia del familiar cuidador.
- El centro está muy aislado y mal comunicado a través de transporte público.

Rechazo de la familia a implicarse en el cuidado:

- Ansiedad e incertidumbre ante lo que pueden hacer en el centro, qué se espera de ellos, qué papel tienen.
- Problemas de comunicación y/o conflictos con el personal, relacionados con la percepción de falta de atención personalizada y afectivoemocional a su familiar o sobre otras cuestiones (p. ej., pérdida de objetos personales, olor de las habitaciones).
- Percepción de la dirección y administración del centro como lejanas e inaccesibles Percepción de estar poco informados sobre la enfermedad de su familiar, su progresión, el futuro, etc.
- Percepción de ser ignorados o no ser considerados importantes por los profesionales.
- Percepción de total falta de control sobre el cuidado de su familiar.
- Ansiedad ante el deterioro cognitivo, depresión y agitación de su familiar y dificultades de comunicación con él.
- Percepción de falta de flexibilidad en el centro en relación a los horarios y la forma de administrar algunos servicios (p. ej., comida) y protocolos de actuación.
- Estereotipos y prejuicios acerca de los profesionales: 'son unos ineptos', 'no les importa nada mi familiar, tratan a todos igual', 'lo cuidan mecánicamente'.
- Problemas de salud física o malestar emocional y dificultades psicológicas de los familiares.

Está claro que hay que eliminar estos obstáculos para que se logre la participación de la familia en el cuidado y desarrollo de las personas mayores institucionalizadas, para lograr una atención integral de los mismos, que se sientan más apoyados, y puedan conectar su vida de siempre en otro entorno nuevo para ellos y sobre todo favorecer el aumento de la autonomía.

2.4.5. El papel del trabajador social en las residencias

El trabajador/a social en las residencias, tiene un papel muy importante, ya que identifica los sujetos y objetos que hay que tener en cuenta a la hora de intervenir con el residente, desde el trabajo con el propio residente, al trabajo con la comunidad.

El fin de la intervención es lograr la calidad de vida o bienestar social de la persona mayor.

- Trabajo con el residente: desde la llegada de la solicitud, el trabajador/a social debe conocer a la persona, las circunstancias que le han llevado a él o a la familia a tomar la decisión de institucionalizarlo, debe hacer una valoración de la situación. Se realizará un informe social donde se explique detalladamente la situación familiar (relaciones familiares, factores o causas que dificultan el cuidado de la persona mayor en el hogar familiar...) la situación socio-económica del residente y cualquier información útil y necesaria para lograr una plena integración y una buena intervención de la persona.

También será necesario realizarle el índice de *barthel* donde se reflejarán la autonomía de la persona a la hora de realizar las tareas de la vida diaria.

Una vez recogidos todos los datos, el trabajador/a social realizará un plan de intervención con esa persona dentro de la residencia.

La presencia del trabajador/a social en el momento del ingreso es importante y necesaria. Para el residente el ingreso es una situación de crisis, que puede provocar situaciones de duelo o de rechazo en la persona, o reacciones de agresividad, tristeza, ira...que el trabajador/a social debe ser capaz de manejar.

Es necesario que el residente haga un proceso de adaptación para afrontar la nueva situación.

En el momento de la incorporación al centro, se realizará un protocolo para que vaya todo correctamente, lo que garantiza el éxito y la buena integración. Hay que planificar la actuación.

- 1º es el momento de acogida del residente, el trabajador social tiene que hacer la primera entrevista al residente en las primeras 24 horas, se hará la historia social, se valorará la situación y se realizará el proyecto de intervención.

El objetivo es lograr la integración del residente cuanto antes y que este considere la residencia como su hogar.

- 2º se lleva a cabo la valoración geriátrica: es un proceso estructurado de valoración global en el que se detectan, describen y aclaran las múltiples situaciones en las que se encuentra el residente desde el punto de vista físico, funcional y socioambiental. Esta valoración abarca cuatro áreas:

- La capacidad funcional de la persona, para definir el tipo de plaza del residente, se lleva a cabo a través de dos escalas que miden o valoran el nivel de dependencia o independencia del residente para realizar las actividades básicas de la vida diaria (BVD) (alimentación, utilización del retrete, deambulación...) también miden las capacidades como llamar por teléfono, controlar la toma de medicamentos, gestión del dinero...permite describir el estado funcional de la persona y los cambios que se producen.

También se mide a través del índice de BARTHEL, escala que mide la dependencia e independencia de la persona mayor en 10 actividades.

- El funcionamiento afectivo: son escalas de evaluación mental, que miden la capacidad cognitiva, identifica si hay deterioro o no, en el caso de que lo haya, si afecta a la persona gravemente.
- El bienestar psicológico: se utilizan escalas que miden el estado anímico en personas mayores, como ejemplo tenemos:
 - ✓ El YESEVAGE o GSD, es una escala de depresión utilizada en personas mayores, indica su estado anímico. Sirve para saber cuál es la evolución de la persona en la residencia, ya que muchas personas mayores sufren depresión en forma de tristeza.
 - ✓ El IDER, es un índice de depresión estado-rasgo. El estado hace referencia al momento actual, y el rasgo es la disposición de una persona a estar deprimida.
 - ✓ El HAMILTON, que mide la ansiedad.
 - ✓ STAI, mide la ansiedad y estado-rasgo, para saber si está ansiosa una persona mayor en ese momento o la disposición de esa persona a estarlo.
- Las redes de apoyo social-relacional, a través del inventario de recursos sociales para personas mayores, integrado por 4 tipos de sectores de relaciones sociales como son la pareja, los hijos, familiares y amigos, se miden variables descriptivas, las relaciones del sujeto, el tipo de apoyo recibido tanto emocional como instrumental, la frecuencia de contactos y el grado de satisfacción
Existe también la escala de valoración sociofamiliar, que como su propio nombre indica permite valorar la situación social y familiar de las personas mayores.

- 3º. El proyecto de intervención, el general y el de cuidados.
 - General: debe garantizar a nivel general, cuestiones como si se orienta bien por todas las dependencias de la residencia, si cuenta con objetos personales en su habitación, lo que supondría que considera la residencia como su hogar...
Tiene que conocer los horarios del centro, las normas y cuáles son sus derechos y deberes, también participa en la toma de decisiones y se le consulta. El personal también debe conocer a la persona mayor y cuáles son sus gustos.
 - Cuidados: hay que hacer un proyecto personalizado en el que se incluyen los objetivos individualizados de los cuidados y tratamientos identificables, este proyecto tiene que dar constancia de los servicios y cuidados para el logro de los objetivos (medibles) y la frecuencia con la que se van a dar los cuidados. Tiene que haber una coordinación con el equipo interdisciplinar.

- 4º los problemas cotidianos: el tema de la resolución de conflictos entre los residentes por envidia, celos, o motivos varios, se puede hacer mediando o haciendo trabajo social en grupo, ya que es muy útil a parte del trabajo individualizado.

La animación de las personas mayores, intentando que participen en las actividades, que experimente emociones positivas...

Antes de concluir este apartado mencionar nuevamente el papel que tiene la familia y el centro; la familia tiene un papel fundamental, para que las personas mayores estén lo mejor posible dentro de la residencia, algunos familiares tienen sentimiento de culpa por dejar a un familiar en la residencia y lo manifiestan yendo todo lo posible a verla o no yendo nunca. Es importante hacer un trabajo paralelo con la familia e informarles de todo lo que se está haciendo con el residente.

Con respecto al centro, este debe ser el hogar del residente, para que ese sentimiento de pertenencia se dé, es importante y básico el protagonismo de la persona mayor y sus intereses.

Es bueno delegar a las personas mayores algunas funciones propias de la gestión del centro, pero con supervisión directa del personal y teniendo en cuenta las capacidades del residente. También es bueno implicar a los residentes en la programación de las actividades del centro.

Y en cuanto a la comunidad, hay que tener claro que no es una institución cerrada, lo que implica que la residencia esté abierta al entorno más cercano, para que las personas mayores estén en contacto con ese entorno para poder mantener las relaciones que ya tenía el residente fuera.

2.5. POLÍTICAS DE REFERENCIA

2.5.1. Carta Europea.

Según la Carta europea, a continuación se exponen los artículos donde se explican los derechos y de las responsabilidades de las personas mayores que necesitan atención y asistencia de larga duración.

ARTÍCULO 1: *DERECHO A LA DIGNIDAD, AL BIENESTAR FÍSICO Y MENTAL, A LA LIBERTAD Y A LA SEGURIDAD.*

En particular tiene el derecho:

1.1 Al respecto a su dignidad humana y a su bienestar, independientemente de su edad, de su raza, de su color y de su origen social, de sus medios económicos, de sus

convicciones, de su sexo, de su orientación o identidad sexual y del grado de cuidados y de asistencia del que tenga necesidad.

1.2 Al respecto a la protección de su bienestar físico, sexual, psicológico, emocional, económico y material.

BIENESTAR FÍSICO

1.2.1 Al respecto y a la protección de su bienestar físico y a la protección contra toda forma de maltrato físico que comprende: el maltrato y la negligencia, la malnutrición y la deshidratación, el agotamiento, el frío o un calor excesivo y toda enfermedad física evitable.

1.2.2 A la protección contra toda forma de abuso sexual o de maltrato.

BIENESTAR PSICOLÓGICO Y EMOCIONAL

1.2.3 Al respecto y a la protección de su bienestar psicológico y emocional y a la protección contra toda forma de abuso o de maltrato psicológico o emocional.

1.2.4 De esperar de los demás que no les ocasionen intencionadamente un sentimiento de desolación, de malestar o un sentimiento negativo o de depresión.

1.2.5 De estar protegido de todo intento de separarle de otra persona con la cual quiera estar.

SEGURIDAD ECONÓMICA Y MATERIAL

1.2.6. De estar protegido contra toda forma de abuso económico o material.

1.2.7. De esperar de las personas que se ocupan de sus bienes económicos y materiales que actúen por el bien de sus intereses, si son incapaces de hacerlo por ustedes mismos.

1.2.8. De conservar sus objetos personales hasta que se decida voluntariamente deshacerse de los mismos o hasta la hora de su muerte. Tienen el derecho de no estar forzado a modificar su testamento o a renunciar a bienes económicos o materiales que le pertenecen legítimamente.

PROTECCIÓN CONTRA LOS ABUSOS MÉDICOS Y DE MEDICAMENTOS

1.2.9. A la protección contra todos los maltratos, negligencias y abusos médicos y farmacéuticos comprendiendo: un tratamiento médico o la utilización de medicamentos inapropiados, innecesarios o excesivos o a un rechazo del tratamiento.

NEGLIGENCIA

1.2.10. Estar protegido contra la negligencia y la falta de diligencia en la provisión de ayuda, de cuidados o de tratamiento.

1.3 A estar protegido contra las amenazas de cualquier naturaleza. Ha de poder sentirse seguro en el entorno en el que vive y con las personas que le rodean.

1.4 A tener acceso a la Seguridad Social y a la Asistencia Social.

ARTÍCULO 2: DERECHO A LAS PROPIAS DECISIONES

LIBERTAD DE ELECCIÓN

2.1. Tiene el derecho de llevar una vida tan autónoma e independiente como le permitan sus capacidades físicas y mentales, y a recibir consejos y soporte para poderlo hacer.

2.2. Tiene el derecho de esperar de las personas que lo rodean respeten sus opiniones, sus deseos y sus elecciones, incluso si no es capaz de comunicarlo de forma explícita. Tiene el derecho de ser consultado y a tomar parte en todas las decisiones sobre las actuaciones que le afecten

2.3. Tiene el derecho de conservar el control de su patrimonio y de sus ingresos, y de gestionar per si mismo sus asuntos económicos y legales y las transacciones con las autoridades.

SOPORTE A LA TOMA DE DECISIONES

2.4. Tiene el derecho de nombrar a una tercera persona adecuada para tomar decisiones en su nombre y representarlo.

2.5. Tiene el derecho de solicitar una segunda opinión sobre la situación de su salud antes de iniciar el proceso de un tratamiento médico.

2.6. Tiene el derecho de que le permitan el tiempo de reflexión suficiente para considerar con tranquilidad sus decisiones antes de tomarlas, a tener acceso a los documentos pertinentes y de decidir su elección después de haber recibido información, consejo y orientaciones independientes.

2.7. En el caso de que no sea capaz de tomar las decisiones por sí mismo o de expresarse personalmente en una fecha posterior tiene el derecho de dejar de antemano, instrucciones anticipadas sobre las decisiones relativas a sus cuidados, que serán ejecutadas por una tercera persona de su elección. Sus voluntades han de ser respetadas en todo momento, incluso si son comunicadas de forma no verbal o por la intermediación de la tercera persona designada por usted.

RESTRICCIONES A SU AUTO-DETERMINACIÓN

2.8. No puede estar sometido a ninguna forma de limitación física o mental, al menos que esta limitación responda a un riesgo potencial. En este caso es necesario que se determine cuál es por su interés por medio de un procedimiento transparente e identificable de forma independiente, que puede ser revocable. Las evaluaciones de su capacidad mental para tomar decisiones no son nunca absolutas ni definitivas y han de ser revaluadas regularmente.

ARTÍCULO 3: DERECHO A LA PRIVACIDAD

DERECHO A LA VIDA PRIVADA

3.1. Tiene derecho al respeto para su necesidad de la intimidad. Tiene que tener la oportunidad de disponer de tiempo y espacio para usted sólo, o con las personas de su elección, si así lo desea.

3.2. Su espacio personal ha de ser tratado con respeto, al margen del lugar donde viva y el grado de cuidados y de asistencia que necesite. El objetivo de todas las personas involucradas en su atención, cuidados y tratamiento ha de ser la de evitar la restricción a su privacidad o al respeto a su derecho a las relaciones íntimas.

3.3. El respeto a su privacidad es reflejar también a la consideración que se da a los sentimientos suyos de pudor. Teniendo el derecho de ser tratado por sus cuidadores con delicadeza y discreción.

DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD DE LAS INFORMACIONES Y COMUNICACIONES.

3.4. Tiene el derecho a la confidencialidad de su correspondencia. Sus cartas o correo electrónico no pueden ser recibidos, abiertos o leídos por terceros sin su consentimiento. Tiene el derecho de hacer llamadas telefónicas en privado.

3.5. Su derecho a la privacidad tiene que reflejarse también para el tratamiento confidencial de sus datos y documentos. Sus datos personales están protegidos por la ley.

3.6. Tiene el derecho de esperar que los comentarios relativos a su situación, cuidados y tratamiento, tanto si tienen lugar con usted o no, se produzcan con delicadeza y discreción, y con respeto para su privacidad.

ARTÍCULO 4: DERECHO A CUIDADOS DE CALIDAD Y ADAPTADOS A SUS NECESIDADES.

CALIDAD DE LOS CUIDADOS

4.1. Tiene el derecho a recibir servicios de salud y de cuidados de larga duración, oportunos y financieramente abordables, que sean adaptados a sus necesidades y deseos individuales, y sin ningún tipo de discriminación.

4.2. Tiene el derecho de ser atendido por personas que tengan las calificaciones requeridas y que reciban el soporte adecuado para responder a sus necesidades de asistencia, cuidados y tratamiento. Tanto si es cuidado por profesionales, por miembros de su familia o bien otras personas de confianza, estas tienen que haber recibido y continuar recibiendo, recursos técnicos, estructurales y financieros, formación especializada, y los consejos necesarios para poder proporcionarle la asistencia que necesite.

4.3. Ha de buscar soluciones de respiro para permitir a las personas que le dan asistencia diaria, los espacios de tiempo necesario para centrarse en su vida personal y mejorar la calidad de los cuidados que le prestan.

4.4. Tiene derecho a beneficiarse de medidas de prevención de cualquier deterioro de sus condiciones, o de conseguir una mejora, y de que se promueva su independencia hasta el grado más alto posible.

4.5. Tiene derecho a que todas las personas, instituciones y organizaciones profesionales involucradas en su cuidado, soporte y tratamiento se comuniquen y colaboren entre ellas y que coordinen los servicios que le presten para garantizar que éstos sean lo mejor para sus intereses.

4.6. Tiene el derecho de recibir en el tiempo oportuno la ayuda para sus necesidades diarias.

CUIDADOS PERSONALIZADOS

4.7. Cuando entre en un centro de atención residencial, las condiciones y el costo de su estancia tienen que estar definidos en un contrato explícito.

Las informaciones relativas a sus derechos y responsabilidades han de ser claras y transparentes. Tiene el derecho de recibir consejo antes y en el momento de su admisión.

4.8. Tiene el derecho de circular libremente por su entorno. Tiene el derecho de recibir ayuda y aliento para su movilidad.

4.9. Tiene el derecho de que se tengan en cuenta aspectos de sus antecedentes y de su estilo de vida anterior que son importantes para usted.

ARTICULO 5: DERECHO A INFORMACIONES Y CONSEJOS PERSONALIZADOS Y A LA EXPRESIÓN DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO.

DERECHO AL ACCESO A LAS INFORMACIONES PERSONALES Y PERSONALIZADAS

5.1. Tiene el derecho de estar informado de su estado de salud y de los tratamientos y cuidados disponibles. Esto incluye información sobre las posibilidades de éxito o fracaso, de los efectos potenciales de los medicamentos, exámenes o cualquier otra intervención sobre su salud física y mental i también sobre su vida cotidiana, y de las alternativas posibles.

5.2. Usted y la tercera persona de su elección continúan teniendo el derecho de acceder a sus datos médicos personales y a tener la ocasión de pedir y de examinar todos los documentos relativos a su salud.

5.3. De igual manera ha de ser respetado su derecho a rechazar de estar informado.

5.4. Tiene el derecho de estar informado y aconsejado sobre todas las actividades de ocio, infraestructuras de alojamiento, y medidas de ayuda social posibles de las que se puede beneficiarse al margen de su costo.

Tiene que poder decidir por sí mismo cuales puede afrontar económicamente y tiene que recibir todas las informaciones necesarias para tomar una decisión informada.

CONSENTIMIENTO FORMAL Y CONSEJOS

5.5. Se requiere su consentimiento informado o el de la tercera persona de su elección para todas las decisiones relativas a sus cuidados y tratamiento, así como para una eventual participación en proyectos de investigación o pruebas médicas.

5.6. Tiene el derecho a consejos, representación y defensa jurídica.

5.7. El derecho a que se le hable abiertamente, con tacto y en términos que se comprendan, ya que forma parte de su derecho a ser informado y a dar un consentimiento informado.

5.8. Usted o la persona de su elección tiene el derecho a recibir las informaciones oportunas, claras y completas concernientes a todos los servicios que les sean propuestos. Esto ha de incluir sus respectivos costos, y las posibilidades de adaptarlos a sus necesidades.

5.9. Antes de acordar o modificar un acuerdo o contrato de atención residencial u otros servicios, tiene el derecho de estar ampliamente informado y aconsejado sobre el contenido del mismo y sobre la posibilidad de futuras modificaciones del acuerdo, especialmente servicios y tarifas. Las informaciones respecto a sus derechos y responsabilidades tienen que ser claras y transparentes.

ARTICULO 6: *DERECHO A CONTINUAR COMUNICANDOSE Y A PARTICIPAR EN LA SOCIEDAD Y EN ACTIVIDADES CULTURALES.*

6.1. Usted tiene derecho a estar informado y a beneficiarse de las oportunidades de participar voluntariamente en la vida social, de acuerdo con sus intereses y capacidades, en un espíritu de solidaridad entre generaciones. Tiene también el derecho de que se le den las oportunidades de desarrollar un trabajo remunerado o voluntario y de participar en la formación a lo largo de toda la vida.

6.2. Tiene derecho a recibir toda la ayuda necesaria para ser capaz de comunicarse. Tiene derecho a que se tengan en cuenta sus deseos y expectativas de comunicación, sea la que sea la forma en que sean expresadas.

6.3. Tiene derecho a circular libremente para continuar con sus intereses y actividades. Si su movilidad es reducida, tiene el derecho de estar asistido al respecto.

6.4. Tiene el derecho al acceso igualitario a las nuevas tecnologías y al aprendizaje y a la ayuda necesaria para usarlas.

6.5. Tiene el derecho de continuar ejerciendo todos sus derechos cívicos, incluyendo su derecho a participar en elecciones políticas, y si es necesario, recibir una ayuda imparcial para este fin. Su derecho a la libertad de elección ha de ser respetado y el secreto respecto de su voto ha de ser respetado por toda la persona que la asista.

ARTÍCULO 7: *DERECHO A LA LIBERTAD DE EXPRESIÓN Y A LA LIBERTAD DE PENSAMIENTO / CONSCIENCIA: CONVICCIONES, CULTURA Y RELIGIÓN.*

7.1. Tiene derecho al respecto a sus valores y convicciones, a su filosofía de vida y/o libertad religiosa, al margen de que estos valores sean compartidos o no, por las personas que están para el cuidado de usted.

7.2. Usted tiene derecho a practicar y observar sus creencias religiosas o espirituales. Usted tiene también el derecho de poder disponer del soporte y consejos espirituales

o religiosos por parte de representantes de su fe o creencias espirituales cuando lo desee. Tiene el derecho de rechazar la participación en actividades religiosas y de rechazar el acercamiento de los representantes de religiones, de otras creencias o filosofías de vida.

7.3. Toda persona tiene el derecho de igualdad de respeto y tolerancia mutua, al margen de su herencia cultural, valores o prácticas religiosas.

7.4. Tiene el derecho de crear una asociación, de adherirse a un grupo e igualmente el derecho de rechazar esta adhesión.

7.5. Tiene el derecho de forjarse sus propias convicciones políticas o sociales y de ampliar sus competencias y conocimientos al respecto.

7.6. Tiene el derecho de rechazar cualquier tipo de presión ideológica, política o religiosa no solicitada, y tiene el derecho de pedir el de estar protegido contra estas presiones.

ARTICULO 8: DERECHO A CUIDADOS PALIATIVOS Y AL RESPECTO Y DIGNIDAD EN LA AGONÍA Y EN LA MUERTE.

8.1. Tiene el derecho a una ayuda compasiva y cuidados paliativos cuando llegue al fin de su vida y hasta su muerte.

8.2. Tiene el derecho de esperar a que se haga todo lo que sea posible para que el proceso de morir sea digno y tolerable. Las personas que les traten y les acompañen en estos momentos tienen que respetar sus voluntades y mantenerlas en la medida de lo posible.

8.3. Tiene el derecho de esperar que los médicos y profesionales de la salud implicados en el cuidado del fin de su vida, incluyan y ofrezcan soporte a sus familiares u otras personas de confianza, de acuerdo con sus deseos. Igualmente tiene que ser respetado su derecho a excluir a ciertas personas.

8.4. Tiene el derecho de decidir en qué extensión se inicia o se mantiene un tratamiento, incluyendo las medidas de prolongación de la vida. Sus instrucciones anticipadas tienen que ser respetadas, si se considera que usted ya no es mentalmente competente.

8.5. Nadie puede tomar medidas que lleven necesariamente a su muerte, excepto que este hecho este autorizado por la legislación nacional del país en el que se reside y si ha dado explícitamente instrucciones en este sentido.

8.6. En el caso de que ya no sea personalmente capaz de expresar sus instrucciones anticipadas referidas a las decisiones sobre la atención al final de su vida, estas han de ser ejecutadas en los límites de la legislación nacional del país en el que reside.

8.7. Tiene el derecho al respecto y a la observancia de sus convicciones y preferencias religiosas expresadas durante su vida, sobre los arreglos por cuidados y tratamiento de su cuerpo después de su muerte.

ARTÍCULO 9: DERECHO A PRESENTAR UN RECURSO

9.1. Tiene el derecho de recibir un soporte o de rechazar un soporte cuando se encuentra en una situación de abuso o de maltrato tanto si recibe atención residencial o en el domicilio.

9.2. Tiene el derecho de esperar tener profesionales de la atención que hayan sido formados para reconocer signos de abuso y de maltrato y que estos actúen de forma apropiada para protegerles contra cualquier nuevo maltrato.

9.3. Tiene derecho a estar informado de las vías por las que puede denunciar el abuso. Tiene el derecho de denunciar un abuso o un maltrato sin miedo de ninguna repercusión negativa, y de esperar que las autoridades respondan adecuadamente cuando haga un informe. Este derecho es extensivo a las personas de su entorno, especialmente las personas que sean responsables de sus cuidados y de su soporte.

9.4. Tiene el derecho de esperar estar protegido de la supuesta situación de abuso o maltrato cuando realice una denuncia hasta que el caso sea investigado a fondo; esto no ha de requerir un cambio de residencia si no es su deseo.

9.5. Tiene el derecho a hacer un tratamiento que le permita hacer una recuperación total del trauma físico o psicológico que haya sufrido como resultado del abuso o maltrato. Es necesario que le den el tiempo para poderse recuperar a su propio ritmo.

ARTICULO 10: SUS RESPONSABILIDADES.

10.1 Respetar los derechos y las necesidades de otras personas que viven y trabajan en su entorno y respetar el interés general de la comunidad en la que viven; sus derechos y libertades han de estar limitadas solo por la necesidad de respetar los derechos similares del resto de miembros de la comunidad.

10.2 Respetar los derechos de los cuidadores y del equipo profesional a estar tratados con cortesía y de trabajar en un entorno libre de presión y abuso.

10.3 Planificar su futuro y asumir la responsabilidad del impacto de sus acciones o falta de acciones hacia sus cuidadores y personas cercanas, de acuerdo con la legislación nacional. Esto incluye:

10.3.1. Nombrar a una tercera persona de su elección para tomar decisiones y representarle.

10.3.2. Dar instrucciones de antemano detallando sus decisiones respecto a su salud y su bienestar, que incluyan los cuidados que quiera recibir durante su vida y al final de la misma así como también las disposiciones sobre su patrimonio y asuntos económicos. Si no está con capacidad de hacerlo es el deber de su familiar más próximo o de la persona que haya nombrado su representante, el tomar decisiones en su nombre, respetando sus deseos siempre que sea posible.

10.4. Informar a las autoridades competentes y a las personas de su entorno de una situación de abuso, maltrato o de negligencia que haya sufrido o de la que tengan conocimiento.

2.5.2. Constitución Española.

En la **constitución española de 1975**, en el artículo 50, se hace referencia a este colectivo:

Los poderes públicos garantizaran, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica de los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante el sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.

2.5.3. LEY 39/2006 de 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

El objetivo de esta ley es la creación de un sistema para la autonomía y atención a la dependencia con la colaboración de todas las administraciones públicas y la garantía de la administración general del estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del estado.

Los principios de esta ley son:

- Carácter público de las prestaciones
- Universalidad en el acceso
- Atención integral e integrada
- Igualdad real
- Personalización en la atención

- Permanencia en el entorno

- Calidad, sostenibilidad y accesibilidad a los recursos
- Participación de las personas en situación de dependencia
- Colaboración de los servicios sociales y sanitarios
- Participación de la iniciativa privada
- Participación del tercer sector
- Cooperación interadministrativa.

Las prestaciones de atención a la dependencia, podrán tener la naturaleza de:

- Servicios (carácter prioritario):
 - Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal
 - Servicio de teleasistencia
 - Servicio de ayuda a domicilio
 - Servicio de centro de día y de noche
 - Servicio de atención residencial
- Prestaciones económicas:
 - Prestación económica vinculada al servicio
 - Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales
 - Prestación económica de asistencia personal

2.5.4. Ley 5/2003, de 3 de abril, de Atención y Protección a las Personas Mayores de Castilla y León.

«Del objeto y ámbito de aplicación»

Artículo 1 Objeto de la Ley

La presente Ley, con el fin de promover la calidad de vida y la protección de las mujeres y hombres mayores, tiene por objeto establecer el marco jurídico de actuación de los Poderes Públicos de Castilla y León, en orden a:

- a) Garantizar el respeto y la defensa de los derechos de las personas mayores, en el marco de lo establecido por la Constitución Española, el Estatuto de Autonomía de Castilla y León y el resto del ordenamiento jurídico.
- b) Prestar atención integral y continuada a las personas mayores, especialmente a aquellas que se encuentren en situación de dependencia, procurando su bienestar físico, psíquico y social, a través de programas, recursos y servicios que se adapten a sus necesidades.
- c) Promover su desarrollo personal y social a través del ocio y la cultura.
- d) Fomentar la participación de las personas mayores, su colaboración activa y la representación en todos los ámbitos que les afecten.
- e) Potenciar la integración social de las personas mayores, facilitando la permanencia en su entorno familiar y social, impulsando las relaciones intergeneracionales y sensibilizando a la sociedad ante sus necesidades.
- f) Impulsar la solidaridad hacia las personas mayores y promover las condiciones que favorezcan el establecimiento y el mantenimiento de las relaciones interpersonales entre ellas y el resto de los ciudadanos de Castilla y León, con el objeto de propiciar la colaboración y enriquecimiento recíprocos.

g) Apoyar a la familia y personas que intervengan, bien de forma individual, bien a través de fórmulas asociativas, en la atención a las personas mayores.

h) Prevenir y evitar situaciones de riesgo social que puedan dar lugar a situaciones de maltrato y desasistencia.

i) Promover las condiciones precisas para que las personas mayores lleven una vida autónoma, facilitando los medios para desarrollar sus potencialidades y frenar los procesos involutivos que con frecuencia acompañan a la edad avanzada.

j) Adoptar medidas para la prevención de situaciones de abuso tanto en su persona como en su patrimonio.

Artículo 2 Ámbito de aplicación

1. A los efectos de la presente Ley, serán objeto de atención y protección las españolas y españoles mayores de 65 años residentes en el territorio de la Comunidad de Castilla y León. No obstante, podrán acceder a los recursos dirigidos a este sector personas menores de 65 años en los términos que se establezcan reglamentariamente.

2. Las extranjeras y extranjeros que se encuentren en la Comunidad podrán beneficiarse de lo establecido en esta Ley, de acuerdo con lo dispuesto en los Tratados, Convenios Internacionales así, como en el resto de las disposiciones vigentes.

Artículo 3 Principios rectores

Para la consecución de los objetivos recogidos en la presente Ley, la actuación de los Poderes Públicos se regirá por los siguientes principios:

- a) Colaboración, cooperación y coordinación entre las Administraciones Públicas y de éstas con las entidades privadas que desarrollen actuaciones para la atención de las personas mayores.
- b) Corresponsabilidad de la propia persona, familia y Administraciones Públicas en la atención integral a las personas mayores.
- c) Eficacia, celeridad y flexibilidad en la organización y funcionamiento de centros y servicios de carácter social, adaptando la política social a la evolución de las necesidades y demandas de las personas mayores, y aplicando criterios de calidad y mejora continua en la oferta y prestación de dichos servicios.
- d) Planificación y evaluación de las necesidades de las personas mayores y de los recursos existentes y establecimiento de objetivos precisos que consoliden un Sistema de Acción Social garante de su bienestar.
- e) Solidaridad, fomentando especialmente el voluntariado como vía complementaria que garantice a la sociedad una fuente de medios personales, fundamentalmente ante situaciones de necesidad susceptibles de protección, en todos los ámbitos de la vida de las personas mayores, sin que ello suponga en ningún caso sustituir la garantía en la protección de la mujeres y hombres mayores que deben prestar las Administraciones Públicas.
- f) Participación de las personas mayores a través de órganos que posibiliten su representación en los diferentes ámbitos de la Administración, y su intervención en el diseño de la política social.

g) Justicia social en el acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad, sin que exista discriminación que vulnere los derechos de las personas mayores conforme a sus necesidades personales.

h) Respeto a la capacidad de decisión de las personas mayores.

3. APROXIMACIÓN AL CONTEXTO Y ANÁLISIS DE LA REALIDAD

3.1. ANÁLISIS DEL CONTEXTO

El lugar donde se va a llevar a cabo el proyecto es en la localidad de Ávila, concretamente en la residencia de personas mayores “ASIDEMA”.

Ávila es una ciudad y municipio español, situado en la provincia de Ávila, en la comunidad autónoma de Castilla y León. Comprende el Valle de Amblés y la Sierra de Ávila. Se encuentra situada junto al curso del río Adaja y se trata de la capital de provincia más alta de España, a 1131 m sobre el nivel del mar, la ciudad presenta un clima mediterráneo con rasgos continentales. En 2012 su término municipal concentraba el 34 % del total de población de la provincia.



Ávila es una de las capitales de provincia menos pobladas del país. El término municipal tiene una superficie de 230,71 km² y una población de 59 008 habitantes (28 411 varones y 30 597 mujeres),

Los datos de la pirámide de población de 2012 se pueden resumir así:

- La población menor de 20 años es el 20,05 % del total.
- La comprendida entre 20-40 años es el 28,33 %.
- La comprendida entre 40-60 años es el 29,5 %.
- La mayor de 60 años es el 22,12 %.

Ávila cuenta con la oficina provincial de la Cruz Roja Española que en 2013 contaba con 3470 socios y 2151 voluntarios. También existe una sede de Cáritas, «Cáritas Diocesana de Ávila», en la calle San Juan de la Cruz.

Los servicios sociales municipales básicos, de carácter genérico y dirigidos a todos los sectores de la población abulense, son ofrecidos a través de una red de cuatro centros: «Centro de Acción Social Zona Centro», «Centro de Acción Social Zona Norte», «Centro de Acción Social Zona Sur» y «Centro de Acción Social Zona Este».¹⁰

Emplazada en pleno casco histórico de Ávila, la Residencia de Personas Mayores ASIDEMA ofrece sus servicios en un edificio de reciente construcción. Equipado para satisfacer el confort y la atención integral del residente y favorecer el acompañamiento de sus familias y allegados.

Dispone de 97 plazas entre habitaciones individuales y dobles, amplias y adaptadas, distribuidas en tres plantas independientes de las zonas de uso común.

¹⁰ WIKIPEDIA.

3.2. ANÁLISIS DE LA REALIDAD

La trabajadora social de la residencia ASIDEMA, es la que se encarga de recibir a la familia a la hora de proceder al ingreso del residente, se encarga de hacerles una serie de preguntas para conocer mejor la situación del residente. Las preguntas que realiza básicamente son si la persona mayor puede comer sola, si sabe utilizar bien los cubiertos o si necesita ayuda, si controla esfínteres o necesita compresas, sus preferencias o hábitos para poder colocarlo en la habitación con una persona afín a ella y de esa manera poder evitar conflictos y que la convivencia sea lo más fácil posible.

En la mayoría de los casos la trabajadora social detecta tristeza y sentimiento de culpabilidad en los familiares en la entrevista previa al ingreso del familiar.

También manifiesta que muchos residentes no reciben visitas de sus familiares y que ni siquiera se preocupan en llamar para preguntar por su estado, solo lo hacen cuando reciben un cobro a mayores para pedir explicaciones o que les justifiquen de donde ha salido ese dinero. En estas personas se observa un sentimiento de soledad y un deterioro tanto físico como cognitivo mucho mayor que en otros residentes.

Otros familiares acuden con frecuencia a visitar a su familiar, están al tanto de todo y se implican en el cuidado de una manera satisfactoria, hay casos incluso que acuden todos los días a pasear con su familiar o aprovechan cualquier momento, incluso un descanso en el trabajo para ir a verlos. La buena ubicación de la residencia permite a algunos familiares poder hacer eso.

En cuanto a las actividades que realizan en la residencia, es la terapeuta ocupacional la que se encarga de ellas, les lee el periódico todos los días para que estén informados de la actualidad, hace puzzles con ellos y actividades de gimnasia.

La residencia también procura hacer una salida una vez al mes aproximadamente a ver algún museo a tomar alguna tapa o a pasear por un parque.

Es la terapeuta ocupacional la que se encarga una vez al mes de hacer el índice de Barthel a cada persona para controlar como va evolucionando.

En la residencia, se encuentran actualmente 90 personas, entre los que se encuentran 60 mujeres y 30 hombres. Más de la mitad de los residentes son asistidos o necesitan ayuda para realizar las tareas básicas de la vida diaria.

La mayoría de los residentes son viudos, les siguen los solteros, casados y por último los separados.

En función del grado de dependencia, se dividen así:

- 22 personas válidas: 11 varones y 11 mujeres
- 41 personas dependientes grado I: 13 varones y 28 mujeres
- 27 personas dependientes grado II: 6 varones y 21 mujeres

Estas personas están divididas en las habitaciones de esta manera:

- Residentes Válidos en Habitación Doble: 7.69 %
- Residentes Válidos en Habitación Individual: 3.29 %
- Residentes asistidos Grado I en Habitación Doble: 37.36 %
- Residentes asistidos Grado I en Habitación Individual: 7.69 %
- Residentes asistidos Grado II en Habitación Doble: 30.76 %

4. PLANIFICACIÓN

Es necesario planificar la intervención, saber que se pretende, a donde se quiere llegar, con qué recursos se cuenta y que procedimientos hay utilizar para ello.

4.1. FINALIDAD DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN

- Al menos el 75% de los residentes que participan en las actividades, se sientan más autónomas y sientan que forman parte de la residencia como gestores de ella, no como simples usuarios.
- Que el 80% de las familias se impliquen con sus familiares y les apoyen en la realización de las actividades.

4.2. OBJETIVOS

- Objetivo general

Favorecer el mantenimiento de la autonomía, la calidad de vida y el bienestar personal de los residentes, manteniendo el sentimiento de utilidad y autoestima personal.

- Objetivos específicos:
 - Analizar la situación, necesidades y demandas de los residentes
 - Fomentar los contactos personales con sus familiares
 - Hacer frente a las disminuciones y limitaciones físicas
 - Fomentar la creatividad y productividad.
- Objetivos operativos
 - Que participen activamente en las actividades
 - Que reciban visitas de sus familiares al menos una vez por semana
 - Que se sientan útiles y participes de las tomas de decisiones.

4.3. METODOLOGÍA

La metodología son los pasos, el proceso que vamos a utilizar para llegar al fin que pretendemos.

Se han llevado a cabo los siguientes pasos:

- Se ha hecho un repaso de los informes sociales de los residentes, para ver su situación familiar y social.
- Posteriormente se ha investigado sobre las demandas y necesidades de los residentes mediante la utilización de una escala de intereses.
- Según los datos obtenidos en las encuestas se han definido las actividades a realizar.
- Coordinación del equipo que va a participar en la realización de las actividades. Todos son empleados del centro, desde los técnicos a las auxiliares, personal de cocina y de limpieza del centro.
- Priorización de las actividades y organización de las mismas.
- Reuniones con los familiares de los residentes para conocer su predisposición en la implicación de las tareas con sus familiares.
- Se pondrán en contacto con diferentes entidades, centros e instituciones para coordinar las actividades que se lleven a cabo en el exterior del centro.

La escala de intereses ha sido realizada a un total de 42 personas la mayoría válidas o de grado I.

4.4. EVALUACIÓN

Se evaluará el programa, transcurrido el primer mes de su puesta en práctica, esta evaluación se llevará a cabo mediante hojas de seguimiento que reflejarán en que actividades han participado cada uno, y su nivel de implicación, también reflejarán las incidencias o puntos importantes para mejorar o cambiar. Estas hojas de seguimiento las irán rellenando los responsables o supervisores de cada actividad en el momento de llevarse a cabo.

En las reuniones intermedias con los diferentes profesionales, se pondrán en común para detectar fallos o cambios que se reflejaran en un informe intermedio.

Se realizará también una evaluación final al terminar el programa, donde con la elaboración de un informe final se reflejará si se han cumplido los objetivos y las metas marcadas en el programa, posteriormente se utilizará como referencia para mejorar el programa, analizar la calidad y efectividad del mismo para seguir trabajando con él y poder llevarlo a cabo en otras residencias.

4.5. TEMPORALIZACIÓN

El programa se llevará a cabo en Ávila, en la residencia ASIDEMA, residencia para mayores.

Se realizará desde el 1 de agosto de 2014, hasta febrero de 2015, todos los días en el horario establecido por la residencia.

Los responsables del programa y los empleados de la residencia, harán reuniones mensuales para valorar sobre el funcionamiento del mismo.

4.6. RECURSOS

- Humanos: la trabajadora social del centro será la encargada de llevar a cabo el proyecto. Coordinará al resto de personal del centro para la elaboración y ejecución de las actividades. Contará también con el apoyo y predisposición de los familiares a participar junto con las personas mayores en las actividades.
- Materiales: se utilizarán los recursos del centro, también se dispondrá de un microbús que traslade a los residentes a las actividades programadas fuera del centro.

5. EJECUCIÓN

Después de recoger las escalas de intereses de los residentes se han definido diferentes actividades:

5.1. ACTIVIDADES EN EL CENTRO:

En el centro se llevarán a cabo actividades como:

COCINA: las personas que lo deseen podrán ayudar en la elaboración de las comidas del centro y aportar ideas y recetas al mismo, siempre supervisadas y apoyadas por el personal de cocina. Una vez al mes se hará una comida para que puedan degustarla los familiares de los residentes.

Objetivo: que las personas que les gusta cocinar y que estaban acostumbradas a realizar esta tarea, puedan seguir haciéndolo y no se les olvide.

BAILAR: habrá sesiones de baile impartidas por residentes, dos veces por semana. A estas clases de baile podrán acudir también los familiares.

Objetivo: que se muevan y enseñen bailes típicos o que ellos conocen a otros residentes.

JUEGOS DE MESA: se organizarán diferentes juegos de mesa, como ajedrez, damas, las cartas... y se jugará también todas las tardes pudiendo organizar torneos.

Objetivo: que sigan ejercitando la memoria realizando juegos que hacían antes de ir a la residencia.

DEBATES: se hará un grupo de debate sobre temas afines una vez a la semana, también se hablará sobre temas de actualidad.

Objetivo: que estén al día de la actualidad y puedan opinar al respecto y debatir sobre diferentes temas que sean de su interés.

JARDINERIA: plantarán flores en el patio y se encargarán diariamente de cuidarlas.

Objetivo: tener una rutina diaria haciendo algo que les gusta.

COSER, BORDAR...: se le proporcionara telas e instrumentos para que puedan coser lo que quieran y hacer cosas para sus familiares.

Objetivo: sentirse útiles y capaces de hacer una manualidad que antes hacían.

LABORES DOMÉSTICAS: las personas que lo deseen podrán ayudar en la elaboración de diferentes tareas domésticas, como hacer camas, planchar...

Objetivo: que se sientan útiles realizando tareas a las que estaban acostumbradas y que desean seguir haciendo.

HUERTO: se plantarán alimentos en un pequeño huerto que ellos mismos tendrán que cuidar y posteriormente podrán recoger los alimentos para comerlos en el centro.

5.2. ACTIVIDADES EN EL EXTERIOR

TEATRO, MUSEOS...: a las personas que las guste el teatro o quieran ver algún museo, se organizarán salidas, estas se realizarán en colaboración con los familiares, en el acompañamiento de los residentes.

PETANCA: dos veces por semana se acompañará a los residentes interesados a jugar a la petanca en un parque cercano a la residencia.

EXCURSIONES: se realizarán diferentes excursiones a parques, pueblos...que los residentes quieran visitar ya sea porque vivieron allí o porque tienen ganas de conocerlo.

6. EVALUACIÓN

6.1. CONCLUSIONES

Como conclusión me gustaría destacar la importancia que tiene el papel de las familias con las personas institucionalizadas, son figuras claves para ellos, y el contacto continuo con sus familiares les ayuda a sentirse bien, felices y con ganas de vivir. Para las personas mayores institucionalizadas es importante no sentirse abandonados y considerar la residencia como su hogar, por eso también es necesario que ellos decidan que quieren hacer y cómo quieren hacerlo, que se sientan participes en las decisiones que se toman respecto a ellos, que no pierdan sus derechos cuando entran

a formar parte de estos centros residenciales. Es importante favorecer su autonomía y poner a su alcance todos los medios y recursos para conseguirlo.

6.2. PROPUESTAS DE MEJORA

Una vez llevado a cabo el proyecto, se detectarán posibles cambios y mejoras tras la evaluación. Se analizará la satisfacción de los usuarios y de las familias y la posible utilización de este proyecto en otras residencias o futuras intervenciones.

Es necesario que cada persona decida sobre las actividades que quiere llevar a cabo, y considero que la aplicación de este proyecto puede ser muy importante en futuras intervenciones con personas mayores institucionalizadas para favorecer su autonomía personal y que como ya he dicho antes se sientan gestores y partícipes de las decisiones que se tomen en su nuevo hogar.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Abellán, A., Bilches, J., & Pujol, R. (2014). *Un perfil de las personas mayores en España, indicadores estadísticos básicos*. Madrid.
- Caballero, D. D., & Delgado, D. D. (s.f.). *La situación de las personas mayores en Castilla y León*. (2010). *Carta Europea de los derechos y las responsabilidades de las personas mayores que necesitan atención y asistencia de larga duración*.
- Comisión Europea. (2012). *La aportación de la UE al envejecimiento activo y a la solidaridad entre las generaciones*. Luxemburgo.
- Consejo Económico y Social. (2009). *Perspectivas del envejecimiento activo en Castilla y León*. Castilla y León.
- Cuenca Molina, A. (2008). *Calidad de vida en la tercera edad*. Murcia.
- García, L. B. (2009). *Guía de Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia*. Conselleria de bienestar Social y Vivienda del Principau d'Asturies.
- España. Ley orgánica 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín oficial del Estado, 15 diciembre 2006, núm. 299. pp. 44142 -44156
- España. Ley orgánica 5/2003, de 3 de abril, de atención y protección a las personas mayores de Castilla y León. Boletín oficial del Estado, 6 mayo 2003, núm. 108. pp. 17158-17172

- González, A. (2013). *Intervención en Calidad de vida de personas mayores en la residencia San Sebastián*.
- Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). (2007). *Plan de Acción para las personas mayores*.
- Instituto Nacional de Estadística. (2014). *Análisis de la evolución reciente de la población activa en España*. Madrid.
- Meléndez, J. C., Navarro, E., Sales, A., & Mayordomo, T. (s.f.). Efecto moderador de la institucionalización en las actividades de la vida diaria y bienestar en el envejecimiento.
- Molero, M. d., Pérez-Fuentes, M. C., Gázquez, J. J., & Sclavo, E. (2011). Apoyo familiar en mayores institucionalizados. *European Journal of Investigation in Health*, págs. 31-43.
- Observatorio de Personas Mayores y Alboma 2000, S.L. (2006). *Servicios Sociales para personas mayores en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; Secretaria de Estado de Servicios Sociales, Familias y discapacidad.
- Pricewaterhousecoopers Asesores de Negocio S.L. (2010). *Situación del servicio de atención residencial en España*.
- Rueda, J. D. (2009). *Fundaciones Tutelares y Personas Mayores. Valor estratégico del servicio pretutelar*. Valladolid.
- Tenza, T. (1999). *Programa de atención a las personas mayores*. Madrid: Instituto nacional de la salud.
- Teofilo, J., González, A. N., Díaz, P., & Rodriguez, V. (2011). *Estudio longitudinal Envejecer en España: el proyecto ELES*. Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad; Secretaría General de política social y consumo; IMSERSO.
- Vicente, J. M. (2011). *Libro Blanco*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; Secretaria General de Política Social y Consumo; IMSERSO.

8. ANEXOS

NOMBRE		APELLIDOS	
Nº DE HISTORIA			

TAREAS	MUCHO	POCO	NADA
PASEAR			
JARDINERIA			
MUSICA			
BAILAR			
CANTAR			
DOMINO			
CARTAS			
DAMAS			
AJEDREZ			
BEDATES			
EXCURSIONES			
TEATRO			
MUSEOS			
BOLOS			
PETANCA			
ANIMALES			
LEER			
ESCRIBIR			
COCINAR			
DIBUJAR			
PESCAR			
MANUALIDADES			
CARPINTERIA			
ADIVINANZAS			
REFRANES			
FOTOGRAFIA			
LABORES DOMESTICAS			
OTROS			