

“PROYECTO ANCLA”

**Proyecto de intervención con personas
institucionalizadas**

Hospital Santísima Trinidad de Icod de Los
Vinos

TRABAJO FIN DE GRADO

Autoras:

Carla Fariña del Pino

Dana de León Hernández

Tutora: Luisa María Saavedra Jiménez

Grado en Trabajo Social

Facultad de CC. Políticas, Sociales y de la Comunicación

Universidad de La Laguna

Curso 2019/2020

*"Si hay algo bonito en el Trabajo Social es
justamente que no existe receta. Tenemos que estar continuamente creando o
adaptando nuestros instrumentos"*

Marco Marchioni

RESUMEN

El “Proyecto Ancla” plantea la intervención en el Hospital Sociosanitario de larga estancia, Santísima trinidad, enfocada en disminuir los efectos perniciosos que puede provocar la institucionalización a sus residentes, especialmente personas mayores y/o con dependencia. Su objetivo general se basa en potenciar una mayor implicación familiar en el proceso de institucionalización y mejorar la calidad de vida de las personas ingresadas.

En lo referente a las actividades, estas se encuentran divididas en dos bloques: el bloque I, dirigidas a todas las personas residentes en el hospital, donde colaborarán diversas entidades externas, de forma que acerquemos la Institución a la comunidad y viceversa; y el bloque II, actividades que se realizarán en sesiones de grupos reducidos a través de una intervención socioeducativa entre pacientes y sus familias. La metodología del proyecto será activa y participativa, y la intervención se regirá por el modelo cognitivo conductual y el Trabajo Social de Grupo Modelo Socioeducativo.

A lo largo de este documento, se definirán una serie de conceptos clave vinculados al tema que nos ocupa y se desarrollará la propuesta de intervención diseñada.

Palabras clave: Apoyo familiar, atención sociosanitaria, Trabajo Social de Grupo, institucionalización, calidad de vida, personas mayores y dependencia.

ABSTRACT

The “Ancla Project”, plans the intervention in the long-stay Sociosanitary Hospital, Santísima Trinidad, focused on reducing the pernicious effects that institutionalization can cause to its residentes, especially elderly and/or dependent people. This institution will be where the project will be developed. The projects main aim is based on developing a greater family involvement in the institutionalization process and improving the quality of life of those admitted.

Regarding the activities, these are divided into two blocks: the first one, aimed at all people residing in the hospital, where several external entities will collaborate, so that web ring the Institution closer to the community and vice versa; and the second one, activities that will be carried out in small group sessions through a socio-educational intervention between patients and their families. The project methodology will be active and participatory, and the intervention will follow the Cognitive Behavioural Model and the Social Work’ Socioeducational Model Group.

Throughout this document, a series of key concepts related to the chosen topic will be defined and the intervention proposal which has been designed will be displayed.

Key words: Family support, social healthcare services, Social Work with Groups, institutionalization, quality of life, elderly and dependence.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
1. JUSTIFICACIÓN	2
2. MARCO CONCEPTUAL Y TEÓRICO	7
1.1. Envejecimiento	7
1.2. Atención sociosanitaria	11
1.3. Enfermedad crónica, dependencia y discapacidad	12
1.4. Deterioro cognitivo y estimulación cognitiva.....	15
1.5. Apoyo social	16
1.5.1. Importancia del apoyo social en las personas institucionalizadas.....	18
1.6. Calidad de vida.....	19
1.6.1. Intervención desde el Trabajo Social en la Calidad de Vida de las personas.....	22
1.7. Institucionalización	24
1.7.1. Actitud de la familia frente a la institucionalización.....	26
1.8. Trabajo Social con Grupos	27
3. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN	29
3.1. Objetivo general	29
3.2. Objetivos específicos.....	29
3.3. Objetivos operativos.....	29
4. PARTICIPANTES	30
5. MÉTODO	31
6. ACTIVIDADES / TAREAS.....	38
7. TEMPORALIZACIÓN Y CRONOGRAMA.....	44
8. LOCALIZACIÓN	47
9. ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO	48
10. RECURSOS	53
11. PRESUPUESTO Y PLAN DE FINANCIACIÓN	55
12. SISTEMA DE EVALUACIÓN.....	56
13. FACTORES EXTERNOS.....	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
ANEXOS.....	63

INTRODUCCIÓN

El proyecto que les presentamos “Proyecto Ancla”, forma parte del Trabajo de Fin de Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna. Nace de la inquietud generada en el campo de prácticas externas durante los cursos de 3º y 4º ante la reflexión que ha surgido sobre las dificultades que presentan las personas institucionalizadas frente a la pérdida de referentes de su entorno, redes de apoyo familiar y comunitaria. Por ello, se plantea la necesidad de intervenir en el contexto institucional de forma conjunta, entre la persona residente institucionalizada, sus familiares de referencia y el refuerzo de contactos con el entorno comunitario, abordando con ello la mejora de la calidad de vida de la persona residente.

El proyecto se desarrollará en el Hospital Santísima Trinidad de Icod de Los Vinos, institución que pertenece a la red de centros sociosanitarios del Instituto Insular de Atención Social y Sociosanitaria (IASS) del Cabildo de Tenerife.

En el contenido de este documento se expone la justificación en la que se fundamenta este proyecto, así como un estudio exhaustivo de la realidad con la que se pretende trabajar. Además, se incluyen todos los apartados necesarios para que el proyecto se ejecute con éxito, desde las actividades del mismo, hasta el sistema de evaluación que se empleará para valorar los resultados obtenidos tras su ejecución.

El nombre de este proyecto surge de las similitudes encontradas entre el significado que se le otorga a la palabra “ancla” y uno de los motivos fundamentales por los que se ha diseñado este proyecto: la creación de vínculos fuertes y resistentes entre residentes y familiares. El ancla nació con la función original de atar el barco al lecho marino, dándole la estabilidad necesaria para que fuera seguro para las personas a bordo. Por esta razón, se considera el ancla una analogía adecuada como representación de este proyecto de intervención.

1. JUSTIFICACIÓN

Desde hace varias décadas, la población española y la de nuestro entorno, fundamentalmente Europa, viene sufriendo un progresivo y sostenido envejecimiento como consecuencia de una baja natalidad y de un aumento de la esperanza de vida. (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2018), el porcentaje de personas de 65 años y más, en el año 2033 pasaría a ser del 25,2% (actualmente se sitúa en el 19,2%) y en el año 2050 habrá más 16 millones de personas mayores de 65 años. Además, la tasa de personas con dependencia aumentaría hasta el 62,4% en 2033 si se mantienen las condiciones actuales.

La aceleración del envejecimiento de la población implica el incremento progresivo de la morbilidad ligada a procesos degenerativos y crónicos, lo cual conlleva una serie de consecuencias que deben ser atendidas: la reducción de la autonomía de los y las pacientes, la limitación de su calidad de vida y una demanda mayor de recursos sanitarios y sociales. Por todo ello, debe existir una coordinación entre el sistema social y sanitario que dé respuesta a los retos que implica el aumento de las enfermedades crónicas. (IMSERSO, 2014)

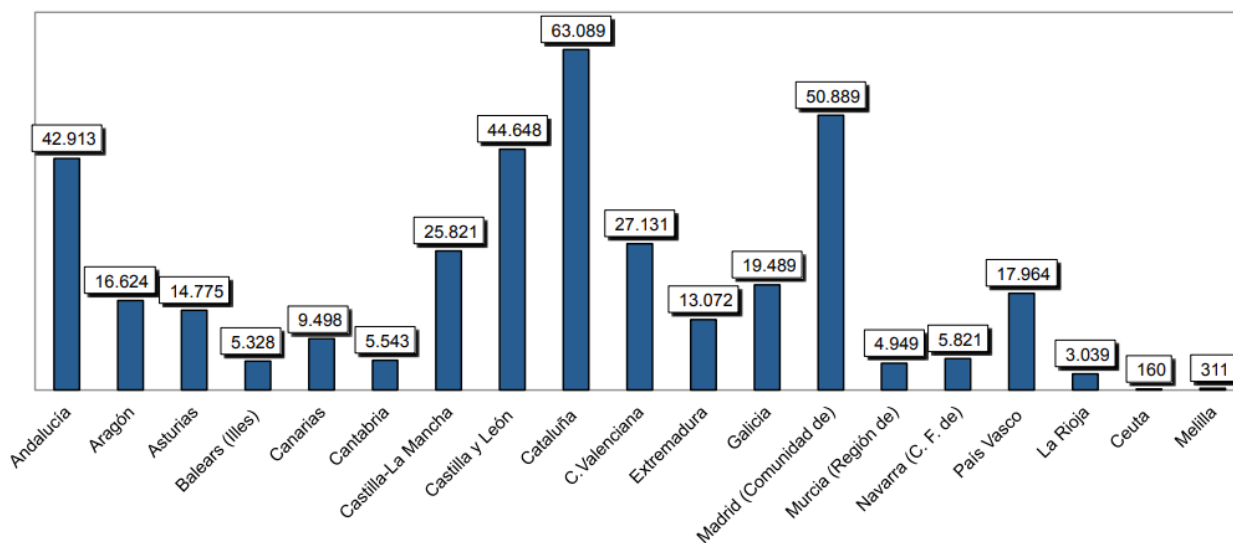
Uno de los efectos que provoca este proceso de envejecimiento es la institucionalización de las personas mayores en recursos residenciales. Esto es debido en gran parte a que muchas familias no pueden atender debidamente a sus familiares mayores en sus propios hogares porque la naturaleza de la discapacidad, la enfermedad o de los cuidados continuos que requiere la persona mayor lo hacen sumamente dificultoso.

Es importante señalar que los cambios sociales como el papel de la mujer en la sociedad, los cambios en la estructura familiar, la mayor fluidez en la planificación de los

acontecimientos vitales, la movilidad territorial, la revolución tecnológica, y la disminución de la mortalidad y el correspondiente aumento de la longevidad, han influido en el comportamiento de apoyo y cuidado de las familias sobre los mayores.

Sin embargo, pese al crecimiento de la población mayor de 65 años, en España no se ha incrementado el número de plazas residenciales para personas mayores al ritmo que exigen estos cambios demográficos. Las plazas residenciales solo se han incrementado en 12.353 desde el año 2010, según el informe recientemente publicado por el IMSERSO (2019).

Gráfico nº1. Centros residenciales. Número de plazas por Comunidad Autónoma



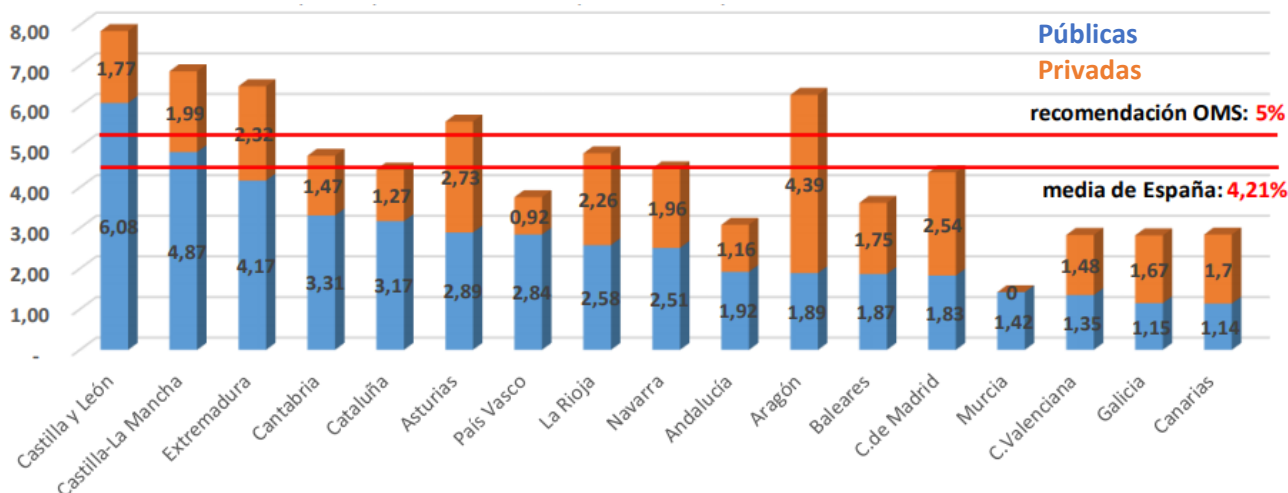
Fuente: IMSERSO (2013). Informe 2014: Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas.

Tal como se refleja en la gráfica, en Canarias existían 9.498 plazas residenciales para personas mayores en el año 2013, repartidas en un total de 182 centros (64 de titularidad pública y 118 de titularidad privada). Actualmente este dato ha aumentado a 9665 plazas (2019).

Como se observa en la siguiente gráfica, Canarias se encuentra entre las Comunidades Autónomas, junto con Comunidad Valenciana, Galicia, Región de Murcia

y Andalucía, con las peores ratios de plazas residenciales para alcanzar al menos la ratio recomendada por la OMS de 5 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años. (Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales, 2018)

Gráfico nº2. Ratio de plazas residenciales por cada 100 personas, según financiación. Año 2018



Fuente: Espacio Mayores. Estadísticas (31 de diciembre de 2018). IMSERSO. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Población INE (01/01/2019)

Los últimos datos del IMSERSO (2019) sobre la dependencia en Canarias, reflejan que un 17,1% de la población canaria en situación de dependencia se ha beneficiado del servicio de atención residencial del total de servicios y prestaciones que se prestan. (Fundación CASER, 2017).

En el ámbito insular, uno de los órganos competentes en la prestación de servicios residenciales a las personas mayores y con discapacidad de la isla, es el Instituto Insular de Atención Social y Sociosanitaria (IASS) del Cabildo de Tenerife. Concretamente es la Unidad de Atención a la Dependencia (UADEP), la responsable de la gestión de la Red de centros diurnos y residenciales para personas mayores dependientes y personas con discapacidad. Para cumplir este fin, gestiona algo más de 4.000 plazas distribuidas en una red de centros, hogares, pisos tutelados, residencias, hospitales y centros sociosanitarios.

Entre ellos, se encuentra el Hospital Santísima Trinidad, centro sociosanitario donde se desarrollará el proyecto.

El Hospital Santísima Trinidad está situado en el norte de la isla de Tenerife, concretamente en el municipio de Icod de Los Vinos. Acoge de manera permanente a personas procedentes de la isla de Tenerife afectadas por enfermedades crónicas, con pluripatologías, con necesidades sanitarias no abordables en otros recursos, invalidantes con alto requerimiento sanitario y/o con gran dependencia para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria. Este recurso tiene una capacidad de 99 plazas de hospitalización de larga estancia, en el cual se prestan servicios sociosanitarios.

Este proyecto surge a través de la observación e intervención que se llevó a cabo durante el periodo de prácticas de tercer y cuarto curso del grado en Trabajo Social de la Universidad de La Laguna en el Hospital Santísima Trinidad de Icod de Los Vinos. Durante este periodo se llegó a la conclusión de que los y las pacientes institucionalizados en un centro sociosanitario requieren de apoyo social, sobre todo, familiar, para mejorar sus capacidades cognitivas, su esfera socioafectiva, su calidad de vida, además de evitar sentimientos de aislamiento, soledad o tristeza. Por ello, con la implementación de este proyecto de intervención se pretende disminuir los efectos negativos que puede provocar la institucionalización de personas mayores y/o con dependencia que requieran cuidados de larga duración.

Una de las propuestas que plantea el Marco de Actuación para las Personas Mayores de 2014 del IMSERSO en su punto 4.5 es aumentar al máximo la autonomía de este colectivo en los cuidados de larga duración. Concretamente este apartado señala: *Garantizar a las personas que precisen atención o cuidados que, en la mayor medida posible, se aumenta, mantiene o restaura su autonomía y se les trata con dignidad y respeto.*

Además, en el Documento mencionado se exponen algunos de los aspectos que preocupan a las personas mayores institucionalizadas. En cuanto al ámbito familiar, la preocupación principal es la escasez de visitas que reciben por parte de sus parientes o amigos, ya que las personas mayores acogidas en una residencia pueden ser víctimas de la soledad o el abatimiento, con las consecuencias negativas que este sentimiento comporta para su salud física y psíquica.

Para paliar esta situación, dicho Marco de Actuación incluye varias medidas y propuestas. A continuación, se señalan aquellas que se consideran relevantes para el desarrollo de este proyecto de intervención (IMSERSO, 2014, p. 78):

- Fomentar y establecer programas para personas con demencia en fase moderada o leve, con el fin de evitar la progresión de su deterioro cognitivo.
- Las residencias deberían ser el lugar adecuado para acoger a aquellos mayores con dependencia grave que no pueden, o no quieren, ser atendidos por sus familias.
- Según establece la Carta Social Europea revisada (1996), se ha de garantizar a las personas mayores que vivan en instituciones la asistencia apropiada, respetando su vida privada, y la participación en las decisiones que afecten a sus condiciones de vida en la institución.
- Debe fomentarse, en los centros residenciales, un mayor número de visitas de familiares, vecinos y amigos de las personas mayores acogidas en ellos, así como de personal voluntario de acompañamiento, con el fin de evitar situaciones de soledad.
- Los centros residenciales deben tener espacios adecuados para que los familiares de los residentes puedan estar con ellos todo el tiempo que deseen en momentos de especiales dificultades.

Todos los aspectos anteriormente señalados repercuten significativamente en la calidad de vida de la persona institucionalizada. Por ello, es necesario que entre los objetivos de este proyecto se incluyan aspectos relativos a la mejora de la calidad de vida de las personas participantes, involucrando en la medida de lo posible a sus familiares, eje fundamental de la intervención.

Por todo ello, se entiende que promover una intervención centrada en la vida de la persona institucionalizada, que incluya a sus familiares y al entorno comunitario, le va a otorgar la sensación de que los vínculos con el exterior no se han perdido, lo que a su vez infiere en un nexo de continuidad con la vida anterior al ingreso y con una mejora significativa en su calidad de vida. Por ello, con el desarrollo de este proyecto, el problema principal que se quiere resolver es el distanciamiento y la ausencia de relación y apoyo con su entorno familiar y comunitario de las personas institucionalizadas en centros sociosanitarios.

2. MARCO CONCEPTUAL Y TEÓRICO

Para poder abordar la complejidad de esta temática, es necesario conocer los diferentes conceptos teóricos fundamentales relacionados con el fenómeno social del envejecimiento, la dependencia y discapacidad, así como el papel que juega el Trabajo Social en este ámbito.

1.1. Envejecimiento

Los cambios demográficos de la población, junto al gran incremento de las tasas de dependencia de los países desarrollados, y los generados en el contexto sociocultural, plantean retos a nuevos problemas y requerimientos en el entorno socioeconómico, cultural y sanitario, de una sociedad en crecimiento del grupo de personas mayores. (Abades y Rayón, 2012)

Además, desde los Servicios Sociales y Sanitarios, se evidencia que el aumento en la demanda de cuidados profesionales por los problemas de aumento de mayor dependencia y vulnerabilidad corresponde al subgrupo de personas de los mayores de 80 años, por aislamiento, soledad o porque las familias no pueden atender a esta demanda. (Abades y Rayón, 2012)

Siguiendo a estas autoras, las causas principales del envejecimiento demográfico en España son: la disminución de la mortalidad y morbilidad, el aumento de la esperanza de vida, la disminución de la natalidad, los flujos migratorios.

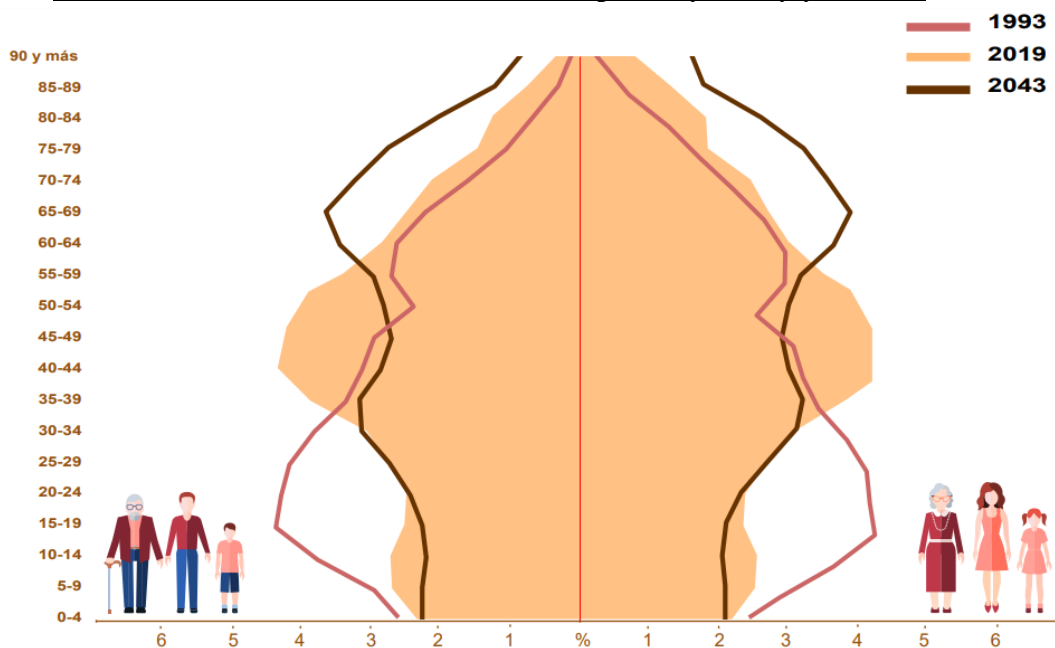
Tabla nº1. Esperanza de vida en España según sexo.

	Hombres	Mujeres
2018	80,5	85,9
1991	73,5	80,6

Fuente: INE (2018). Evolución de la esperanza de vida al nacimiento. Unidades en años

A continuación, se muestra un gráfico donde se puede observar claramente la tendencia de la demografía española hacia un envejecimiento poblacional:

Gráfico nº3. Pirámides de Población en España: ayer, hoy y mañana



Fuente: INE (2019). Cifras de población, Proyecciones de población INE - España

La mayoría de la población, a lo largo de su desarrollo y crecimiento va adquiriendo un conjunto de conocimientos y capacidades, gracias a las cuales se forja la identidad de cada uno/a, el modo de ver el mundo y la manera en que se interactúa con él. Se aprende cómo realizar tareas que nos permiten una vida autónoma e independiente.

Sin embargo, existen personas que por algún motivo (edad avanzada, discapacidad física o funcional, patología crónica invalidante, etc.) han perdido o no han desarrollado suficientemente las habilidades necesarias para realizar las actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria de manera totalmente autónoma. Por ello, estas personas pueden necesitar algún tipo de supervisión, ayuda o apoyo; una ayuda que tradicionalmente es proporcionada por la familia a lo largo de la vida o, en el caso de que este soporte familiar falle, por diferentes instituciones sociales y sanitarias, ya sea de manera temporal o continuada.

En Europa, existen varios modelos de atención a la dependencia que muestran las diferencias entre los países miembros en cuanto al cuidado de las personas mayores y/o con discapacidad. Los autores Camacho, Rodríguez y Hernández (2008), distinguen los siguientes:

- «Modelo Beveridge» o modelo nórdico (Países Nórdicos): En estos países la dependencia se incluye dentro de las prestaciones asignadas al Estado del Bienestar. Los cuidados de larga duración quedan cubiertos por la sanidad pública y el sistema de servicios sociales, financiados mayoritariamente a través de impuestos generales.
- «Modelo Bismarckiano» (Alemania, Luxemburgo, Países Bajos): la dependencia se incluye como el quinto riesgo social, es muy parecido al modelo nórdico, con la diferencia de que cobran especial importancia los denominados “seguros de dependencia”, es decir, seguros del sector privado.

- «Modelo mediterráneo» (Grecia, Italia, España y Portugal): en los países mediterráneos las ayudas percibidas se enmarcan dentro de un sistema de protección social caracterizado por los bajos niveles de oferta de servicios sociales, la prevalencia de las prestaciones económicas frente a los servicios en el ámbito institucional y la persistencia de la mujer cuidadora como cuidador principal.

Estos modelos se encuentran en transformación, ya que existen tendencias de evolución comunes que pretenden mejorar la atención a la dependencia en Europa. Entre ellas se encuentran: Dar prioridad a los niveles más graves de dependencia y/o a las personas con menos recursos económicos; propiciar que las familias adquieran (o recuperen) un mayor protagonismo y frenar la responsabilidad pública del cuidado; impulsar políticas de prevención (envejecimiento activo); fomentar un modelo centrado en la persona que permita la libertad de elección de las personas usuarias de servicios de atención a la dependencia (Zalakain, 2017).

En el caso de España, la entrada en vigor de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD, en adelante), ha supuesto una reforma de la política social de atención a la dependencia. Según Mabán (2011), esta reforma debe explicarse atendiendo a diferentes contextos:

- Los cambios culturales, como son la creciente incorporación de la mujer en el mercado laboral o el menor tamaño de las familias; así como la mayor conciencia que tiene la población respecto a la dependencia.
- La organización y provisión de cuidados en las esferas pública y privada, donde se han ampliado las prestaciones y servicios para paliar estos cambios.

- Las reformas políticas e institucionales a nivel sociosanitario, teniendo en cuenta las experiencias de los países nórdicos en atención a la dependencia. Además de una transformación parcial del modelo de servicios sociales coordinado con el sistema sanitario.

Por ello, uno de los retos principales desde hace dos décadas y que debe ser prioridad para los responsables públicos, dado el progresivo aumento del envejecimiento, es la mejora de la atención y la coordinación sociosanitaria.

1.2. Atención sociosanitaria

Tal como se ha mencionado en el epígrafe anterior, la atención sociosanitaria cobra especial relevancia en la atención a la dependencia, pues es uno de los sistemas involucrados en la prestación de servicios a personas dependientes. Desde el Trabajo Social, como profesión referente de este sistema, se debe conocer su definición y sus objetivos para hacer frente al reto que conlleva la complejidad de la coordinación sociosanitaria.

La atención sociosanitaria viene definida en el artículo 14 de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud como un conjunto de prestaciones “destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.”

El principal objetivo de la atención sociosanitaria es prestar una atención integral al paciente y satisfacer las necesidades, tanto sanitarias como sociales, que pueda presentar durante el “(...) continuum asistencial” (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011, p. 246). Además, los sistemas sociosanitarios tienen como fin lograr un

aumento de la esperanza de vida, con la mayor capacidad funcional y con la mejor autonomía personal posible.

En definitiva, el fin último de la Atención Sociosanitaria, es asegurar la continuidad de los cuidados utilizando así los recursos disponibles, los instrumentos y las estrategias -todos ellos multidisciplinares-, con el objetivo de conseguir una mejor calidad de vida y bienestar de la persona usuaria.

El perfil de ingreso en centros sociosanitarios es el de personas que reúnen tanto patología clínica como problemática social. En cuanto al ámbito sanitario, sobre todo, irá dirigido a personas que tienen problemas de salud como son demencias avanzadas, paciente geriátrico frágil, enfermedades avanzadas, pluripatologías, cuidados paliativos, enfermedades crónicas, etc. (Lima, 2017). En la parte social, son susceptibles de cuidados sociosanitarios, aquellas personas con problemas en el “soporte familiar y social, en la convivencia familiar y sus niveles de relación, en las condiciones de la vivienda, en la situación económica y en la disponibilidad de recursos asistenciales necesarios”. (Hervás, 2014, como se cita en Hidalgo y Lima, 2017, p.86).

1.3. Enfermedad crónica, dependencia y discapacidad

Para atender y trabajar con las personas usuarias de servicios sociosanitarios, es necesario conocer de una manera más exhaustiva los conceptos relacionados con el perfil de estas personas.

Tal y como explica la Organización Mundial de la Salud (2017), los principales problemas de salud que afectan a las personas mayores son las enfermedades crónicas. Estas enfermedades persisten en el tiempo y suelen ser incurables por el tipo de patología o porque no existe un tratamiento específico, entre las más comunes se encuentran las cardiopatías, el accidente cerebrovascular (ictus) y las neumopatías crónicas. Además,

padecer una enfermedad crónica puede modificar los hábitos de vida de la persona, derivando incluso en un alto grado de dependencia (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

Ante esto, se hacen necesarios los cuidados de larga duración en los grupos de edad avanzada, ya que tienen mayor riesgo de sufrir problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución que causan dependencia física o mental.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los cuidados de larga duración son:

“el sistema de actividades llevadas a cabo por cuidadores informales (familia, amigos o vecinos) o profesionales (sanitarios, sociales u otros), o ambos, para conseguir que una persona que no sea totalmente capaz de cuidar de sí misma mantenga la mejor calidad de vida posible, de acuerdo con sus preferencias individuales, con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana”.

Por ello, la “atención a la dependencia se ha convertido en una prioridad social (...)” que tenderá a ser cada vez mayor, si tenemos en cuenta el ya mencionado envejecimiento de la población y el número de personas con enfermedades crónicas que presenta algún tipo de discapacidad que, antes o después, disminuirá su autonomía derivando en una situación de dependencia (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011, p. 232).

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud de la OMS (2001) define la discapacidad como un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Es el resultado de

una compleja relación entre la condición de salud de una persona, sus factores personales y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona.

La OMS (2015) hace referencia al concepto de dependencia cuando la capacidad funcional de la persona ha disminuido hasta el punto de que ya no es capaz de llevar a cabo sin ayuda las Actividades Básicas de la Vida Diaria (en adelante, ABVD). El IMSERSO (2011), se refiere a las ABVD como las “tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia” (higiene personal y aseo, vestido, control de esfínteres, alimentación, movilidad funcional, baño/ducha, dormir/descanso).

En España, como se ha mencionado anteriormente, se creó la Ley 39/2006 (LAPAD), para hacer frente al reto que supone el envejecimiento de la población y la situación de dependencia que esto conlleva. Mediante esta ley se garantiza la igualdad en el derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Para ello, se ha creado un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía por la Administración General del Estado de derechos para toda la ciudadanía del Estado español.

En esta ley viene definida la dependencia en su artículo 2.2 como:

“el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las ABVD o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”.

Además, la LAPAD, establece en su artículo 26.1, una clasificación de la situación de dependencia diferenciada en grados y niveles, que varían en función del grado de autonomía de las personas y de la intensidad del cuidado que requieren:

Grado I. *Dependencia moderada*: necesidad de ayuda para realizar varias ABVD, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

Grado II. *Dependencia severa*: necesidad de ayuda para realizar varias ABVD dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

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

1.4. Deterioro cognitivo y estimulación cognitiva

En muchas ocasiones, el envejecimiento trae consigo una disminución de las capacidades cognitivas. No efectuar estrategias a tiempo para evitar o paliar este deterioro cognitivo puede provocar un rápido avance muchas veces irreversible. Por ello, desde este proyecto se pretende realizar una intervención conjunta entre familiar y paciente, donde la estimulación cognitiva cobre especial relevancia.

Diversas estimaciones realizadas en España describen una prevalencia de deterioro cognitivo para personas mayores de 65 años entre el 14,5% y el 17,6%, que aumenta según se incrementa la edad. El estudio DERIVA describe que la prevalencia aumenta al 22,9% entre las personas con 85 años o más. Entre los factores de riesgo de

deterioro cognitivo descritos se encuentran la edad, el bajo nivel cultural (analfabetismo) y el deterioro de la vida social de los pacientes. (Vega Alonso et al., 2016)

Las principales funciones cognitivas que se ven afectadas por el envejecimiento según Villalba y Espert (2014), son las siguientes: Atención y tiempo de reacción; velocidad de procesamiento; funciones visoespaciales, visoperceptivas y visoconstructivas; funciones ejecutivas; orientación; memoria; cálculo; lenguaje; inteligencia; personalidad y conducta.

Petersen (1999), define el deterioro cognitivo leve (DCL), referido también como MCI, en sus siglas en inglés por Mild Cognitive Impairment, como una alteración de las funciones cognitivas que va más allá del envejecimiento normal, pero su gravedad no es tanta como para cumplir criterios de demencia. Esta alteración no interfiere en el desarrollo de las actividades de la vida diaria de la persona.

Para prevenir o disminuir los efectos del deterioro cognitivo derivados del proceso de envejecimiento, el papel del o de la trabajadora social cobra especial importancia a la hora de desarrollar proyectos de intervención que incluyan entre sus objetivos favorecer la estimulación cognitiva de personas mayores. Este concepto puede definirse como el conjunto de técnicas y estrategias que pretenden optimizar el rendimiento de las distintas capacidades y funciones cognitivas (percepción, atención, razonamiento, abstracción, memoria, lenguaje, proceso de orientación y praxias) mediante una serie de situaciones y actividades concretas que se estructuran en lo que se denominan programas de entrenamiento cognitivo. (Espert y Villalba, 2014)

1.5. Apoyo social

Según Vega-Angarita (2011), esta disminución de las capacidades cognitivas derivadas del proceso de envejecimiento puede aumentar cuando los apoyos sociales con

los que cuenta el/la paciente son escasos. Por ello, la intervención desde el Trabajo Social es de mera importancia, ya que desde esta área se debe dotar a las familias e instituciones de las estrategias necesarias para fomentar que las personas mayores y/o con dependencia cuenten con el apoyo necesario.

El apoyo brindado para adaptarse a una enfermedad crónica y a las consecuencias que esta pueda conllevar puede proceder bien de un entorno natural (familiares y amigos), o bien de profesionales sanitarios o grupos de apoyo formales (Vega-Angarita, 2011).

Según Calvete (1994), este sistema de apoyo social puede dividirse en tres subsistemas: informal (familia, amigos y vecinos), formal (organismos públicos y asociaciones privadas que suministran servicios) y semiformal (organizaciones que vinculan a la persona a su comunidad). Todos estos subsistemas contribuyen conjuntamente a satisfacer las necesidades de las personas mayores y, además, estas redes pueden suministrar diversos tipos de apoyo tales como ayuda instrumental, apoyo emocional, apoyo en la resolución de problemas y orientación.

Según los autores Gracia, Herrero y Musitu (1995), los componentes que plantea el apoyo social son:

- Integración social: Participación e implicación de una persona en su vida social en la comunidad y en la sociedad en general.
- Red de apoyo: Parte de la red social a la que una persona acude o acudiría rutinariamente en busca de apoyo.
- Clima de apoyo: Calidad de las relaciones y de los sistemas sociales (familia, lugar de trabajo, grupos, ...)
- Apoyo proporcionado y recibido: Transacciones que suponen ayuda desde la perspectiva de quien la proporciona y del que la recibe.

- Apoyo percibido: Percepción que el sujeto experimenta sobre la disponibilidad de la ayuda en caso de necesidad.

1.5.1. Importancia del apoyo social en las personas institucionalizadas

El autor Pérez (2005) afirma que la persona mayor institucionalizada que no recibe, o no percibe, la suficiente atención por parte de los familiares puede llegar a experimentar la sensación de pérdida del rol que este desempeñaba en el núcleo familiar. Por tanto, el desarraigo del mayor institucionalizado con respecto a las redes de apoyo familiar se considera un factor que influye en la estabilidad de la persona mayor, y, en definitiva, en su nivel de autonomía y bienestar. (Guillén, 1998, como se cita en Gázquez, Molero, Pérez-Fuentes y Sclavo, 2011)

Haciendo hincapié en aquellas personas institucionalizadas que presenten deterioro cognitivo, la implicación de las familias en la atención y el cuidado de las mismas cobra especial importancia, ya que los familiares pueden facilitar a la persona mayor un contexto de cercanía e intimidad que facilite su orientación e identidad. Además, esta integración familiar puede ser beneficiosa en cuanto a proporcionar información básica para facilitar a los y las profesionales la historia personal y biografía (preferencias, valores, etc.) de su familiar, ya que es información esencial a la hora de elaborar el plan individualizado de cuidado y diseñar las intervenciones. (McCallion, Toseland y Freeman, como se cita en Márquez-González, et al., 2010)

Los autores Molina, Meléndez y Navarro (2008) llevaron a cabo un estudio en España con el objetivo de medir y comparar el grado de satisfacción entre personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas. A partir de los datos obtenidos, se concluye; por un lado, la importancia otorgada a variables de relación social es más elevada en mayores institucionalizados; y por otro, que en este mismo grupo es donde se

mantienen los porcentajes más elevados de insatisfacción hacia sus relaciones sociales. Teniendo en cuenta estos resultados, estos autores proponen como objetivo de intervención en el entorno residencial, la promoción de los contactos familiares con el fin de potenciar las redes de apoyo en la población mayor residente.

El hecho de mantener vínculos de afecto con los hijos y los nietos va a promover el intercambio intergeneracional y ofrecer a la persona mayor una sensación de seguridad ante la posibilidad de requerir su apoyo en situaciones críticas (Chappel, 1991; Gómez, López, Moya y Hernández, 2005; Lex, Hernández, Pereira y Sardiña, 2008, como se cita en Molero, Gázquez, Pérez-Fuentes y Sclavo, 2011).

Según Márquez-González et al. (2010), los modelos actuales de atención a la persona mayor y de calidad asistencial plantean la necesidad de proporcionarles un cuidado holístico, esto es, que parta de la base de que la persona no es un individuo aislado, sino que es un ser social cuya familia ocupa un lugar privilegiado en sus relaciones.

Por todo ello, la potenciación de unas redes sociales de apoyo satisfactorias debe convertirse en objetivo prioritario en los centros hospitalarios y residenciales de larga estancia. Esta meta debe lograrse creando un clima social que favorezca la interacción y el apoyo, organizando actividades grupales de animación sociocultural y rehabilitadoras, fomentando la creación de comités y comisiones de trabajo entre los propios pacientes y, finalmente, logrando la participación de familiares y amigos/as en la vida residencial. (Calvete, 1994).

1.6. Calidad de vida

Las necesidades de la población de personas mayores institucionalizadas han cambiado significativamente en los últimos años, y nos encontramos arrastrando un

modelo de recursos residenciales muchas veces obsoleto e inadecuado para las necesidades actuales de nuestras personas mayores. Por ello, uno de los objetivos principales de este proyecto es mejorar la calidad de vida de las personas que se encuentran institucionalizadas en centros residenciales.

Según la Organización Mundial de la Salud (2005) la calidad de vida es

“la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”.

La vejez supone uno de los contextos en los que más importancia se está dando a la calidad de vida. Ocuparse y preocuparse por una vida de calidad está pasando a ser en la actualidad la meta gerontológica más perseguida y valorada (Abella, Bárcena, Del Valle, Galán, Iglesias, 2010).

Según Reig (2000), “vivir más y mejor han pasado a ser las metas básicas de las políticas sociales y sanitarias de la gran mayoría de los países”. Vivir más tiempo exige de las políticas sociosanitarias intervenciones dirigidas a fomentar en la población estilos de vida saludables que retrasen todo lo posible la aparición de problemas. (Abella et al., 2010).

Según Botero de Mejía y Pico (2007), las redes de apoyo, tanto formales como informales, son esenciales para que las personas mayores tengan una calidad de vida adecuada, puesto que suponen una mejor adaptación a eventos estresantes y fomentan el bienestar. Por lo tanto, es fundamental evaluar y conservar la calidad de vida en las

personas institucionalizadas ya que está relacionada con la dependencia, el nivel cognitivo y la funcionalidad (Lobo, Santos, y Carvalho, 2007, como se cita en Bértudez, García-Munuera y Méndez, 2017). Además, es relevante la creación de programas que incluyan actividades de ocio con el fin de mejorar la funcionalidad y autonomía en la realización de tareas, así como mantener activas las capacidades de las personas mayores e intentar rehabilitarlas tras un proceso de enfermedad (Reyes, Triana, Matos, y Acosta, 2002).

Para Schalock y Verdugo (2003), la calidad de vida es la que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con 8 necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de cada uno:

1. Bienestar emocional. Satisfacción, autoconcepto, ausencia de estrés.

2. Relaciones personales. Interacción y mantenimiento de relaciones interpersonales: Mantener una buena relación con los otros residentes del recurso y realizar actividades que le gustan con estas personas; tener amigos claramente identificados, estables; mantener una buena relación con su familia (si es valorado, correspondido por ella).

3. Bienestar material. Economía, ahorros y disposición de aspectos dinerarios y materiales suficientes; lugar de vida confortable y saludable; y ocupaciones valiosas, significativas, además de terapéuticas.

4. Desarrollo personal. Definido por sus capacidades, habilidades y competencias y la utilidad que les proporciona.

5. Bienestar físico. Tener fácil acceso a la atención sanitaria; prevenir la dependencia y promover independencia funcional; evitar que los problemas de salud le produzcan dolor o malestar; que la medicación que tome no le dificulte la realización de

ciertas actividades; desarrollar actividades de la vida diaria, con la máxima independencia que le sea posible; y tener acceso a ayudas técnicas o de órtesis si las necesita.

6. Autodeterminación. Partir de su propia idea de calidad de vida, de su proyecto vital, conocer si tiene posibilidad de elegir de entre diversas opciones.

7. Inclusión social. Integración, participación, accesibilidad y apoyos valorados.

8. Defensa de sus derechos. Intimidad, respeto, conocimiento y ejercicio de derechos.

1.6.1. Intervención desde el Trabajo Social en la Calidad de Vida de las personas

Tal y como define la Federación Internacional del Trabajo Social (2000), uno de los objetivos que tiene esta profesión es promover e incrementar el bienestar social de las personas. Además del bienestar, existen otras dimensiones de calidad de vida que están directamente relacionadas con los objetivos de esta profesión: relaciones interpersonales, apoyo social, satisfacción vital, recursos económicos, etc.

A la hora de evaluar la calidad de vida hay que tener en cuenta el objetivo, pues hay escalas con aspectos subjetivos, objetivos o con ambos y no existe un único modelo de evaluación. Por ello, desde el Trabajo Social, es fundamental conocer los diferentes instrumentos o mecanismos que existen para medirla, pues para realizar las diferentes funciones que tiene esta disciplina (elaborar diagnósticos, ejecutar y evaluar intervenciones, elaborar proyectos de prevención o intervención), se debe conocer el perfil de calidad de vida que tiene la persona o grupo, de una determinada institución, comunidad, etc.

Así, se ha realizado una selección previa de escalas, medidas o cuestionarios que se cree conveniente tener en cuenta para la evaluación de la Calidad de Vida de las personas que participen en este proyecto:

Tabla nº2. Selección de instrumentos para evaluar la calidad de vida.

Instrumento		Objetivo	Resultado	Dimensiones	N.º de ítems
World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL)	WHOQOL-100	Se centra en la calidad de vida percibida por la persona	Subjetivo	<ul style="list-style-type: none"> • Salud física • Salud psicológica • Niveles de independencia • Relaciones sociales • Ambiente • Espiritualidad/Religión/Creencias 	100
	WHOQOL-BREF			<ul style="list-style-type: none"> • Salud física • Salud psicológica • Relaciones sociales • Ambiente 	26
Escala FUMAT		Evalúa la calidad de vida de manera objetiva de los y las usuarias de Servicios Sociales	Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> • Bienestar emocional • Bienestar físico • Bienestar material • Relaciones interpersonales • Inclusión social • Desarrollo personal • Autodeterminación • Derechos 	57
EuroQol-5D		Evalúa la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)	Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> • Movilidad • Cuidado personal • Actividades cotidianas • Dolor/malestar • Ansiedad/depresión 	15

Todos estos cuestionarios son autoadministrados, aunque se debe tener en cuenta el deterioro cognitivo de la persona que lo realice

Fuente: Elaboración propia, basada en Sanabria (2016).

1.7. Institucionalización

Como se ha desarrollado en la justificación de este proyecto, una de las consecuencias del proceso de envejecimiento, es la institucionalización en centros residenciales de las personas mayores y/o con dependencia que requieran de protección social. Las causas principales de esta institucionalización son la escasez o la ausencia de soporte familiar; o, en el caso de que exista este apoyo, que la familia no se encuentre en condiciones de ofrecer a esas personas la atención especializada que requieren.

El IMSERSO en su informe sobre Institucionalización y Dependencia (2006), expone entre sus contenidos los efectos que supone para las personas mayores y dependientes la institucionalización en centros. A continuación, se nombran aquellos que se consideran relevantes para el desarrollo del proyecto en cuestión:

Efectos negativos de la institucionalización:

- Pérdida de contacto con la realidad (falta de responsabilidades y de la toma de control sobre todos los aspectos relacionados con las tareas de la vida cotidiana).
- Conciencia de enfermo, actitud de paciente y exigencia de atención médica continuada, así como de programas de rehabilitación exclusivos.
- El sentido de la realidad cotidiana se distorsiona por la pérdida de contacto con la vida exterior, la interpretación de esa realidad se basa en los esquemas adquiridos tras años de vivir en este entorno protegido, cuidador, donde hay escasas responsabilidades que asumir.
- Persona como objeto de pauta (en sus AVD-s, en sus horarios, etc.). Se establecen horarios concretos, protocolizados por el departamento asistencial y adaptándose a los horarios de trabajadores y personas residentes.

- Realidad grupal y no individual. No solo por la actuación y organización de los servicios de la Institución sino también porque el colectivo de residentes es una mezcla de personas con secuelas funcionales motrices y psíquicas, así como prioridades sociales, y personas con alteraciones graves del comportamiento, secuelas de patologías hacia las que la Institución no está preparada para dar respuesta adecuada.
- La estancia en una Institución no suele ser temporal en principio, por lo que las expectativas son muy diferentes, dependiendo de cada persona; la vivencia puede ser terrible, infame, aceptable, incluso hay personas que dicen que placentera. Además, esta estancia institucionalizada priva a las personas residentes del contacto con su entorno familiar y social de siempre, llevándole a situaciones que precisan una adaptación nueva y una no permanencia en la vida social general de todos los demás ciudadanos.
- Descargas emocionales sobre profesionales y residentes con sus capacidades físicas o de comunicación más afectadas.

Efectos positivos de la institucionalización

- Sustitución familiar: las peticiones de ingreso son realizadas en un porcentaje muy elevado por parte de la familia y la Institución asegura la atención de cada residente hasta el final.
- Eficacia en la respuesta ante las AVD básicas. La Institución cumple un compromiso de atención en las actividades básicas relacionadas con el vestido, aseo, comida, atención médica, etc., según los efectivos con los que cuenta y el número de residentes a recibir la atención.

- Eficacia ante las necesidades médicas y rehabilitadoras individualizadas. Adaptación de la atención y tratamientos y dietas, según las necesidades actualizadas de cada residente.
- Especialización del personal de atención.
- Entorno adaptado.
- Se prestan, además de las atenciones anteriormente expuestas, tratamientos psicológicos y de estimulación cognitiva que pretende mantener las capacidades cerebrales el mayor tiempo posible.
- Hay que resaltar la importancia de los Talleres Ocupacionales, donde cada actividad que se propone está valorada y adaptada al mínimo detalle para que sean verdaderos tratamientos de rehabilitación, así como actividades que aportan satisfacción y creatividad. Se trata del único entorno donde el residente no está sometido a protocolos y donde decide sobre su actividad.

1.7.1. Actitud de la familia frente a la institucionalización

Según el informe anteriormente mencionado, existen dos perfiles de familias en cuanto a la relación que esta tiene con el centro donde permanece su familiar.

- Familias con altas expectativas: Son familias que centran su atención en las actividades realizadas en la institución, ven en estas actividades la solución a los problemas de su familiar, no hacen una valoración realista de sus propias capacidades, delegan toda responsabilidad en el/la profesional sin asumir ningún compromiso, y evalúan constantemente el desarrollo de la actividad esperando nuevos progresos. Estas actitudes agobian al residente y al técnico, viéndonos obligados a recordar al familiar las pautas que el mismo tiene que cumplir, el nivel

de implicación que requiere y cuáles serán los objetivos máximos a lograr en función de sus capacidades.

- Familias con bajas expectativas: Son familias que no se interesan por las ocupaciones del familiar afectado, tienen un bajo concepto referente a sus capacidades, no valoran y motivan cada esfuerzo que realizan; estas familias producen en el residente un bajo autoconcepto y autoestima. El/la profesional poco a poco tiene que ir trabajando esta faceta y aplicándola para garantizar que la satisfacción del/la residente y continuidad en la actividad se produzcan.

La comunicación entre la familia y el profesional aporta una información muy valiosa, pues el conocimiento del sujeto facilita el análisis de la realidad, las destrezas o habilidades desarrolladas, aspectos de su personalidad, etc.

1.8. Trabajo Social con Grupos

Para llevar a cabo una buena intervención que fomente todo lo anteriormente mencionado, es necesario conocer el tipo de actuación que se desarrollará a través del siguiente proyecto. Dado que en el mismo se plantearán sesiones grupales, las trabajadoras sociales encargadas de llevarlo a cabo deben conocer la dinámica del Trabajo Social con Grupo, su objetivo y las fases que guían al grupo.

El desarrollo eficaz de este tipo de intervención, desde el Trabajo Social, tiene en la metodología de *Trabajo Social con Grupos*, la referencia necesaria que se debe incorporar en el diseño de la intervención. Esta metodología es definida como una estrategia para abordar los problemas sociales y personales mediante la organización de situaciones grupales en las que se establecen relaciones interpersonales y tienen lugar interacciones que contribuyen a construir nuevas realidades comprensivas y conductas transformadoras (Zamanillo, 2008 como se cita en Guerrero, 2013). Su objetivo es que

estas interacciones se convierten en experiencias emocionales y educativas significativas para los miembros que integran el grupo. Además, trata de recuperar y fortalecer las capacidades sociales de los y las pacientes, para así mejorar su funcionamiento social y contribuir a su enriquecimiento personal (Fernández y López, 2006 como se cita en Guerrero, 2013).

El/la trabajadora social debe tener en cuenta a la hora de realizar intervenciones grupales, que un grupo no es un sujeto estático, sino que va evolucionando en el tiempo y, por ello, es importante identificar los factores, objetivos, tareas y conocimientos previos de cada una de las fases que van a regir la intervención (López, 2012). Estas fases son las siguientes:

1. Fase de diseño de grupo: Evaluación y preparación
2. Fase inicial de grupo: Inclusión y orientación
3. Fase de transición: Seguimiento y resolución de conflictos
4. Fase de Trabajo y correspondencia: Logro de metas
5. Fase final: Separación de los y las participantes del grupo

En base a este estudio de la realidad, se ha decidido realizar este proyecto de intervención con personas institucionalizadas en un centro sociosanitario. A continuación, se describirá detalladamente cada apartado necesario para su implementación.

3. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

3.1. Objetivo general

Actualmente no existe un Plan de referencia estatal ni autonómico que regule la actuación vinculada a la atención de personas mayores dependientes que se encuentren en situación residencial. Por ello, se ha decidido establecer un objetivo general para este proyecto basado en la siguiente recomendación del IMSERSO (2014):

- Fomentar en los centros residenciales, un mayor número de visitas familiares, vecinos/as y amigos/as de las personas mayores acogidas en ellos, así como de personal voluntario de acompañamiento, con el fin de evitar situaciones de soledad.

3.2. Objetivos específicos

1. Reforzar los vínculos afectivos de pacientes institucionalizados en el Hospital Santísima Trinidad con los profesionales y familiares.

2. Mejorar la Calidad de vida relacionada con el bienestar emocional, las relaciones y el desarrollo personal de los/as pacientes institucionalizados/as en el centro.

3. Disminuir el sentimiento de aislamiento que se presenta en las personas residentes en el hospital con relación al exterior.

4. Fomentar la implicación y participación de las familias para mejorar las capacidades sensoriales y cognitivas de los/as pacientes del Hospital Santísima Trinidad.

3.3. Objetivos operativos

1.1. Realizar actividades en el centro que permitan involucrar a la familia en la mejora de la calidad de vida del/la paciente y disminuir el distanciamiento.

1.2. Crear mecanismos y espacios de comunicación entre los distintos profesionales del hospital y los familiares.

2.1. Potenciar el nivel de satisfacción y autoestima de los/as participantes a través de la realización de actividades socioeducativas.

2.2. Favorecer una buena relación entre los participantes del proyecto a través de actividades grupales.

2.3. Mejorar las capacidades y habilidades personales mediante dinámicas realizadas durante las sesiones.

3.1. Incorporar actividades de voluntariado juvenil para mejorar la comunicación intergeneracional.

3.2. Involucrar asociaciones externas en la celebración de diferentes fechas señaladas y conectar la Institución a la comunidad.

4.1. Realizar junto a la familia actividades de estimulación cognitiva que favorezcan la orientación espacio, tiempo y persona de los/as participantes.

4. PARTICIPANTES

Las personas participantes susceptibles de ser beneficiarias de este proyecto de intervención serán los/as 99 pacientes que residen en el Hospital Santísima Trinidad y sus familias.

Para las actividades del bloque I, realizadas en fechas señaladas, se contará con la participación de la totalidad de los y las pacientes, siendo actualmente 48 hombres y 51 mujeres, con una media de edad de 71 años.

Para las sesiones grupales que se llevarán a cabo (bloque II), se seleccionarán dos grupos de cinco pacientes cada uno, con máximo dos familiares acompañando a cada

participante. Las personas participantes serán escogidas en función a una serie de criterios:

- La edad
- El nivel de deterioro cognitivo: Este criterio se establecerá a través del diagnóstico clínico realizado por los y las profesionales de medicina y enfermería del hospital.
- La implicación de su red de apoyo familiar: Este requisito se medirá mediante el registro de visitas de cada participante.

5. MÉTODO

La metodología seguida para la realización de este proyecto estará de acuerdo con la Declaración Global de los Principios Éticos del Trabajo Social recogida por la Federación Internacional de Trabajadores Sociales, que son (Federación internacional de Trabajadores Sociales, 2018):

- Dignidad
- Promoción de los derechos humanos
- Justicia social
- Derecho a la autodeterminación
- Derecho a la participación
- Confidencialidad y la privacidad de las personas
- Tratar a las personas como un todo
- Uso ético de la tecnología y las redes sociales.
- Integridad profesional.

Este proyecto de intervención estará regido por dos modelos:

Por una parte, el **modelo cognitivo conductual**, centrado principalmente en la conducta, poniendo especial énfasis en los aspectos de esta que son aprendidos. Esta conducta, ha sido aprendida mediante un proceso de condicionamiento; y es susceptible de ser modificada por la aplicación de lo que se sabe sobre el aprendizaje y sobre la modificación de conducta. (Viscarret, 2007)

Características del modelo cognitivo conductual:

- Es una intervención que recalca el «aquí y ahora» y evita recurrir a las experiencias del pasado.
- Se deduce que la mayoría de las conductas humanas, son resultado de las interacciones entre las personas y el entorno.
- No considera a la persona que necesita apoyo como un enfermo. Fundamenta su intervención en aquello que es observable, no utilizando interpretaciones.
- Utiliza los refuerzos con el objetivo de estimular la aparición, mantenimiento o extinción de una determinada conducta.

Por otra parte, la realización de las actividades se regirá por el **modelo de Trabajo Social con Grupos Socioeducativo**. Según Rossel (1998 como se cita en Parra, 2017, p. 56), esta modalidad de intervención “se dirige al desarrollo y la adquisición de hábitos, comportamientos y funciones necesarias para las personas participantes”, con el objetivo de ofrecerles ayuda. Debido al componente educativo de este tipo de intervención, las actividades programadas fomentan las interacciones entre los y las miembros del grupo,

desarrollando habilidades para resolver problemas y apoyar el aprendizaje en un marco seguro y de confianza (Parra, 2017).

Características del Modelo Socioeducativo (Molina y Romero, 2001):

- Hace énfasis en el desarrollo social y humano.
- Orientado a potenciar capacidades individuales y recursos colectivos.
- Considera a los actores como constructores del conocimiento de su realidad.
- Considera necesaria la construcción de redes y de alianzas de solidaridad.
- Busca transformar la sociedad.

La metodología del proyecto será participativa y activa, pues las personas asistentes tendrán un papel activo en las actividades que se desarrollen. Se potenciará el intercambio de experiencias, ideas y opiniones, la crítica constructiva y la búsqueda de sinergias y colaboraciones, que puedan traducirse en compromisos de cooperación posteriores.

La metodología participativa ayudará a profundizar sobre los temas a tratar en las actividades, siendo una herramienta muy útil para enriquecer la reflexión y el análisis, e incorporar las modificaciones necesarias. Esta metodología además dará el protagonismo a las personas participantes, posibilitando el acercamiento desde la experimentación de las propias vivencias.

Para un correcto desarrollo del proyecto, se establecerá el siguiente procedimiento metodológico:

1ª fase: Investigación y análisis de la problemática que aborda el proyecto

Este proyecto surge de la necesidad de crear una estrategia que contribuya a la mejora de la calidad de vida y las capacidades cognitivas derivadas de los efectos que puede provocar la institucionalización de personas mayores en recursos residenciales, sobre todo, aquellos referidos al apoyo familiar, ya que pueden ser víctimas de soledad o abatimiento.

Para conocer mejor las características de la institución, las personas implicadas en el proyecto, así como los y las participantes del mismo, lo primero que se debe realizar es un estudio de la realidad con la que se va a trabajar. A continuación, se muestran los aspectos relevantes a tener en cuenta antes de empezar a planificar el proyecto:

- Instalaciones de la institución, posibles espacios donde llevar a cabo el proyecto
- Características sociodemográficas
- Tipología de ingreso de los y las pacientes, principales diagnósticos clínicos, tiempo de estancia en el hospital, motivo de su ingreso
- Relación con sus familiares, número de visitas que realizan las familias, nivel de implicación en el ingreso
- Posibles factores externos que puedan dificultar la realización del proyecto
- Recursos externos disponibles en la red comunitaria más cercana

Para ello, es necesaria la coordinación con la dirección y el departamento de Trabajo Social del centro, ya que de esta manera se permitirá un acercamiento a la institución y la aportación de los datos necesarios para llevar a cabo el estudio de la realidad.

2ª fase: Planificación

Una vez realizado el estudio de la realidad, se llevarán a cabo una serie de actuaciones previas a la ejecución del proyecto, necesarias para una buena organización y funcionamiento del mismo:

1. Contacto con la dirección del centro para informar sobre el proyecto.
2. Fijación de las reuniones de coordinación pertinentes para configurar el equipo de profesionales que conformarán el proyecto.
3. Selección por parte del equipo de trabajo de las personas participantes del proyecto, atendiendo a las características y perfil de cada uno/a y contando con la aprobación del personal sanitario.
4. Contacto con la familia de los/as participantes para su captación y, una vez confirmada su participación, se realizarán entrevistas con ellas.
5. Diseño de los contenidos y actividades del proyecto, teniendo en cuenta el perfil de participantes y su temporalización.
6. Contacto con las entidades externas del hospital para invitarles a participar en el proyecto.
7. Formación de los dos grupos de trabajo y registro en las fichas de seguimiento a los/as participantes.

Para lograr los objetivos establecidos, las actividades planteadas en el presente proyecto se encuentran estructuradas en dos bloques:

- **Bloque I:** Actividades para todas las personas residentes del hospital, realizadas en fechas señaladas (San Andrés, Navidad, Carnavales, etc.).

- **Bloque II:** Actividades realizadas en sesiones grupales entre pacientes y sus familiares. En este bloque se utilizará la metodología del *Trabajo Social con Grupos* y se realizará una intervención socioeducativa.

Esta división es debida a que los/as pacientes del hospital tienen distintas necesidades y requieren de apoyos diferenciados.

Para el correcto funcionamiento de la intervención, se ha diseñado un cronograma donde se especifica la frecuencia y duración de cada una de las actividades y la duración total del proyecto, ejecutándose a partir de septiembre durante 1 año. Todas estas actividades estarán dinamizadas por dos trabajadoras sociales (coordinadoras del proyecto).

3ª fase: Ejecución y seguimiento

La ejecución de un proyecto es la fase más importante del ciclo de este, significa la puesta en acción del equipo involucrado directa o indirectamente en el mismo. Asimismo, la ejecución de un proyecto está vinculada con el seguimiento. Esta fase representa el correcto manejo de la comunicación para la toma de decisiones y la resolución de problemas.

Para el buen funcionamiento del proyecto, se establecerá un horario de ejecución. Los lunes, miércoles y jueves, las trabajadoras sociales dedicarán la jornada a trabajo de campo, organización de sesiones, reuniones de seguimiento, entrevistas, etc. Los martes, se encargarán de organizar el voluntariado con las diferentes asociaciones participantes; y los viernes, llevarán a cabo las sesiones grupales.

Al mismo tiempo, de lunes a viernes, la persona encargada del área de animación sociocultural dedicará su jornada a reforzar las actividades del proyecto (decoración del hospital para fechas señaladas, ensayos, etc.).

Tabla nº3. Horario de ejecución del proyecto

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
Trabajadoras sociales	09:00– 15:00	09:30– 12:30	09:00 – 15:00	09:00– 15:00	09:30-12:30
Animador/a sociocultural	09:00 – 13:00	09:00 – 13:00	09:00 – 13:00	09:00 – 13:00	09:00-13:00

El desarrollo de las sesiones se llevará a cabo siguiendo un procedimiento que tendrá los siguientes pasos en cada sesión:

1. Acogida de las personas participantes.
2. Presentación de la actividad.
3. Desarrollo de la actividad.
4. Cierre de la actividad y *feedback* de los/as participantes.
5. Recordatorio de la siguiente sesión y despedida.

Para llevar a cabo un seguimiento de las sesiones y de los avances conseguidos en cada paciente, las coordinadoras del proyecto se reunirán todos los lunes. Para una mayor efectividad, se han elaborado unas fichas de seguimiento de carácter individual que deberán cumplimentar en dichas reuniones ([Ver anexo II](#)).

Además, una vez al mes (los miércoles) se reunirá al completo el equipo de profesionales para abordar asuntos acerca de la evolución del proyecto (modificaciones, mejoras, dudas, observaciones).

4ª fase: Evaluación del proyecto

El proceso para evaluar el desarrollo de un proyecto de intervención como este es una parte de gran importancia, donde se establecen mecanismos para el seguimiento y valoración del alcance de los objetivos operativos y de las líneas de actuación contenidas durante la ejecución del proyecto y así obtener unos resultados de la eficacia de este. Asimismo, se evalúa también la implementación de las actividades previstas mediante la cumplimentación de una serie de indicadores, cuantitativos y cualitativos que midan los resultados. Para ello se realizarán diferentes cuestionarios:

- Cuestionario para evaluar el grado de satisfacción con las actividades realizadas.
- Cuestionario de autoevaluación para medir la consecución de los objetivos del proyecto.
- Cuestionario para evaluar el desarrollo del proyecto por parte de los pacientes y las familias.
- Cuestionario pretest y postest para evaluar la calidad de vida de los pacientes.

6. ACTIVIDADES / TAREAS

Tabla nº4. Actividades del bloque I

	Actividad	Fecha	Duración	Desarrollo	Colaboración	Objetivo operativo
1	Correr el cacharro	San Andrés	1 hora	Visita del alumnado de 2º de primaria al hospital para correr el cacharro y recordar la tradición.	Colegio Público Buen Paso	3.1 3.2
2	Recital de refranes típicos		1 hora	Visita del alumnado de 4º de primaria al hospital para recitar refranes típicos a los/as pacientes.		
3	“Repartiendo ilusión”	18 diciembre	1 hora	Para dar comienzo a la Navidad, FocRealejos acudirá al hospital como sembradores de estrellas y repartiendo ilusión junto a los/as pacientes.	Colegio Pureza de María Los Realejos (FocRealejos)	3.1

4	Villancico LSE y parranda	23 de diciembre	2 horas	Tras varios ensayos en las sesiones grupales, los y las participantes del proyecto harán una exhibición de un villancico en LSE por los módulos del hospital. Además, irán acompañados al son de los villancicos de una parranda local.	Parranda “El Chirato” de Los Realejos	2.3 3.2
5	Cabalgata	4 de enero	2 horas	Con la coordinación de diferentes profesionales del hospital, familiares y voluntarios/as, se realizará una cabalgata del Día de Reyes donde se hará entrega de regalos para los/as pacientes.	Banda de cornetas y tambores de Buen Paso	1.1 1.2 3.2
6	Batucada	Miércoles de Carnaval	1 hora	Para celebrar el Carnaval, el hospital bailará al ritmo de una batucada local.	Batucada “Ritmo del viento” de Icod de Los Vinos	3.2
7	Exhibición de Zumba	Viernes de Carnaval	1 hora	Visitará el hospital un grupo de baile de personas con discapacidad que demostrarán a los y las pacientes su capacidad de superación.	Grupo de baile “Queremos Movernos”	3.2
8	Taller de decoración de cruces	Día de la Cruz (30 de abril)	2 horas	Por motivo del día de la cruz y el mes de mayo, se realizará un taller de decoración de cruces para cada módulo del hospital.	Asociación Cruz Calle El Medio	3.2
9	Celebración Día de Canarias	Día de Canarias (29 de mayo)	1 hora	En celebración al día de Canarias se amenizará el hospital con un grupo de canto y baile canario local.	Grupo Folklórico “La Guanchería”	3.2
10	Obra de teatro	San Juan	1 hora	Se realizará una obra de teatro para el día de San Juan por parte de los y las participantes del proyecto, sus familias y los/as profesionales del hospital. “Así era una vez”.		1.1 2.2
11	Celebración de cumpleaños	Último día de cada mes	30 min	Una vez al mes se celebrarán todos los cumpleaños que se hayan dado en ese mes.		1.1 2.2

12	Voluntariado	Todos los martes	2 horas	Cada martes acudirán al hospital diferentes asociaciones de forma voluntaria para realizar acompañamientos a los y las pacientes (hablar, escuchar, compartir experiencias, etc.). Además, podrán asistir a las diferentes actividades que se realicen en el centro.	-Asociación de Mayores Achimenchia del Buen Paso -Factoría Social: Asociación para la Participación Integración Social -Asociación de Mujeres Tayda -Cruz Roja	3.1
----	--------------	------------------	---------	--	--	-----

Tabla nº5. Actividades del bloque II

	Actividad	Duración	Desarrollo	Recursos	Objetivo
1	Presentación del proyecto	1 hora	Se reunirá a los/as miembros del grupo en la sala de reuniones para presentar el proyecto, exponiendo los objetivos, la duración, la dinámica de las sesiones, etc. Además, se repartirá el consentimiento informado (Ver anexo I) para que los y las participantes lo firmen y el cuestionario de evaluación Pre-test de Calidad de Vida.	<u>Recursos materiales:</u> -bolígrafos -fotocopias -proyector -ordenador -altavoces	
2	Dinámica de presentación “Conectando con la familia”	45 min	Se introducirá en un saco varias preguntas de presentación. Cada participante irá sacando un papel y le hará la pregunta al resto de los miembros del grupo. De esta manera se pretende conseguir un clima de confianza.	<u>Recursos materiales:</u> -saco -papel	1.1 2.2
3	Árbol de la vida	1 hora y media	En esta dinámica se elaborará el árbol genealógico de las familias participantes. Para ello, se hará entrega de una plantilla que tendrán que ir rellenando con los nombres de sus familiares, para posteriormente compartir con el grupo los recuerdos que les hayan venido a la mente.	<u>Recursos materiales:</u> -plantillas -rotuladores -bolígrafos	2.2 2.3 4.1
4	“Bingo del recuerdo”	1 hora y media	Esta dinámica consistirá en que, mediante un cartón de bingo personalizado y la exposición de canciones y fotos, ayudamos a cada persona a recordar momentos de su vida y animar a exponer dichas vivencias.	<u>Recursos materiales:</u> -plantillas -rotuladores -bolas de bingo -proyector -altavoces -ordenador	2.2 2.3 4.1

5	“Sentimientos Sentidos”	1 hora y media	La dinámica consiste en estimular los 5 sentidos. Se procederá a pasar 3 elementos característicos de cada sentido a los participantes, que posteriormente deberán ser capaces de adivinar (alimentos, sonidos, objetos...etc.). Una vez adivinado todos los ítems, las personas participantes podrán comentar algún recuerdo que les haya venido a la mente.	<u>Recursos materiales:</u> -saco -alimentos -imágenes -audios -objetos -proyector -ordenador -altavoces	1.1 2.3 4.1
6	“- palabras, + frases”	1 hora y media	Se expondrán distintas palabras a cada pareja, con las que tendrán que formar una frase y a su vez, las frases que han formado las deberán compartir con el grupo para que entre todos puedan formar el lema de este proyecto.	<u>Recursos materiales:</u> -fotocopias de palabras -mural -chinchetas	2.1 2.2
7	Taller de música	1 hora y media	Se realizará un taller de música por el día de Santa Cecilia, donde se pondrán videos musicales a petición de los/as usuarios/as y se cantará y se compartirá con los demás miembros del grupo la elección de las canciones elegidas.	<u>Recursos materiales:</u> -proyector -altavoces -ordenador	1.1 2.1
8	Ensayo del villancico en LSE	30 minutos	Durante el mes de diciembre, por motivo de la llegada de la Navidad, se recortarán 30 min de cada sesión para el ensayo de un villancico en Lengua de Signos que se presentará al resto de pacientes del hospital.	<u>Recursos materiales:</u> -fotocopia de la letra de la canción -camisa Serigrafiada -guantes blancos -accesorios navideños -proyector -altavoces -ordenador	1.1 1.2 2.1 2.2 2.3 4.1
9	Risoterapia: “Globos locos”	1 hora	Las monitoras del grupo van a ir inflando globos donde se dibujarán en ellos caritas que reflejen diferentes estados de ánimo, las expondrán al grupo y deberán todos/as reflejar con sus caras las mismas emociones que están en los globos, luego cada pareja personalizará un globo con un sentimiento y los/as demás tendrán que imitarlo y adivinar que emoción es. Al finalizar la sesión se ensayará el villancico.	<u>Recursos materiales:</u> -globos -rotuladores	1.1 2.1 2.2 2.3 4.1
10	“Conversemos mímica”	1 hora y media	Entre las parejas, deberán elegir una emoción y representarla juntos/as al grupo mediante mímica para que los/as demás participantes adivinen y digan una frase sobre esa emoción. Al finalizar la sesión se ensayará el villancico.	<u>Recursos materiales:</u> -guantes blancos	1.1 2.1 2.2 2.3 4.1

11	Amig@ invisible	1 hora	Por la festividad de Los Reyes Magos, se realizará un amig@ invisible entre los participantes del grupo. Los regalos que se entregarán serán hechos por los/as pacientes (un dibujo, una manualidad...etc.).	<u>Recursos materiales:</u> -rotuladores -recortables -folios -temperas -pegamento -accesorios	2.1 2.2
12	“Mascota protectora”	1 hora y media	Tendrán que hacer como manualidad, un animal, el cual tendrán que presentar al grupo y explicar los motivos por los que han decidido que sea la mascota que cuide la relación de la pareja durante el proyecto.	<u>Recursos materiales:</u> -folios -temperas -rotuladores -recortables -pegamento	1.1 2.1
13	“¿Quién es quién?”	1 hora y media	En círculo y con los ojos tapados, los diferentes familiares irán rotando por la sala tocando las manos a los/as pacientes, quienes tendrán que adivinar qué mano corresponde con su familiar, utilizando el sentido del tacto.		1.1 2.2 2.3 4.1
14	“Espejo espejito”	1 hora y media	Entre las parejas deberán preparar una escena teatral y luego tendrán que exponerla al grupo con el fin de que todos/as adivinen de qué escena se trata y de que lo repitan con éxito. Al final, se hará entrega de premios donde cada pareja obtendrá un diploma según la cualidad en la que hayan destacado (originalidad, interpretación, naturalidad, etc.)	<u>Recursos materiales:</u> -diplomas	1.1 2.2 4.1
15	“El círculo de las virtudes”	1 hora y media	Se trata de destacar las cualidades positivas de cada integrante relacionada con aspectos de la interacción grupal. Cada participante toma una hoja con su nombre, luego se la dará a su compañero/a de la derecha para que escriba una cualidad y así sucesivamente hasta que la reciba de nuevo.	<u>recursos materiales:</u> -folios -rotuladores	1.1 2.1 2.2
16	Obra de teatro “Así era una vez”	45 min	Esta obra de teatro se realizará para el día de San Juan. En ella participarán los/as pacientes, las familias y los/as diferentes profesionales del hospital, con el fin de crear un sentimiento de unidad y cooperación. Se basará en historias reales que aborden vivencias de todo tipo y que nos hagan recordar que detrás de su edad se esconden personas muy vivas.	<u>Recursos materiales:</u> -guion de la obra	1.1 1.2 2.1 2.2 2.3 4.1
17	Taller de lectura	1 hora	Por el día del libro, se llevará a cabo un taller de lectura donde cada pareja participante tendrá que escoger un libro para recitar un párrafo del mismo ese día en la sesión, además, se le expondrá un audiolibro que podrán disfrutar y	<u>Recursos materiales:</u> -libros <u>Recursos materiales:</u> -altavoces	1.1 2.3 4.1

			posteriormente compartir el mensaje que recibieron al oírlo con los/as demás pacientes. Al finalizar la sesión se ensayará la obra de San Juan	-ordenador -proyector	
18	“Al son”	45 min	Esta dinámica se basará en un juego de parejas, donde una persona deberá hacer sonidos con las manos o cualquier otro objeto para que seguidamente, el/la compañero/a lo repita de la forma más exacta posible. Al finalizar la sesión, se ensayará la obra de San Juan.		1.1 4.1
19	“¿Qué hay debajo de la manta?”	45 min	El/la familiar tendrá que esconder en una manta diferentes objetos que los pacientes deberán adivinar, mediante pistas. Al finalizar la sesión se ensayará la obra de San Juan.	<u>Recursos materiales:</u> -manta -objetos -pistas	1.1 2.3 4.1
20	“Preguntas y respuestas”	45 min	Versión simplificada y personalizada de quién quiere ser millonario. Se lanza una pregunta con 3 opciones de respuesta y entre las parejas deberán elegir la respuesta correcta y luego debatir en el grupo las respuestas elegidas por cada pareja. Al finalizar la sesión se ensayará la obra de San Juan.	<u>Recursos materiales:</u> -fotocopias de las opciones de respuesta -altavoces -ordenador -proyector	1.1 2.1 2.2 4.1
21	“El baúl de los recuerdos”	1 hora y media	Para esta dinámica, se encargará a los/as familiares traer fotos y recuerdos de la vida de los/as pacientes y compartir con el grupo lo que significan (anécdotas, historias...etc.)	<u>Recursos materiales:</u> -fotos antiguas -objetos significativos	1.1 4.1
22	“Viaje virtual”	1 hora y media	Acercamiento con las nuevas tecnologías con una excursión con “Google Earth” para visitar los sitios de interés para los/as pacientes, compartir con los/as demás experiencias vividas en algunos puntos de la isla, etc.	<u>Recursos materiales:</u> -proyector -altavoces -ordenador	2.1 2.2 4.1
23	“Metamorfosis”	1 hora y media	Se le facilitará un ovillo a una de las personas del grupo. Ésta cogerá el extremo del ovillo y, sin soltarlo, pasará el ovillo a otro/a participante, a la vez que comparte con el grupo las experiencias que ha tenido a lo largo del proyecto, sus sentimientos, emociones y opiniones. Y así sucesivamente hasta que todas las personas participantes tengan en la mano un trozo de hilo, mientras se va formando una vistosa figura, a modo de telaraña o estrella.	<u>Recursos materiales:</u> -ovillo de lana	2.1 2.2
24	“Deja huella”	1 hora y Media	Se pondrá un mural en la pared a modo de decoración que entre los/as miembros del grupo tendrán que rellenar con la huella de la	<u>Recursos materiales:</u> -papel para el mural	1.1 2.2

			mano en el mural y con la ayuda de los familiares escribir una frase o palabra que signifique para ellos/as la experiencia en el grupo del proyecto.	-temperas -rotuladores -recortables	
25	“Carta de despedida”	1 hora y media	Cada pareja deberá escribir una carta a modo de cierre, demostrando en ella las cosas positivas y negativas que se lleva del proyecto, y un mensaje a cada uno/as de los/as participantes, monitoras y profesionales del hospital, si así lo desean. Se realizará el cuestionario Post-test sobre calidad de vida y se hará entrega de diplomas como clausura del proyecto.	<u>Recursos materiales:</u> -folios -bolígrafos -rotuladores -fotocopias -diplomas	1.1 1.2 2.1 2.2
26	Sesión de grupo	Media hora	En la última sesión del mes, se dedicará media hora tras realizar la actividad, para compartir opiniones que tenga el grupo, sensaciones y emociones, mejoras. Su objetivo está vinculado a la cohesión grupal,		
Para todas las actividades de este bloque, los recursos humanos necesarios serán las dos trabajadoras sociales y la animadora sociocultural. Todas las actividades se realizarán en el aula polivalente.					

7. TEMPORALIZACIÓN Y CRONOGRAMA

El proyecto “Ancla” tendrá una duración de un año, cuyo periodo estará comprendido desde el mes de septiembre hasta el mes de agosto del año siguiente.

Las actividades del bloque I, que se realizarán de manera general para todo el hospital, tendrán lugar en las siguientes fechas señaladas: San Andrés, Navidad, Carnavales, Día de Canarias, San Juan.

En cuanto a las sesiones grupales del bloque II, se realizarán dos sesiones al mes por cada grupo. El grupo 1 se reunirá el primer y tercer viernes de cada mes en horario de 10:00 h a 11:30 h, mientras que las sesiones del grupo 2 se realizarán el segundo y cuarto viernes de cada mes en el mismo horario.

Además, los martes de cada semana en horario de 10:00 h a 12:00 h, acudirán al hospital grupos de voluntarios de diferentes asociaciones para amenizar el ambiente en el hospital y acompañar a los/as pacientes.

Tabla nº6. Cronograma semanal de las trabajadoras sociales (coordinadoras)

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
09:00					
09:30					
10:00					
10:30					
11:00					
11:30					
12:00					
12:30					
13:00					
13:30					
14:00					
14:30					
15:00					










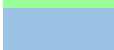
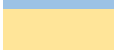

	Trabajo de campo y organización de las actividades del proyecto
	Reunión multidisciplinar (una vez al mes)
	Reunión de coordinadoras del proyecto
	Voluntariado
	Sesiones grupales
	Sesiones de seguimiento individuales con las personas participantes del proyecto p

Tabla nº7. Cronograma de la ejecución del proyecto

	Voluntariado
	Reunión con el equipo multidisciplinar
	Actividades del bloque I
	Actividades bloque II Grupo 1
	Actividades bloque II Grupo 2
	Clausura

MES	SEMANA	DÍA DE LA SEMANA						
		L	M	X	J	V	S	D
Septiembre	Semana 1	L	M	X	J	V	S	D
	Semana 2	L	M	X	J	V	S	D
	Semana 3	L	M	X	J	V	S	D
	Semana 4	L	M	X	J	V	S	D
Octubre	Semana 1	L	M	X	J	V	S	D
	Semana 2	L	M	X	J	V	S	D
	Semana 3	L	M	X	J	V	S	D
	Semana 4	L	M	X	J	V	S	D
Noviembre	Semana 1	L	M	X	J	V	S	D
	Semana 2	L	M	X	J	V	S	D
	Semana 3	L	M	X	J	V	S	D
	Semana 4	L	M	X	J	V	S	D
Diciembre	Semana 1	L	M	X	J	V	S	D
	Semana 2	L	M	X	J	V	S	D
	Semana 3	L	M	X	J	V	S	D
	Semana 4	L	M	X	J	V	S	D
Enero	Semana 1	L	M	X	J	V	S	D
	Semana 2	L	M	X	J	V	S	D
	Semana 3	L	M	X	J	V	S	D
	Semana 4	L	M	X	J	V	S	D
Febrero	Semana 1	L	M	X	J	V	S	D
	Semana 2	L	M	X	J	V	S	D
	Semana 3	L	M	X	J	V	S	D
	Semana 4	L	M	X	J	V	S	D
Marzo	Semana 1	L	M	X	J	V	S	D
	Semana 2	L	M	X	J	V	S	D
	Semana 3	L	M	X	J	V	S	D
	Semana 4	L	M	X	J	V	S	D
Abril	Semana 1	L	M	X	J	V	S	D
	Semana 2	L	M	X	J	V	S	D
	Semana 3	L	M	X	J	V	S	D
	Semana 4	L	M	X	J	V	S	D
Mayo	Semana 1	L	M	X	J	V	S	D
	Semana 2	L	M	X	J	V	S	D
	Semana 3	L	M	X	J	V	S	D
	Semana 4	L	M	X	J	V	S	D
Junio	Semana 1	L	M	X	J	V	S	D
	Semana 2	L	M	X	J	V	S	D
	Semana 3	L	M	X	J	V	S	D
	Semana 4	L	M	X	J	V	S	D
Julio	Semana 1	L	M	X	J	V	S	D
	Semana 2	L	M	X	J	V	S	D
	Semana 3	L	M	X	J	V	S	D
	Semana 4	L	M	X	J	V	S	D
Agosto	Semana 1	L	M	X	J	V	S	D
	Semana 2	L	M	X	J	V	S	D
	Semana 3	L	M	X	J	V	S	D
	Semana 4	L	M	X	J	V	S	D

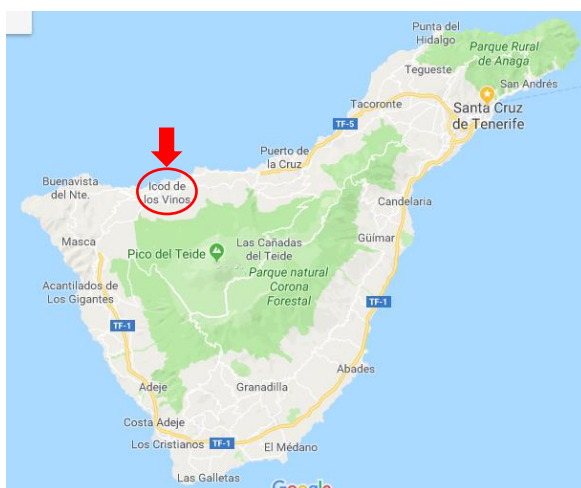
8. LOCALIZACIÓN

El Hospital Santísima Trinidad está situado en el norte de la isla de Tenerife, concretamente en el municipio de Icod de Los Vinos. Este hospital acoge a personas de todas las zonas de la isla que cumplan con el perfil de ingreso. Concretamente el aforo es de 99 pacientes.

La dirección de este hospital es la siguiente: Calle Las Gaviotas, 22, 38430, Buen Paso, Icod de los Vinos.

En los alrededores del centro podemos encontrar el complejo Hospitalario del Norte de Tenerife, dotado de consultas de especialidades, rehabilitación, centro Comarcal de Urgencias, entre otros; y en los laterales, extensos aparcamientos de uso público para el personal y familiares. En ambos edificios existen plazas reservadas a la entrada para personas con discapacidad y ambulancias.

El centro cuenta con buena señalización para su accesibilidad y, además, existe una línea directa de transporte público que conecta el hospital con la estación del municipio de Icod de Los Vinos. Sin embargo, cabe destacar la lejanía del Hospital Santísima Trinidad respecto a la red comunitaria del municipio, ya que la zona se encuentra a las afueras de este.



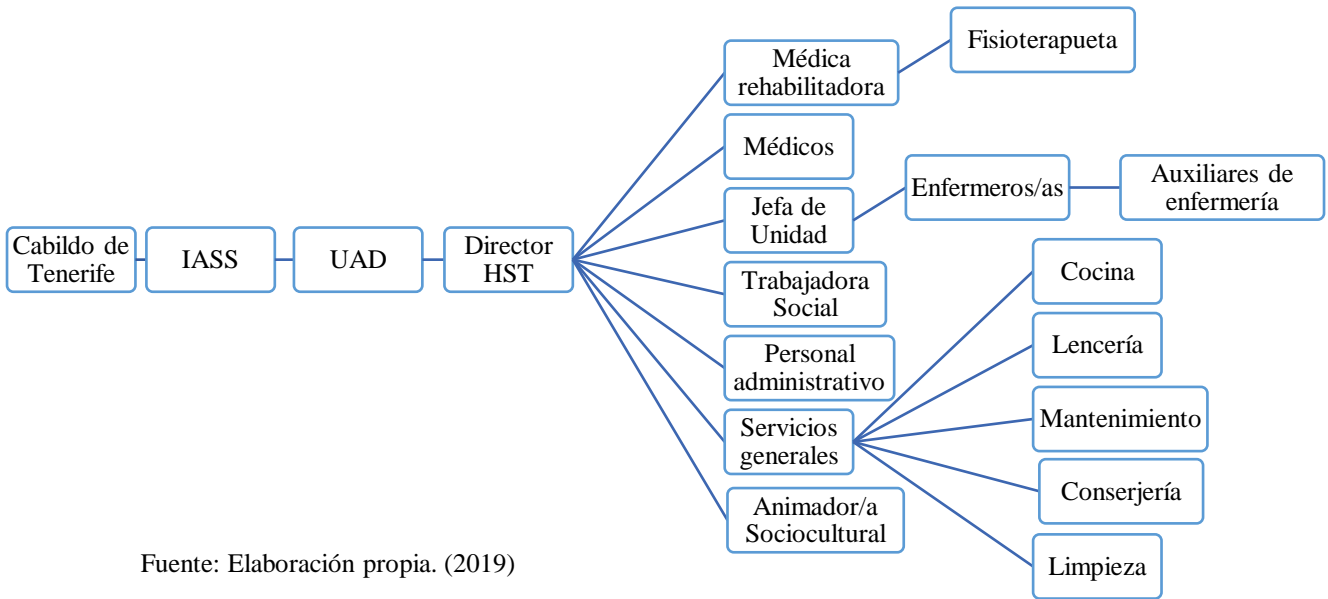


9. ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO

El Hospital Santísima Trinidad pertenece al Instituto Insular de Atención Social y Sociosanitaria (IASS), un organismo que actúa bajo la tutela del Cabildo Insular de Tenerife. Dentro del IASS se encuentra la Unidad de Atención a la Dependencia (UAD), órgano responsable de la gestión de la red de centros diurnos y residenciales. En dicha red se encuentra este hospital, el cual está dirigido por su actual director Alfonso Galván.

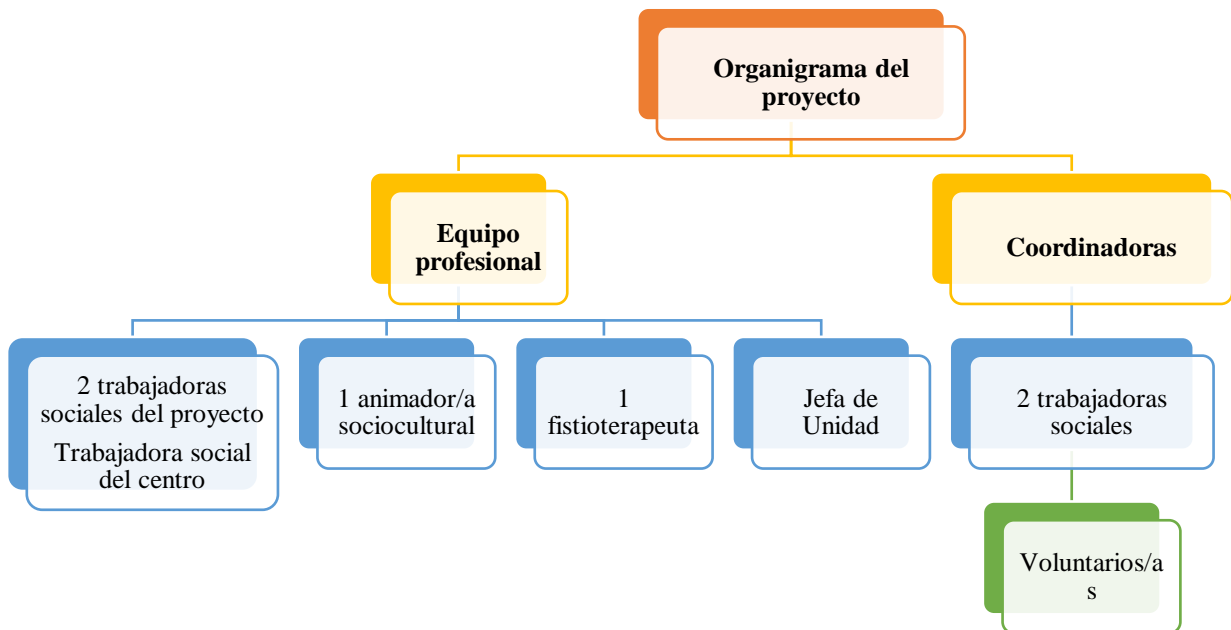
Desde la dirección del hospital se establece la coordinación para el buen funcionamiento del equipo profesional que conforma este hospital, compuesto por: El jefe de administración; la trabajadora social; la jefa de unidad, encargada de dirigir la plantilla de enfermeros/as y auxiliares de enfermería; los médicos; la médica rehabilitadora, la cual dirige la labor del fisioterapeuta; el/la animador/a sociocultural; y los servicios generales (conserjería, limpieza, mantenimiento, etc.), de cuyo correcto funcionamiento depende en gran medida todo lo demás.

Respecto a la estructura técnica y de gestión del hospital, se hace necesario conocer su composición, ya que el proyecto se desarrollará en esta institución.



Fuente: Elaboración propia. (2019)

Para entender mejor la administración de este proyecto es necesario la creación de un organigrama funcional, donde se muestre la estructura por la que se va a regir dicho proyecto y quiénes la componen:



Fuente: Elaboración propia. (2020)

Coordinación interna y externa

La forma en que se realizará la coordinación interna será a través de reuniones a las que deberá acudir el equipo profesional, para que de esta manera exista una mayor organización y cohesión con respecto a las acciones que se vayan a llevar a cabo con los grupos de trabajo. Estas reuniones se establecerán a través de correos electrónicos o llamadas telefónicas y tendrán lugar una vez cada dos semanas para realizar un seguimiento del proyecto. Además, entre las coordinadoras del proyecto se llevarán a cabo reuniones semanales con el fin de organizar las sesiones y llevar un seguimiento del funcionamiento del proyecto. Toda la información recogida en dichas reuniones será recopilada de forma sistemática a través de las actas.

La coordinación interna se basa en un modelo de gestión colaborativo donde el equipo multidisciplinar participa de forma activa en decisiones generales y hay autonomía de gestión por áreas. Existe gran autonomía por parte del equipo directivo del centro para que las coordinadoras del proyecto puedan tomar decisiones.

Asimismo, en lo referente a la coordinación externa -con otras entidades, instituciones y asociaciones-, esta se realizará por medio de correos electrónicos, llamadas telefónicas y reuniones esporádicas, en caso de que estas fueran necesarias para una mejor ejecución de los servicios que se van a prestar. A continuación, se nombran las entidades con las que se va a establecer mayor contacto para la captación de voluntarios/as de todas las edades que quieran participar en el proyecto:

- Asociación de Mayores Achimenchia del Buen Paso
- Factoría Social: Asociación para la Participación e Integración Social
- Asociación de Mujeres Tayda
- Cruz Roja (Asamblea Local de Icod de Los Vinos)

Además, se establecerá coordinación con determinadas Asociaciones del municipio y alrededores para que visiten el centro en determinadas actividades del proyecto que impliquen la participación de todo el hospital. Entre estas asociaciones se encuentran:

- Colegio Pureza de María Los Realejos
- Colegio Público Buen Paso
- Parranda “El Chirato” de Los Realejos
- Grupo folklórico “La Guanchería”
- Banda de cornetas y tambores de “Buen Paso”
- Grupo de baile “Queremos movernos”
- Asociación Cruz Calle El Medio de Los Realejos
- Batucada “Ritmo del viento”

Establecer colaboración con instituciones y asociaciones del exterior cobra especial relevancia en este proyecto, ya que de esta manera se pretende que los y las personas residentes sigan en contacto con la comunidad. En el [Anexo III](#) se encuentran los datos de contacto necesarios de las entidades colaboradoras.

Gestión de calidad

Según la Comisión de Dirección del centro, la unidad de atención a la dependencia -IASS carece de un plan de calidad estructurado como tal. El organismo público tiene definido la misión, visión y valores. Los dispositivos hospitalarios del IASS tienen como estrategia genérica de calidad ofrecer servicios sociosanitarios gestionados desde la eficiencia, la agilidad y cualificación, focalizando la intervención en la personalización y adaptación a las demandas sociales. Además, los dispositivos asistenciales pueden estar conformados por profesionales que en el ejercicio laboral integran valores como la

sensibilidad social, equidad, igualdad de trato y oportunidades; cercanía a las personas hospitalizadas; dedicación y compromiso con el trabajo bien hecho; y voluntad por el trabajo en equipo.

Otros elementos de calidad son el impulso y/ o apoyo de iniciativas de dinamización hospitalaria y el apoyo a la formación continua de las trabajadoras y trabajadores, a través de varias medidas estipuladas en el convenio colectivo de la empresa.

Además, se tendrá en cuenta los criterios de calidad en la prestación de servicios dentro del Sistema Público de Servicios Sociales del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). Entre ellos, se destacan los siguientes:

- Reconocimiento de establecer una estrategia o plan de calidad, en la que se incorporen los estándares en la prestación de los servicios.
- Diseño e implementación de modelos básicos de gestión de los servicios sociales orientados a obtener resultados, que estén adaptados a los distintos centros, servicios y usuarios/as.
- Desarrollo de sistemas de evaluación y de medición de los niveles de calidad, en la prestación de servicios.
- Información clara y accesible a la cartera de servicios que se ofertan.

La implementación de este proyecto de intervención pretende contribuir a ser un indicador de calidad del Hospital Santísima Trinidad.

Promoción y difusión

Para la promoción y difusión del proyecto se colgarán carteles informativos en el tablón de anuncios de cada módulo ([Ver Anexo IX](#)), así como en la recepción del hospital, sobre las actividades que se llevarán a cabo. Además, se realizarán llamadas telefónicas a los y las familiares para informarles sobre eventos puntuales de festividades, se repartirán folletos ([Ver Anexo X](#)) para las familias, se creará un eslogan del proyecto que se pondrá en el recibidor del hospital y se realizarán reuniones informativas.

10. RECURSOS

Tras el estudio de las necesidades a las que se pretende dar respuesta con la implementación de este proyecto, se requerirán una serie de recursos esenciales para la realización del mismo, tales como:

Tabla nº8. Recursos del proyecto

<p>Recursos Humanos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Profesionales del proyecto: <ul style="list-style-type: none"> • 2 trabajadoras sociales • 1 animador/a sociocultural • Profesionales del centro: <ul style="list-style-type: none"> • 1 fisioterapeuta • Jefa de Unidad de enfermería • 1 médico • Trabajadora social • Equipo de voluntarios/as de las diferentes asociaciones
<p>Recursos Materiales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Productos alimenticios

	<ul style="list-style-type: none"> • Sesiones: Bolígrafos, folios, cartulinas, fotocopias, témperas, goma eva, silicona líquida, accesorios, tijeras, lápices, gomas, etc. • Villancico: Guantes blancos, accesorios navideños, camiseta serigrafiada, • Obra de teatro: Decoración para las escenas, vestimenta
Recursos Técnicos	<ul style="list-style-type: none"> • Programas y software informático (PowerPoint, Word, Excel, etc.) • Conexión a Internet
Recursos de Infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> • El aula polivalente, donde se llevarán a cabo tanto las sesiones grupales, como los encuentros con las entidades que acudan a participar en el proyecto. • La sala de reuniones, donde se realizarán los encuentros con los y las demás profesionales para abordar temas sobre el proyecto y entrevistas con los/as familiares y pacientes • Los 4 módulos del hospital, donde se realizarán las actividades del bloque I.
Recursos Económicos	<ul style="list-style-type: none"> • Financiación del IASS • Otras fuentes de financiación como proyecto piloto
Transporte	<ul style="list-style-type: none"> • Alquiler de guaguas para las entidades colaboradoras • Transporte adaptado del IASS

Fuente: Elaboración propia. (2020).

11. PRESUPUESTO Y PLAN DE FINANCIACIÓN

A continuación, se presenta el presupuesto donde se detallarán los diferentes costes a los que se tendrá que hacer frente para llevar a cabo este proyecto de intervención. Para concretar, se debe mencionar que dicho proyecto estará financiado inicialmente por el Instituto de Atención Social y Sociosanitaria (IASS) del Cabildo de Tenerife, ya que será presentado como un proyecto piloto para esta institución, con posibilidad de extenderse a otros centros del IASS. A continuación, a través de la siguiente tabla se expresa de forma detallada los gastos que serán necesarios para su implementación:

Tabla nº9. Financiación del proyecto

PRESUPUESTO		
RECURSOS HUMANOS	Cuantía/€	Financiación
2 trabajadoras sociales	12.480€ (1.040€/mes) x 2	Instituto de Atención Social y Sociosanitaria del Cabildo de Tenerife y otras fuentes de financiación
1 animador/a sociocultural	9.750€ (812,50€/mes)	
Total	34.710€	
RECURSOS MATERIALES	Cuantía/€	*Costes por imprevistos: 3% del total: 1.084,80€
Productos alimenticios	200€	
Regalos de Reyes	500€	
Flores (Día de las Cruces)	200€	
Decoración de cumpleaños	50€	
Material para las sesiones (bolígrafos, lápices, folios) y actuaciones	200€	
Total	1.150€	
TRANSPORTE	Cuantía/€	Total: 37.244,80€
Guaguas para las entidades	300€	
Total de recursos: 36.160€		

Fuente: Elaboración propia. (2020).

12. SISTEMA DE EVALUACIÓN

Para la evaluación de este proyecto se van a emplear distintos sistemas con el fin de valorar los resultados obtenidos de la manera más objetiva posible, teniendo en cuenta aquellos aspectos cualitativos. De esta manera, cabe la posibilidad de realizar mejoras en el proyecto de cara a una futura reprogramación.

Por un lado, se llevará a cabo una **evaluación formativa** de manera **interna**, es decir, a través de las reuniones de coordinación del equipo profesional, en las cuales se contemplará cómo ha sido el desarrollo de las sesiones, las dificultades que se han observado o posibles mejoras en la dinámica del proyecto. Para ello, se realizarán valoraciones cualitativas ([Ver anexo IV](#)) que atiendan aquellos aspectos que se consideren relevantes. Además, los y las participantes del proyecto irán evaluando las actividades sesión por sesión según su grado de satisfacción en una escala del 1 (Nada satisfecho) al 5 (Muy satisfecho) ([Ver anexo V](#)).

Por otra parte, se utilizará una **evaluación sumativa** al finalizar el proyecto, mediante la cual se comprobará si se han logrado los objetivos planteados. Esta evaluación se realizará de dos maneras:

1. A través de un cuestionario de autoevaluación a rellenar por las dos trabajadoras sociales, coordinadoras del proyecto, que reflejen los indicadores de medición de los objetivos ([Ver anexo VI](#)).
2. Mediante una evaluación mixta (cualitativa y cuantitativa), tanto a pacientes como a sus familiares, donde se indiquen aspectos como: calidad de las sesiones, actitud de los/as profesionales que han impartido las actividades, cuestiones relacionadas con el ambiente del grupo, opiniones, impresiones, si ha sido útil y/o beneficioso para su vida, etc. ([Ver anexo VII](#))

Por último, se procederá a realizar la **evaluación de resultados**. Dado que uno de los objetivos principales de este proyecto es mejorar la calidad de vida de las personas institucionalizadas en el Hospital Santísima Trinidad, se ha decidido realizar un cuestionario Pretest y Postest que evalúe diferentes dimensiones de calidad de vida ([Ver anexo VIII](#)). De esta manera, se llevará a cabo un estudio comparativo de los resultados obtenidos antes y después de la ejecución del proyecto y se expondrán a modo de conclusión comprobando si se han logrado los objetivos relacionados con la mejora de la calidad de vida y se han conseguido cambios relevantes.

Para ello, se ha seleccionado el cuestionario WHOQOL-BREF, ya que se considera el más adecuado para este proyecto de intervención. Tal y como explican los autores Badía y Alonso (2007), este cuestionario proporciona un perfil de calidad de vida percibida por la persona. Además, la WHOQOL-BREF facilita una manera rápida de puntuar los perfiles de las áreas que explora. Esta versión consta de 26 ítems y se basa en un perfil de 4 dimensiones: Salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente.

En la medida de lo posible, este cuestionario debe ser autoadministrado. En el caso de que la persona no sea capaz de leer o escribir por razones de educación, cultura o salud, puede ser entrevistada. Para evitar sesgos, la entrevista deberá ser realizada por una persona ajena al equipo profesional del proyecto.

13. FACTORES EXTERNOS

Una vez establecida la propuesta de evaluación del proyecto, se debe tener en cuenta una serie de factores con el fin de saber si se podrán obtener los resultados esperados. Por ello, antes de desarrollar el proyecto se deben identificar las limitaciones y las oportunidades con las que se cuentan. Para ello, se ha desarrollado un análisis de las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades (D.A.F.O.) para este proyecto de

intervención, sobre los factores externos que podrían influir en la implementación del mismo. De esta manera, se podrá conocer su viabilidad y hacer una estimación próxima sobre las posibilidades de progreso en la ejecución de dicho proyecto.

Tabla nº10. Análisis D.A.F.O.

DEBILIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> - Falta de proyectos similares que sirvan de apoyo - Escasez de recursos - Ausencia de un plan de referencia de anclaje del proyecto - Visión predominante de tipo asistencial entre los gestores 	<ul style="list-style-type: none"> - Citas médicas que impidan la participación de usuarios/as - Dificultades para la participación familiar - Dificultades a la hora de realizar la evaluación del proyecto por el deterioro cognitivo de las personas participantes
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> - Innovación y creatividad - Planificación detallada - Motivación de las coordinadoras - Apoyo por parte de la institución - Conocimiento del campo e institución - Buena coordinación entre el equipo profesional 	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis detallado de la problemática - Fuentes de financiación - Este proyecto se puede extrapolar a otros centros con las mismas características - Creación de proyectos piloto en el IASS

Fuente: Elaboración propia. (2020).

“El ancla marina, un símbolo de una relación profunda. Un vínculo fuerte, profundo, resistente e invencible”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abella, V., Bárcena, C., Del Valle, M. J., Galán, I. e Iglesias, J. A. (2010). Premisas para la elaboración de una herramienta para valorar la calidad de vida en las personas mayores. *Gerokomos*, 21 (2), 56-61. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2010000200002
- Andrés, J. (2009). *Apoyo psicosocial, atención relacional y comunicativa en instituciones*. Vigo, Ideaspropias Editorial
- Bermúdez, A. M., García-Munuera, I. y Méndez, I. (2017). Inteligencia emocional, calidad de vida y alexitimia en personas mayores institucionalizadas. *European Journal of Health Research*, 3(1), 17-25. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6152057>
- Botero de Mejía, B.E., y Pico, M.E. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: Una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 11-24. Recuperado de <http://www.redalyc.org/revista.oa?id=3091>
- Catalayud, E., Muro, C. y Plo, F. (2018). Análisis del efecto de un programa de estimulación cognitiva en personas con envejecimiento normal en Atención Primaria: ensayo clínico aleatorio. *Atención Primaria*. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.007>
- Chappell, N.L. (1991). *The role of family and friends in quality of life*. Los Angeles: Academic Press,
- Consejo General del Trabajo Social. (2014). Socio¿Sanitario. *Servicios Sociales y Política Social*, 31 (105), 33-44. Recuperado de: https://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/revista_digital/publicas/no_105_socio_sanitario/
- Contel, J.C., Muntané, B. y Camp, L. (2011). La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. *Atención primaria*, 2(44), 107-113. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista->

[atencion-primaria-27-articulo-la-atencion-al-paciente-cronico-S0212656711002204](#)

Craig, G. (1996). *Desarrollo psicológico*. México: Prentice Hall Hispanoamericana.

De Lorenzo, R. (2015). Evolución de la atención sociosanitaria. *Redacción médica Sanitaria* 2000. Recuperado de: <https://www.redaccionmedica.com/opinion/evolucion-de-la-atencion-sociosanitaria-1754>

Espert, R. y Villalba, S. (2014). Estimulación cognitiva: Una revisión neuropsicológica. *Therapeía: estudio y propuestas en ciencias de la salud*, 6, 73-94. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5149523>

Gómez, M., López, A., Moya, M. y Hernández, O.R. (2005). Influencia de algunas variables en las relaciones familiares del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21, 1-12. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100003

Hernández, C., Inza, B. y Leturia, F. J. (2007). El papel de la familia en el proceso de atención a personas mayores en centros sociosanitarios. *Zerbitzuan*, 41, 129 - 143. Recuperado de: <http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/El%20papel%20de%20la%20familia%20en%20el%20proceso%20de%20atencion.pdf>

Hidalgo, A. y Lima, A. I. (2017). *Trabajo Social Sociosanitario. Claves de salud pública, dependencia y Trabajo Social*. Madrid, España: Ediciones Académicas.

IMSERSO (2006). Institucionalización y Dependencia (N.º 12003). Recuperado de: <https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO18760/institucionalizacion.pdf>

IMSERSO (2014). Informe 2014: Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos y por Comunidades Autónomas. *Colección Documentos: Serie Documentos Estadísticos*, n.º 22029. Recuperado de: https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/22029_info2014pm.pdf

- Jiménez-Martín, S. y Vilaplana, C. (2011). La integración del sistema social y el sanitario. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, (26), 124-133. Recuperado de: <http://www.gacetasanitaria.org/es-la-interaccion-del-sistema-social-articulo-S0213911111002421>
- Lex, E.I., Hernández, R., Pereira, I. y Sardiña, O. (2008). Caracterización de la atención familiar al adulto mayor. *AMC*, 12(6).
- Lobo, A., Santos, M.P., y Carvalho, J. (2007). Anciano institucionalizado: calidad de vida y funcionalidad. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 42, 22-26. doi: 10.1016/S0211-139X (07)73584-9
- López, A. (2012). Teoría del Trabajo Social con grupos. *Revista internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 3, 105-110. doi: <https://doi.org/10.5944/comunitania.3.9>
- Meléndez, J. C., Molina, C. y Navarro, E. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología*, 24 (2), 312-319. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16711589014>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España*. Recuperado de: <https://www.mscbs.gob.es/>
- Molina, M. L. y Romero, M. C. (2001). *Modelo de Intervención Asistencial, Socioeducativo y Terapéutico en Trabajo Social*, Costa Rica: Editorial Universidad de Costa Rica. Recuperado de: <https://books.google.es/books?id=-9ct5Zm8zyoC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Recuperado de: <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (2001). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Recuperado de: <http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/435cif.pdf>.

- Papalia, D. y Olds, S. (1997). *Desarrollo humano*. Bogotá: McGraw-Hill.
- Parra, B. (2017). *El Trabajo Social de Grupo en la actualidad: La utilización de los vínculos para la promoción del cambio social* (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona, España. Recuperado de: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/121897/1/MBPR_TESIS.pdf
- Pérez, L. (2005). Mayores en residencias. En M. Sancho (coord.) *Las Personas Mayores en España*. Informe 2004. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas
- Petersen, R. C., Smith, G. E, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kokmen E. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Arch Neurol* 1999; 56: 303-8.
- Reyes, T., Triana, E., Matos, N., y Acosta, J.R. (2002). Salud en la tercera edad y calidad de vida. *Revista Electrónica de Geriatría y Gerontología*, 4(1).
- Río, T. (2017). *Estudio del perfil de ingreso y de la mortalidad en una muestra de personas mayores que utilizan recursos sociosanitarios* (tesis de doctorado). Universidad Da Coruña, A Coruña. Recuperado de: https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/19320/RioDiaz_Thais_TD_2017.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Rodríguez, P. (2013). La atención integral y centrada en la personal. *Papeles de la Fundación Pilares para la autonomía personal*, (1). Recuperado de: <http://www.fundacionpilares.org/docs/AICPweb.pdf>
- Vega Alonso, T. et al., (2016). Prevalencia de deterioro cognitivo en España. Estudio Gómez de Caso en redes centinelas sanitarias. *Neurología*, 33 (8), 491 – 498. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-pdf-S0213485316302171>
- Zalakain, J. (2017). Atención a la dependencia en la UE: Modelos, tendencias y retos. *Revista Derecho Social y Empresa*, 8, 19-39. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6272298>

ANEXOS

Anexo I.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

D/Dña.....
..... con D.N.I.: accede libre y voluntariamente al
“Proyecto Ancla”, que desarrollan las trabajadoras sociales en el Hospital Santísima
Trinidad de Icod de Los Vinos.

Quedan informados/as del proyecto y de cómo se va a desarrollar el mismo, y se
comprometen a asistir a las sesiones planteadas y a trabajar en los objetivos propuestos:

En _____ a ____ de _____ del _____

Anexo II.

FICHA DE EVALUACIÓN INDIVIDUAL DE LAS SESIONES
Fecha:
Hora:
Grupo:
Número de sesión:
Nombre del usuario/a:
Interacción con el resto de compañeros/as:
Interacción con las monitoras:
Participación:
Nivel de integración en la dinámica:
Emociones expresadas:
Habilidades sociales y/o funciones ejecutadas desarrolladas:
Dificultades encontradas:
Observaciones:
Incidencias:

Fuente: Elaboración propia. (2020).

Anexo III. Datos de contacto de las entidades colaboradoras

Organización	Teléfono de contacto	Dirección	Correo electrónico
Cruz Roja	922 81 01 17	C/ El Durazno 55, 38430	depnorte@cruzroja.es
Asociación de Mayores Achimenchia del Buen Paso	922 12 11 54	Paseo Concepción Castillo Romero 29, 38434	asociacionmayoresachimenchia@gmail.com
Factoría Social	629 57 32 36	C/ Hoya Garcés 1, 38430	info@factoriasocial.org
Asociación de Mujeres Tayda	922 81 59 21	C/ Key Muñoz 38, 38430	tayda.asociacion@gmail.com
Colegio Pureza de María Los Realejos	922 34 05 50	C/Cdad. Jardín, 16, 38419 Los Realejos	https://pmaria-losrealejos.org/
Colegio Público Buen Paso	922 12 25 29	C/ la Pararlela, 61 38434 Buen Paso	38001899@gobiernodecanarias.org
Asociación Cruz Calle el Medio	----	C/ del Medio Arriba, 67, 38410 Los Realejos	----
Batucada Ritmo del Viento	617 74 54 35		----
Grupo de baile “Queremos Movernos”		----	queremosmovernos@gmail.com
Banda de cornetas y tambores Buen Paso	657 56 37 07	----	damianpocho@hotmail.com
Asociación Cultural “La Guanchería”	609 20 75 39	Las Cuevas, Edf. Lucía – V8, 38410 Los Realejos	asguancheria@gmail.com

Fuente: Elaboración propia. (2020).

Anexo IV.
EVALUACIÓN DEL EQUIPO PROFESIONAL

SESIÓN N.º:	Fecha: Hora:	N.º de Asistentes:
Nombre del profesional:		
Tema a tratar:		
Temas tratados:		
Dudas planteadas:		
Aspectos a mejorar:		
Acuerdos tomados:		
Asuntos pendientes para próxima sesión:		
Desarrollo de la sesión: <i>(cómo se ha desarrollado, participación de asistentes, resolución de dudas...)</i>		
Observaciones:		

Anexo V.

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO

A continuación, señale con una cruz su nivel de satisfacción con las actividades realizadas en el proyecto, siendo 1 “Nada satisfecho/a” y 5 “Muy satisfecho/a”

Nombre y apellidos:

Grupo:

1. Dinámica de presentación “Conectando con la familia”	1	2	3	4	5
2. “Árbol de la vida”	1	2	3	4	5
3. “Bingo del recuerdo”	1	2	3	4	5
4. “Sentimientos Sentidos”	1	2	3	4	5
5. Dinámica “ – palabras, + frases”	1	2	3	4	5
6. Taller de música	1	2	3	4	5
7. Villancico en LSE	1	2	3	4	5
8. Risoterapia: “Globos Locos”	1	2	3	4	5
9. “Conversemos mímica”	1	2	3	4	5
10. Amigo invisible	1	2	3	4	5
11. “Mascota protectora”	1	2	3	4	5
12. “Quién es quién”	1	2	3	4	5
13. “Espejo espejito”	1	2	3	4	5
14. “El círculo de las virtudes”	1	2	3	4	5
15. Obra de teatro “Así era una vez”	1	2	3	4	5
16. Taller de lectura	1	2	3	4	5
17. “Al son”	1	2	3	4	5
18. “¿Qué hay debajo de la manta?”	1	2	3	4	5
19. “Preguntas y respuestas”	1	2	3	4	5
20. “El baúl de los recuerdos”	1	2	3	4	5
21. “Viaje virtual”	1	2	3	4	5
22. “Metamorfosis”	1	2	3	4	5
23. “Deja huella”	1	2	3	4	5
24. Carta de despedida	1	2	3	4	5

Anexo VI.

**CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN DE LAS COORDINADORAS DEL
PROYECTO SOBRE LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS**

	Nada satisfecho	Poco satisfecho	Satisfecho	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1. Se ha conseguido la participación de las familias con las actividades propuestas por el proyecto.					
2. Se ha disminuido el distanciamiento entre familiares y pacientes, creando un mayor clima de unión y refuerzo de relaciones familiares.					
3. Se ha logrado la involucración de la familia en los distintos servicios del hospital y con los/as profesionales.					
4. El proyecto ha mejorado la autoestima de los y las pacientes y su nivel de satisfacción con el hospital.					
5. Los/as participantes han logrado establecer vínculos entre ellos/as.					
6. Los/as pacientes han desarrollado sus habilidades personales y han aprendido otras nuevas.					
7. La actividad del voluntariado se ha realizado con éxito.					
8. Se ha logrado el intercambio intergeneracional gracias al voluntariado.					
9. La participación de las asociaciones ha fomentado un mayor contacto de los/as pacientes con el exterior.					
10. La involucración de las familias y las actividades realizadas han contribuido a favorecer las capacidades cognitivas de los y las participantes.					
Propuestas de mejora:					
Otros:					

Anexo VII.
CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL PROYECTO
A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1. SEXO:

 Masculino

 Femenino

2. EDAD:

3. RELACIÓN CON EL FAMILIAR:

 Persona usuaria del servicio

 Madre

 Padre

 Hermano/a

 Otra (indicar cuál) _____

B. SOBRE LAS SESIONES

Evalúa según tu opinión las metas y objetivos de este proyecto en función de:

	Muy alta	Alta	Media	Baja	Muy baja
Importancia para mí					
Realismo y practicidad					
Claridad, estructuración de los objetivos					

	Adecuado	Inadecuado
Condiciones del lugar donde se ha desarrollado el curso, luminosidad, comodidad, sonoridad, etc.		
El número de participantes en el proyecto		
Las condiciones para facilitar la asistencia a las sesiones		
La duración de las sesiones del proyecto		
La temporalización (secuenciación del proyecto)		

C. LOS PARTICIPANTES

Ahora quisiéramos conocer tu opinión acerca del ambiente que se ha vivido a lo largo de las sesiones. Para ello te pedimos que contestes en qué medida estás de acuerdo o no con cada una de las siguientes afirmaciones:

	Totalmente desacuerdo	Desacuerdo	Inseguro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Los participantes se han implicado con interés en el proyecto					
Los participantes han podido intervenir cuando lo han deseado					
Se ha dado un ambiente de cooperación en el grupo					
Las tensiones y conflictos en las sesiones se han resuelto					
Se ha trabajado de manera respetuosa entre los participantes consiguiendo buenos resultados					
Se han compartido gustos e intereses entre los participantes del proyecto					

D. LOS PONENTES

Señala tu opinión respecto a las características de las monitoras que han participado en las sesiones:

	Muy baja	Baja	Media	Alta	Muy alta
Claridad expositiva					
Claridad en instrucciones para realizar las dinámicas					
Capacidad de motivación					
Capacidad para fomentar el trabajo en grupo					
Dominio del contenido					
Capacidad para propiciar la reflexión					
Capacidad para mediar y resolver situaciones de conflicto					
Capacidad para saber escuchar y relacionarse					

E. OTRAS CUESTIONES

1. ¿Cuál es su impresión general sobre este proyecto de intervención?

- Excelente
- Bueno
- Malo

2. ¿Recomendarías este proyecto de intervención para su realización en otro centro?

- Definitivamente sí
- Sí
- No
- Definitivamente no

Anexo VIII.
CUESTIONARIO PRETEST Y POSTEST DE CALIDAD DE VIDA (WHOQOL-BREF)

Antes de empezar con la prueba nos gustaría que contestara unas preguntas generales sobre usted: haga un círculo en la respuesta correcta o conteste en el espacio en blanco.

Nombre y apellidos:

Sexo: Hombre Mujer

¿Cuándo nació? Día Mes Año

¿Cuál es su estado civil? Soltero /a Casado/a Divorciado/a En pareja Viudo/a

Instrucciones: Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor **conteste todas las preguntas**. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida **durante las dos últimas semanas**.

Por favor, lea la pregunta y rodee con un círculo el número de escala que represente mejor su opción de respuesta:

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas:

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida:

		Muy insatisfecho/a	Poco	Normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus familiares y amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios del hospital?	1	2	3	4	5
25	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

Gracias por su ayuda

Anexo IX. Cartel informativo del proyecto

Anexo X. Folleto del proyecto



Universidad
de La Laguna



"PROYECTO ANCLA"



PROYECTO DE INTERVENCIÓN CON
PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS EN
EL HOSPITAL SANTÍSIMA TRINIDAD

Actividades para todo el
hospital en fechas
significativas

Todos los viernes de
10:00 h a 11:30 h, sesiones
grupales de intervención
socioeducativa entre
pacientes y familiares

"El ancla marina, un
símbolo de una
relación profunda.
Un vínculo fuerte,
profundo, resistente
e invencible."



C/ Las Gaviotas, 22 38430,
Buen Paso, Icod de Los
Vinos



922 604 510



www.iass.es



Proyecto Ancla

**PROYECTO DE INTERVENCIÓN CON
PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS
EN EL HOSPITAL SANTÍSIMA
TRINIDAD**

¿QUÉ ES?

El "Proyecto Ancla" es un proyecto de intervención enfocado en disminuir los efectos que puede provocar la institucionalización de personas mayores y/o con dependencia en centros sociosanitarios como el Hospital Santísima Trinidad de Icod de Los Vinos.

Su objetivo general se basa en potenciar una mayor implicación familiar en el proceso de institucionalización y mejorar la calidad de vida de las personas ingresadas.

NUESTRO EQUIPO

Carla Fariña del Pino •

Trabajadora Social

Dana de León Hernández•

Trabajadora Social

ACTIVIDADES BLOQUE I

DIRIGIDAS A TODO EL HOSPITAL

San Andrés
Navidad
Carnavales
Día de la Cruz
Día de Canarias
San Juan

ACTIVIDADES BLOQUE II

Actividades realizadas en sesiones grupales entre pacientes y sus familiares. En este bloque se utilizará la metodología del Trabajo Social con Grupos y se realizará una intervención socioeducativa.

HORARIO

VOLUNTARIADO:

Martes

10:00 h - 12:00 h

SESIONES GRUPALES:

Viernes

10:00 h - 11:30 h

COLABORACIONES:



ASOCIACIÓN DE MAYORES ACHIMENCHIA

COLEGIO PÚBLICO BUEN PASO

COLEGIO PUREZA DE MARÍA LOS

REALEJOS

GRUPO DE BAILE "QUEREMOS MOVERNOS"

BATUCADA "RITMO DEL VIENTO"

GRUPO FOLKLÓRICO "LA GUANCHERÍA"

BANDA DE CORNETAS Y TAMBORES DE

BUEN PASO

ASOCIACIÓN CRUZ CALLE EL MEDIO

PARRANDA "EL CHIRATO"