INTERVENCION EN CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS MAYORES

Proyecto de Intervención en Educación para la Salud en Personas

CASTRO GONZÁLEZ, ESTEFANÍA

steff.castro@hotmail.com

CURSO 2013/2014

Envejecer es como escalar una gran montaña: mientras se sube las fuerzas disminuyen, pero la mirada es más libre, la vista más amplia y serena.

Ingmar Bergman

Temía hacerme viejo, hasta que comprendí que ganaba sabiduría día a día.

Ernest Hemingway

Todos deseamos llegar a viejos, y todos negamos que hemos llegado.

Francisco de Quevedo Villegas

Viejo es quien considera que su tarea está cumplida. El que se levanta sin metas y se acuesta sin esperanzas.

Autor desconocido

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN 4

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA 6

3. ANÁLISIS DE LA REALIDAD 21

4. PLANIFICACIÓN 27

5. EJECUCIÓN 31

6. EVALUACIÓN 35

7. CONCLUSIONES 37

8. BIBLIOGRAFÍA 38

8.1 Bibliografía utilizada 38

8.2 Bibliografía consultada 39

9. ANEXOS 41

9.1 Anexo 1 41

9.2 Anexo 2 43

9.3 Anexo 3 44

9.4 Anexo 4 46

9.4.1 Índice de gráficas 46

9.4.2 Índice de tablas 46

9.4.3 Índice de imágenes 46

9.4.4 Índice de figuras 47

9.4.5 Índice de cronograma 47

1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población mundial es evidente. Cada vez las personas viven durante más años en buen modo gracias a los avances sociosanitarios. Sin embargo este aumento de la esperanza de vida tiene importantes consecuencias. La principal de ellas es el importante aumento del gasto farmacéutico, medico y social (pensiones, prestaciones,…). Algunas fuentes calculan que el gasto médico para los mayores de 65 años es 5 veces superior al de las personas de menor edad (Camiña, 2002).

Por lo tanto, se necesita buscar una solución que satisfaga a las personas y a los gobiernos. Esa solución es mantener la independencia del anciano durante el mayor tiempo posible o, cuanto menos, permitirle mantener unas cualidades físicas suficientes que le ayuden a no perder la capacidad de realizar por si mismo las actividades básicos de la vida diaria (ABVD). En otras palabras, ayudarle a mantener una buena calidad de vida. Pero para ello debemos tener una buena forma física. Es decir, la capacidad de llevar a cabo las tareas diarias con eficacia, guardando suficiente energía para el tiempo de ocio y para enfrontar emergencias imprevistas (Mayan et al. 2002). Para conseguir mantener a los mayores en una óptima forma física debemos llevar a cabo un proceso de reeducación. Debemos enseñarles qué cosas pueden modificar en su modo de vida para lograr una mejor calidad de vida.

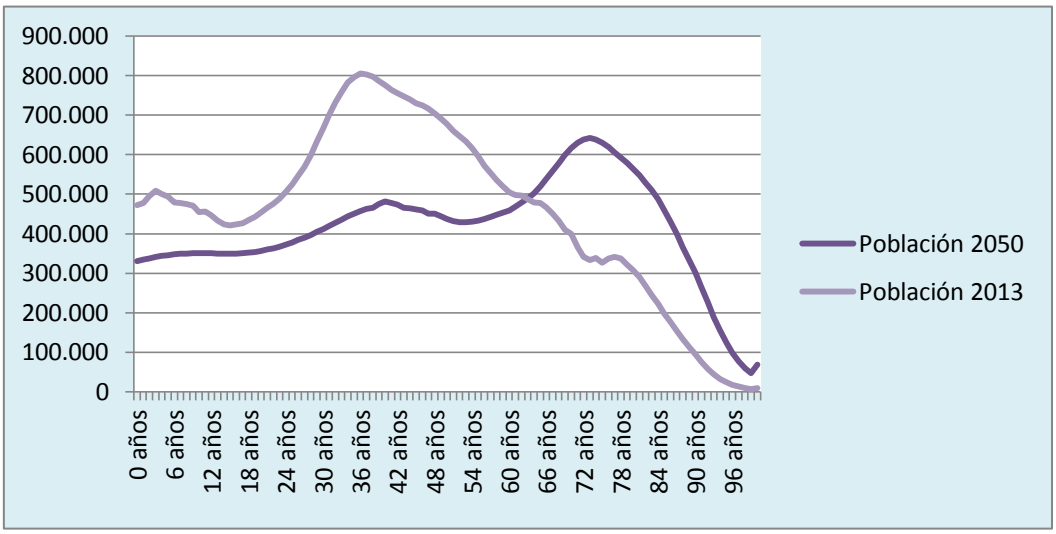
La Organización Mundial de la Salud define la educación para la salud como "las actividades educativas diseñadas para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar los valores, actitudes y habilidades personales que promuevan salud. Diferentes formas de educación dirigidas a grupos, organizaciones y comunidades enteras que pueden servir para concienciar a la gente sobre los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud y la enfermedad y posibilitar la acción social y la participación activa de las comunidades en procesos de cambio social respecto a su salud."

En la época en que vivimos mejorar la calidad de vida de las personas mayores es fundamental. Para ello debemos conseguir mejorar su salud. Entendiendo por salud el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1948). ¿Cómo conseguiremos mejorar la salud de los individuos? Pues dándoles una buena educación sanitaria que les permita prevenir

enfermedades o bien manejar estas de una forma más eficaz una vez que se hayan producido.

No solo por los propios individuos sino también por la reducción de los altísimos costes que la sanidad tiene para las arcas públicas. Por todo ello inculcar a la población en general y a los mayores particular una buena formación en salud es fundamental para aumentar la calidad de vida de la población disminuyendo a su vez el gasto sociosanitario.

GRÁFICA 1. Población española en 2013 y proyección de la misma para 2050.



Fuente: INE.

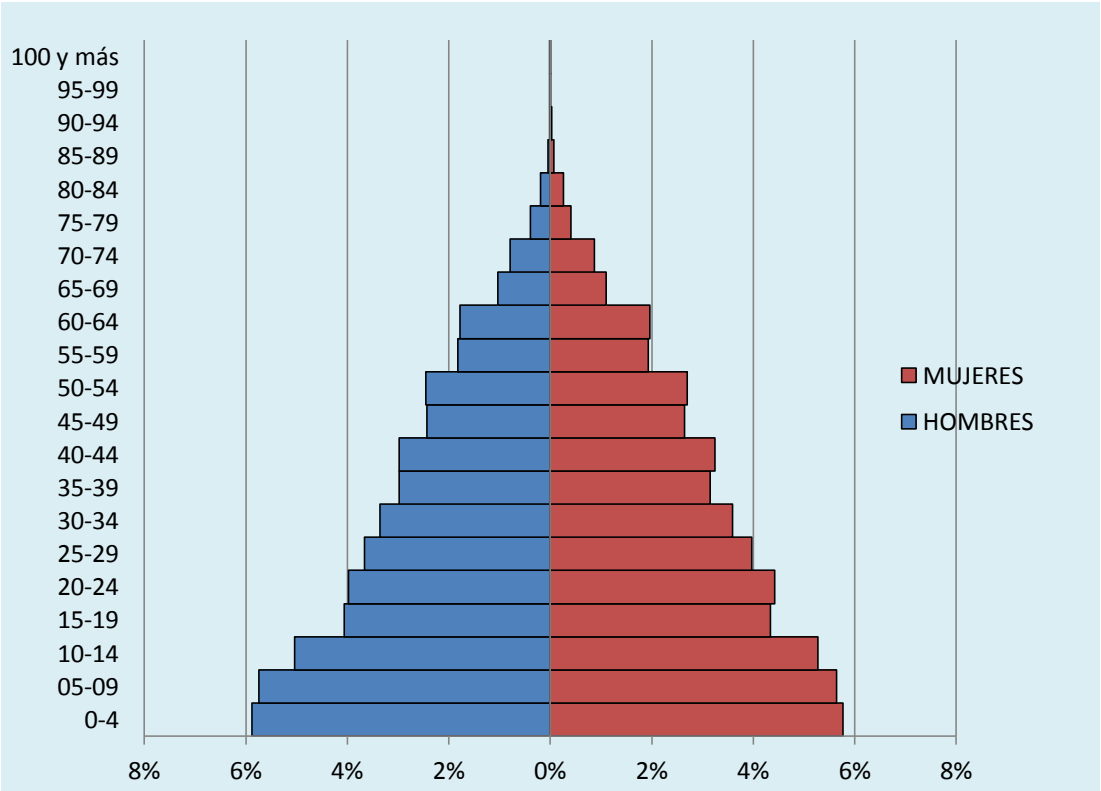
Gráfica 1

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

En los últimos siglos la población mundial ha experimentando un incremento significativo llegando a alcanzar los 7.200 millones de habitantes. Se espera que está población continúe aumentando hasta alcanzar los 9.600 millones en 2050 según la Organización de Naciones Unidas (ONU). Pero el gran problema de ese gran crecimiento demográfico es el envejecimiento progresivo y continuado de la población mundial, ya que ese crecimiento, no se debe solo al aumento de la tasa de natalidad sino que también es consecuencia del descenso de la tasa de mortalidad, muy influenciada por el incremento de la esperanza de vida.

En lo que a España se refiere las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE) no son muy halagüeñas. La tasa de natalidad baja, la tasa de mortalidad se mantiene o se reduce levemente, la esperanza de vida se mantiene o incluso se reduce después de años de incremento, pero el índice de envejecimiento aumenta. En las siguientes representaciones gráficas podemos observar cómo ha sido y será la evolución de la población española

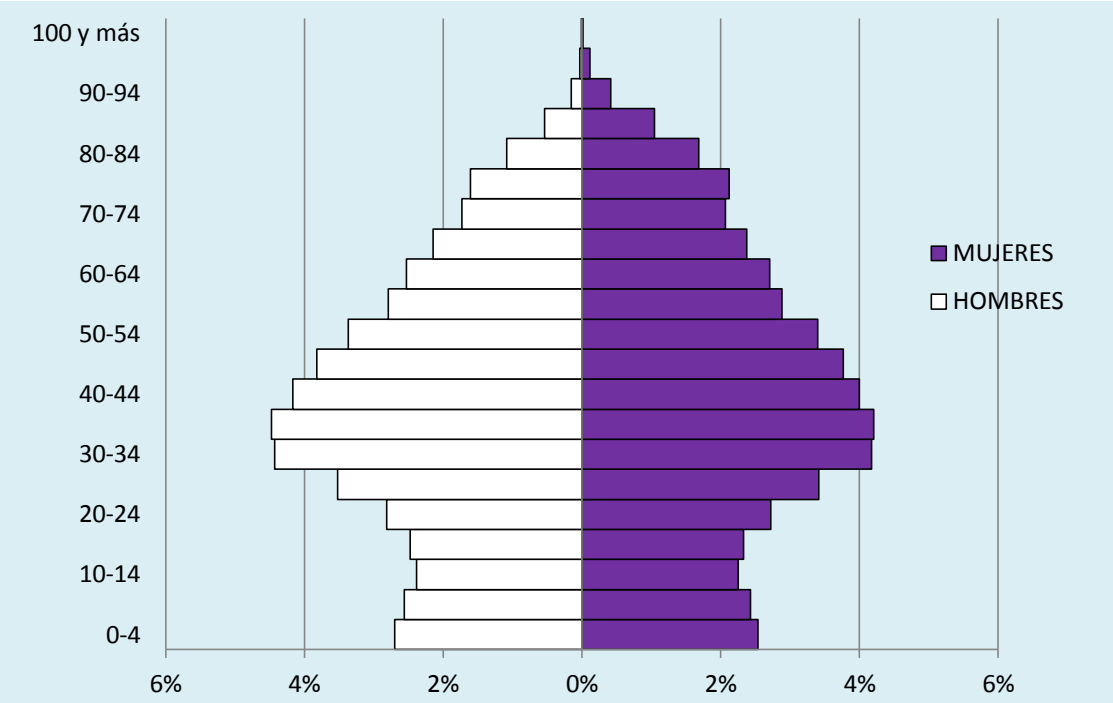
GRÁFICA 2. Pirámide de población de España en el año 1900.



Gráfica 2

Fuente: INE

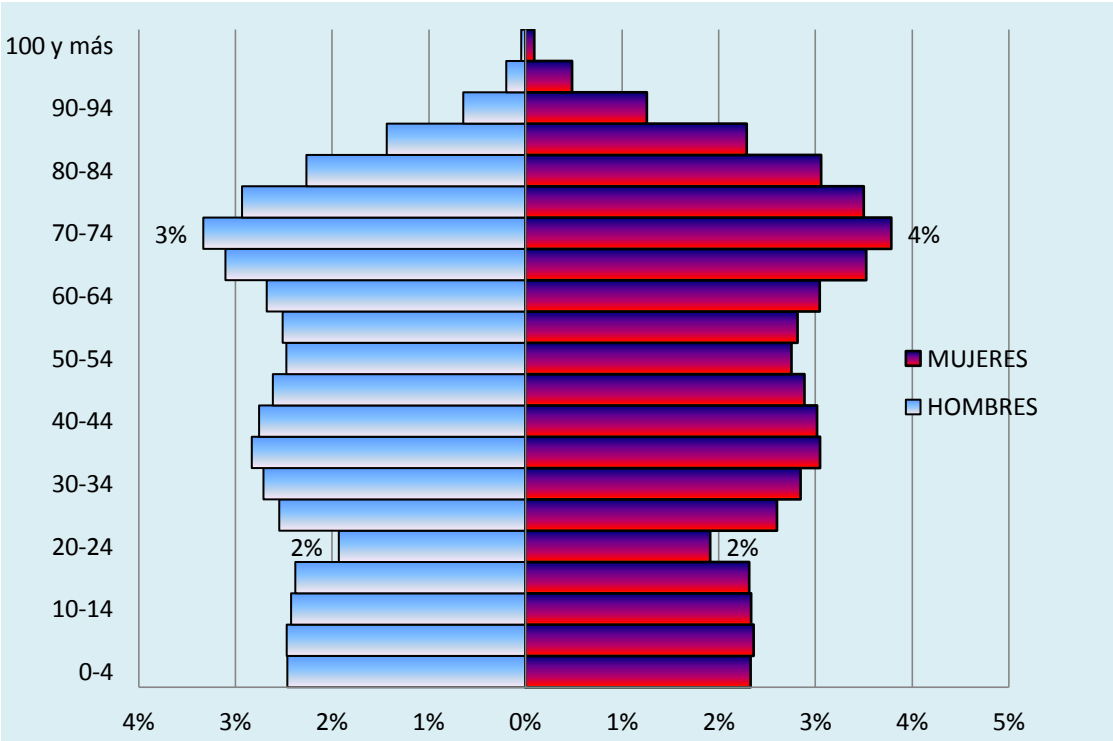
GRÁFICA 3. Pirámide de población de España en el año 2011.



Gráfica 3

Fuente: INE

GRÁFICA 4. Pirámide de población en España en el año 2049 (proyección).



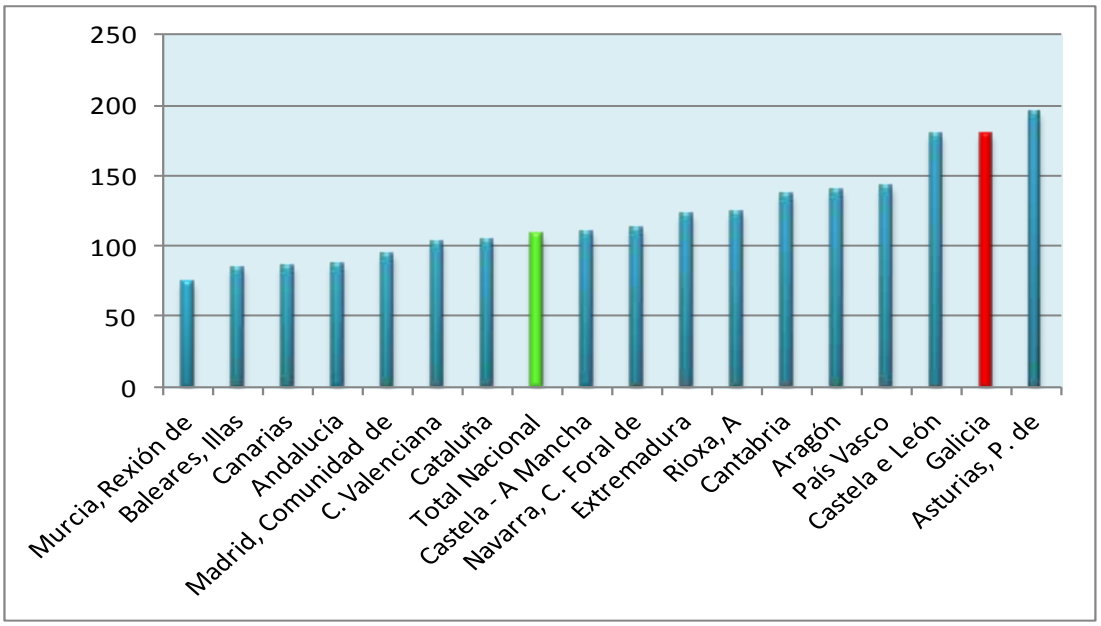
Gráfica 4

Fuente: INE

Como se puede observar las diferencias entre las 3 pirámides son muy significativas. En cada una de ellas vemos representada los diferentes tipos de pirámides poblacionales. En la 1º de ellas vemos una pirámide progresiva en forma de pagoda; en la 2º tenemos una pirámide regresiva en forma de bulbo y en la 3º apreciamos una pirámide en forma de campana como representación de una población estancada.

Sin embargo el envejecimiento de la población es diferente entre comunidades (ver gráfica 5). Podemos concluir que las comunidades más industrializadas presentan una población menos envejecida.

GRÁFICA 5. Representación de los índices de envejecimiento por comunidades en el año 2012.



Gráfica 5

Fuente: INE, indicadores demográficos básicos. Elaboración propia.

Estos datos nos demuestran que se deben tomar medidas ya. No solo para paliar los graves efectos que a largo plazo traerá este envejecimiento poblacional, sino que, además tenemos que buscar fórmulas para darle a la población mayor una mejor calidad de vida que le permita disfrutar de esta etapa final de la vida de la mejor forma y con la mayor autonomía posible. Porque no se trata de vivir más años, se trata de vivir mejor durante más tiempo.

Es el momento de definir qué entendemos por envejecer. Definimos envejecer como un proceso dinámico, gradual, natural e inevitable. Proceso en el que se dan cambios a nivel biológico, corporal, psicológico y social. Transcurre en el tiempo y está delimitado por éste (Andrade & Pizarro, 2007).

Es por lo tanto inevitable que se lleve a cabo un proceso de envejecimiento en el que se producen una serie de cambios que resumimos en la siguiente cuadro.

TABLA 1. Cambios más significativos en el envejecimiento.	
Cambios musculo esqueléticos	Cambios fisiológicos
• Se produce pérdida de fuerza, cambio en la figura corporal y disminución del peso. • También se reduce la mineralización ósea (sobre todo en las mujeres debido a los cambios hormonales). • La marcha se hace lenta e insegura (uso del bastón). • Las articulaciones se desgastan y se vuelven más rígidas (esto provoca reducción de la estatura y encorvamiento).	• El corazón pierde eficacia, bombea menos sangre y aumenta de tamaño. • Los vasos sanguíneos se estrechan y pierden elasticidad. Aumenta la presión arterial. • Menor capacidad respiratoria de reserva y de recuperación cuando se exigen esfuerzos. • Disminuye la función renal y la capacidad de la vejiga. Aparece incontinencia. • El proceso digestivo se enlentece en todos sus tramos. • Dificultad en la masticación (pérdida de piezas dentarias) y, a veces, en la deglución. Menos salivación. • También reducen su eficacia los sistemas endocrino (baja la producción de hormonas), nervioso (más lentitud en las respuestas y en los procesos cognitivos) e inmunológico (crece la susceptibilidad a los procesos infecciosos). • Reducción de la visión y de la audición.
Fuente: Alcantara & Romero, 2001 y MECOHISA, 2011.	

Tabla 1

Una vez que conocemos los cambios inevitables que toda persona va a sufrir3 tarde o temprano, debemos aceptarlos como tal y trabajar para conocer qué otros cambios son evitables. Para ello debemos conocer qué factores aceleran o favorecen el

envejecimiento y tratar de modificarlos y/o eliminarlos. Mientras que deberemos potenciar aquellos factores que retrasan el proceso de envejecer. Mostramos en el siguiente cuadro estés factores.

TABLA 2. Factores que influyen en el envejecimiento.	
Factores que aceleren el envejecimiento	Factores que retrasan el envejecimiento
• Alimentación excesiva. • Stress. • Hipertensión. • Tabaquismo y alcoholismo. • Obesidad. • Soledad, poca participación social. • Sedentarismo. Poca actividad física.	• Sueño tranquilo. • Ejercicio corporal continúo. • Buena nutrición. • Participación socio laboral.
Fuentes: Paglilla, 2001; Andrade & Pizarro, 2007. Elaboración propia.	

Tabla 2

Como podemos observar todos ellos son modificables. Sin embargo, los factores que aceleran el envejecimiento están muy arraigados en nuestra sociedad. Sobre todo en lo que se refiere a los mayores. Son mucho más comunes la soledad y el sedentarismo que el ejercicio y la participación social.

FIGURA 1. Ciclo inactividad envejecimiento (adaptado de Meléndez, 2000)

Figura 1

Sánchez et al. 2002

En nuestra sociedad existe una idea de apartar o menospreciar a las personas jubiladas. La falsa creencia de que a partir de que uno deja de producir ya no sirve para nada. Sin embargo después de la jubilación (un proceso administrativo por lo que un trabajador activo pasa a una situación de inactividad laboral), florece una nueva etapa. Una etapa en la que el tiempo libre sobrepasa con mucho al tiempo de "trabajo". Una época de "jubilo", de alegría en el que el jubilado puede disfrutar de su tiempo como más le apetezca. Esto es precisamente el problema. Pues a menudo se presenta en esta época una sensación de no saber qué hacer, de no sentirse útil (sentimiento de soledad). Sobre todo en gente que carece de hobbies o ha dedicado toda su vida al trabajo sin mirar más allá.

IMAGEN 1. Prejuicios sobre la jubilación

Imagen 1

Por ello, es misión de los gobiernos ayudar a los mayores, pues según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se debe alcanzar el objetivo de que las personas mayores sanas sigan siendo un recurso para sus familias, comunidades y economía (Declaración de Brasilia de las Naciones Unidas sobre Envejecimiento y Salud, 1996).

Por lo tanto debemos encaminarnos a buscar el objetivo de un envejecimiento activo. Pero, ¿Qué es el envejecimiento activo? La OMS define el envejecimiento activo como el proceso en que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. El

envejecimiento activo permite que las personas realicen su potencial de bienestar físico, social y se centra en las personas mayores y en la importancia de dar una imagen pública positiva de este colectivo.

El envejecimiento activo pretende mejorar la calidad de vida de los mayores a medida que envejecen. Es decir "añadir vida a los años y no solamente años a la vida".

Continuamente estamos hablando de calidad de vida, vamos a definirla. La calidad de vida es un concepto muy amplio influenciado por la sociedad, el entorno en el que vive el sujeto, la cultura… Giusti en 1991 la define como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas. Se comienza por tanto a buscar la manera de, no solo vivir más años, sino vivirlos en mejores condiciones, con una mayor calidad de vida.

Hay una serie de factores o determinantes que influyen en la consecución de un envejecimiento activo. Trabajando sobre estos determinantes conseguiremos mejor el envejecimiento de las personas y por ende, su calidad de vida.

FIGURA 2. Los determinantes del envejecimiento activo.

Figura 2

Fuente: OMS. Elaboración propia.

A continuación hablaremos un poco de cada uno de ellos:

- **Determinantes transversales**. La cultura determina la forma en que envejecemos porque influye en todos los demás determinantes del envejecimiento activo. Los valores y las tradiciones culturales determinan en gran medida la forma en que una sociedad considera a las personas mayores y al proceso de envejecer. El sexo, en muchas sociedades la mujer tiene una situación social inferior a la del hombre, tiene una mayor dificultad para acceder a la alimentación, a la educación, a un trabajo digno y a los servicios sanitarios. El papel tradicional de la mujer es cuidar de la familia y esto puede contribuir al aumento de la pobreza y a la mala salud en la ancianidad. Por otro lado, los hombres son más propensos a padecer enfermedades debilitantes o morir a causa de la violencia, los riesgos laborales o suicidios. También se involucran en conductas de mayor riesgo como el tabaco, el alcohol, las drogas,…
- **Determinantes relacionados con los sistemas sanitarios y los servicios sociales.** La sanidad y los servicios sociales han de estar integrados y coordinador y ser efectivos, integrados y rentables. No debe existir discriminación por causa de la edad a la hora de facilitar el acceso a la sanidad o a los servicios sociales. Todas las personas han de ser tratadas con dignidad.
- **Determinantes conductuales.** La adopción de estilos de vida saludable y la participación activa en el propio autocuidado son importantes en todas las etapas de la vida. Y nunca es demasiado tarde para adoptar una vida saludable. El tabaquismo es el factor de riesgo modificable más importante y una importante causa de muerte prematura. La actividad física, la participación periódica en actividades físicas moderadas puede retrasar el declive funcional y reducir el riesgo de enfermedades crónicas tanto en ancianos sanos como en enfermos crónicos. Mantenerse activos puede ayudar a los mayores a mantenerse independientes durante más tiempo. Los gastos médicos se reducen considerablemente cuando los ancianos se mantiene activos. La alimentación sana, tanto por exceso como por defecto, la alimentación influye directamente en la salud de las personas de cualquier edad. En las personas mayores hay numerosos

factores que influyen sobre la capacidad de los ancianos de nutrirse de una forma adecuada. Entre ellos destacan las penurias económicas, la falta de conocimientos e información sobre nutrición, las enfermedades y el consumo de fármacos, la pérdida de dientes, imposibilidad de comprar y prepara alimentos, el aislamiento social,… La salud bucal, la mala salud bucal produce problemas de salud generalizados. Además producen una fuerte carga económica para las personas y la sociedad y pueden reducir la autoconfianza y la calidad de vida. El alcohol los cambios metabólicos que acompañan al envejecimiento aumentan su predisposición a las enfermedades relacionadas con el alcohol. En los mayores también presenta un mayor riesgo caídas y peligros relacionados con la mezcla de alcohol y medicamentos. Los medicamentos, habitualmente las personas mayores tienen problemas crónicos de salud y son grandes consumidores de medicamentos con o sin receta médica. La *yatrogenia* (problemas de salud inducidos por los diagnósticos o los tratamientos) provocada por el uso de fármacos resulta común entre los ancianos debido a la interacción entre diferentes medicamentos, a errores en la dosificación y a una mayor frecuencia de reacciones imprevisibles a través de mecanismos desconocidos.

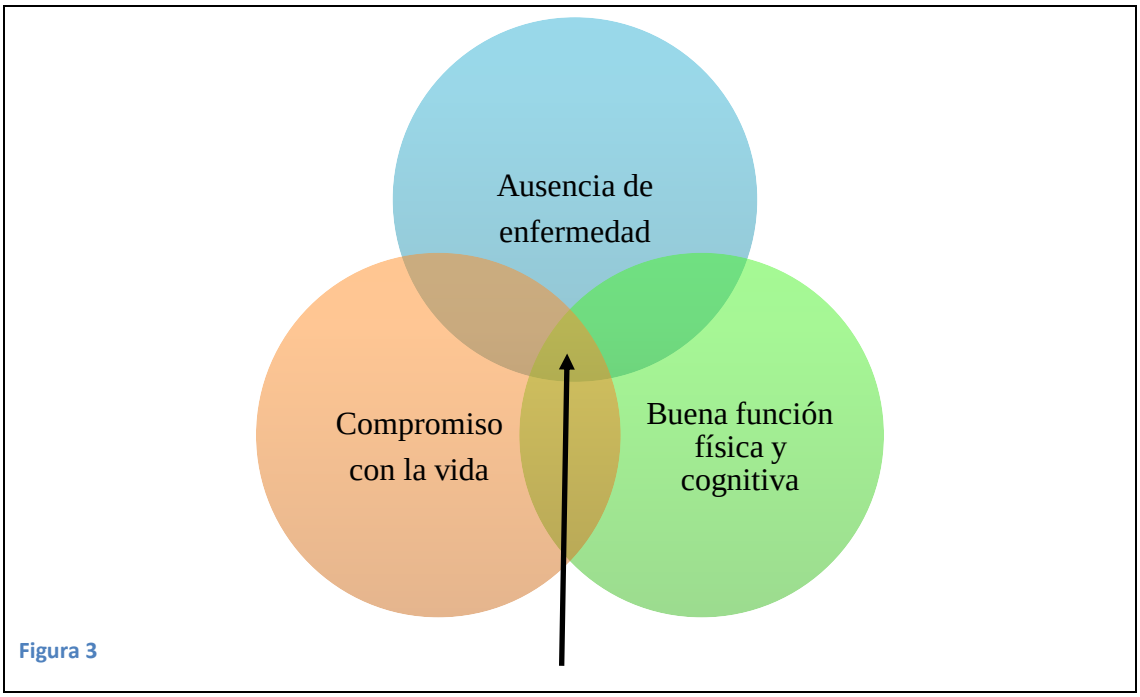
- **Determinantes relacionados con los factores personales.** La biología y la genética influyen en cómo envejece una persona. El envejecimiento es un conjunto de procesos biológicos determinados genéticamente. Hay un acuerdo generalizado de que la trayectoria vital de la salud y la enfermedad de un individuo es el resultado de una combinación genética, medio ambiente, estilo de vida, nutrición y azar (Kirkwood, 1996). Los factores psicológicos como la inteligencia y la capacidad de adaptarse a los cambios y a los problemas son factores que influyen en el envejecimiento activo. Al envejecer algunas capacidades cognitivas disminuyen de forma natural.
- **Determinantes relacionados con el entorno físico.** Un entorno físico sin barreras arquitectónicas que faciliten el acceso de las persona mayores a la calle, a los lugares públicos y a su propia vivienda para que estos puedan salir evitando el aislamiento. También se debe contar con un servicio de transporte accesible y asequible para fomentar la participación

en la vida familiar y comunitaria. Debe prestarse especial atención a los mayores que viven en áreas rurales. La seguridad en la vivienda en la que tendremos en cuenta la situación de la misma, preferiblemente cerca de de familiares, a los servicios esenciales y al transporte. Aunque a menudo es en nuestras propias cosas donde nos sentimos más seguros la realidad nos dice que los peligros domesticos son numerosos y el riesgo de sufrir caídas o cortes es muy alta. Por ello debo eliminar todos los objetos que nos puedan causar un riesgo (por ejemplo las alfombras). Auga limpia, aire puro y alimentos sanos son puntos importantes para los mayores y los niños y aún más para los enfermos crónicos y/o con problemas inmunitarios.

- **Determinantes relacionados con el entorno social.** El apoyo social es más probable que las personas mayores pierdan a sus familiares y amigos lo que los conduce a la soledad y al aislamiento social. La violencia y el abuso el colectivo de mayores es especialmente vulnerable a sufrir robos o estafas. El abuso contra las personas de edad incluye el abuso físico, sexual, psicológico, económico y la desatención. Los bajos niveles de educación y alfabetización se asocia con un mayor riesgo de discapacidad y muerte entre las personas a medida que envejecen. Las personas mayores pueden y deben seguir siendo creativas y flexibles.
- **Determinantes económicos.** Los ingresos, las más vulnerables son las personas que no tienen bienes, ni ahorros y carecen de pensiones. Si además no tienen familia, con el riesgo de quedar en la indigencia. La protección social disponer de una pensión, de un plan de ahorro o de un seguro discapacidad y/o enfermedad ayudará a los mayores. Tener un trabajo digno desde joven ayuda a que en la vejez seamos capaces de seguir participando en la fuerza laboral. El trabajo voluntario beneficia a los mayores aumentando sus contactos sociales y su bienestar mental, a la vez que realizan una valiosa contribución a sus comunidades.

En la siguiente figura se representan los factores más importantes que influyen en un envejecimiento satisfactorio. Como veremos es un resumen de todo lo anterior aquí expuesto.

FIGURA 3. Componentes del envejecimiento satisfactorio



Envejecimiento Satisfactorio

Pérez Castejón et al. 2007

Por todo esto que acabamos de exponer creemos que el colectivo de personas mayores de 65 años es muy importante sociosanitariamente pero también culturalmente, ya que este grupo cada vez demanda más actividades para el disfrute de su tiempo de libre. Para disfrutar de su vida, de su tiempo de ocio, durante el mayor tiempo posible necesitan tener una buena independencia, una autonomía que les permita vivir con la mayor calidad de vida posible. Sin embargo para mantenerse autónomos necesitan tener un buen estado físico, psicológico y social y no solo no padecer enfermedades; es decir, necesitan tener salud.

En el siguiente cuadro exponemos cuáles son las enfermedades más incapacitantes y más frecuentes en las personas mayores.

TABLA 3. Las 10 enfermedades más frecuentes y más incapacitantes en los mayores.	
Enfermedades más frecuentes	**Enfermedades más incapacitantes**
• Hipertensión arterial (HTA) • Enfermedades cerebro-vasculares (ACV) • Bronconeumopatías crónicas • Artrosis • Insuficiencia cardiaca (IC) • Cardiopatía isquémica (CI) • Diabetes • Demencia senil • Accidente cerebrovascular agudo (ACVA) • Depresión	• Artrosis • Demencia senil • Accidente cerebro-vascular • Bronconeumopatías crónicas • Accidente cerebro-vascular agudo • Insuficiencia cardiaca • Parkinson • Reumatología inflamatoria • Cardiopatía isquémica • Hipertensión arterial
Fuente: Mayán et al., 2003. Elaboración propia.	

Tabla 3

Como podemos ver muchas de estas patologías se ven influenciadas por la alimentación, el ejercicio físico y hábitos tóxicos. Factores todos ellos modificables.

Pensamos que la alimentación es clave para mantener un buen grado de salud y prevenir enfermedades (Pacho & Fernández, 2004) junto con la actividad física regular adaptada a cada individuo y el abandono de hábitos tóxicos.

IMAGEN 2. Pirámide de la alimentación saludable para mayores de 70 años. Guía de la alimentación saludable

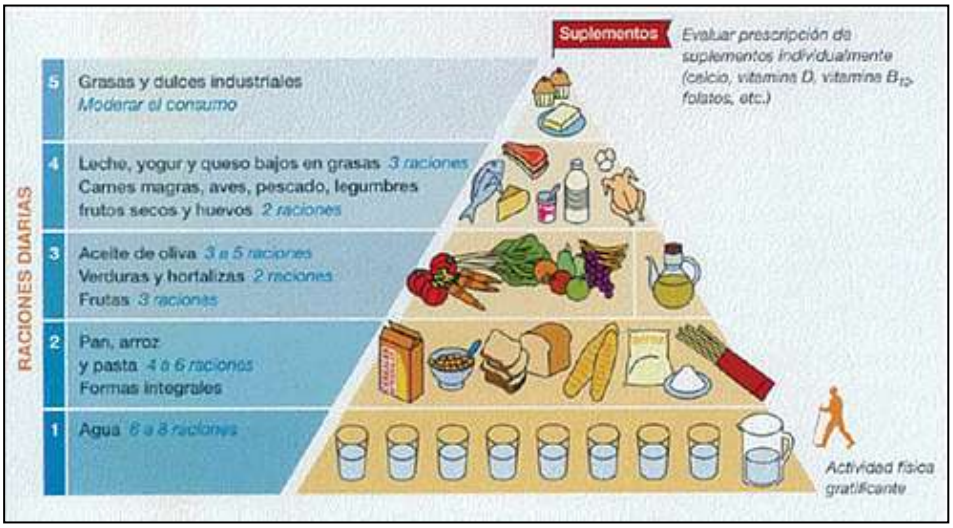


Imagen 2

Fuente: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC), 2004

Vamos ahora a hablar un poco de la actividad física. La Organización Mundial de la Salud define la actividad física como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija un gasto de energía. Por lo tanto cualquier tarea cotidiana como planchar, hacer la compra o fregar el suelo se considera actividad física. No debemos confundir actividad física con ejercicio físico. Este es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física.

IMAGEN 3. Pirámide de la actividad física

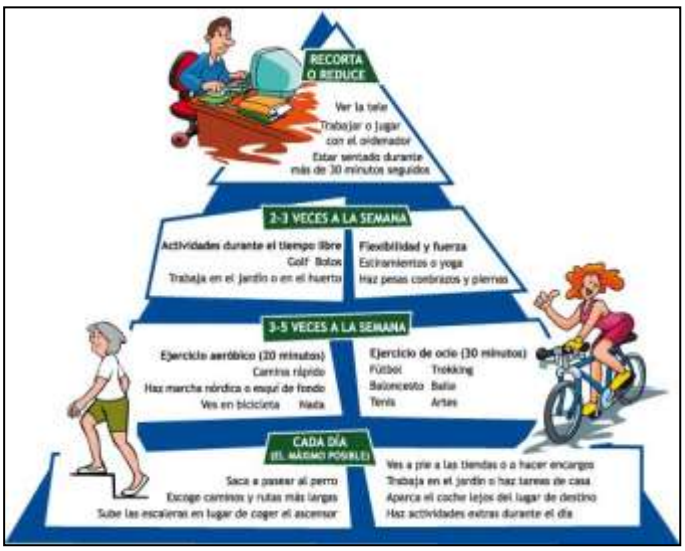


Imagen 3

Fuente: Forumclinic.

Si bien no siempre la actividad física está siempre recomendada. Hay ciertas patologías que contraindican la práctica de actividad física. Las mostramos en el siguiente cuadro.

TABLA 4. Contraindicaciones a la actividad física en personas mayores.

Contraindicaciones absolutas	Contraindicaciones relativas
• Neoplasias y tumores malignos. • Grandes insuficiencias (cardíaca, renal, suprarrenal, pulmonar y hepática). • Hernias importantes no operables. • Epilepsia descontrolada. • Distrés emocional significativo (psicosis). • Diabetes (tipo I). • Hipertiroidismo y gota no controlada. • Infarto de miocardio reciente. • Angina de pecho inestable. • Hipertensión arterial grave no tratada. • Aneurisma ventricular o aórtico sospechado o conocido. • Embolia aórtica reciente. • Cambios significativos en el ECG* de reposo y/o respuesta anormal a una prueba de esfuerzo. • Miocarditis, pericarditis o endocarditis. • Miocardiopatías. • Hipertensión pulmonar. • Cor pulmonare. • Embolia pulmonar reciente. • Infecciones respiratorias graves (neumonías, bronquitis). • Afecciones neurológicas con trastornos del equilibrio. • Procesos hemáticos graves. • Afecciones inflamatorias crónicas invalidantes y progresivas. • Infecciones agudas (hepatitis viral, salmonelosis,…) • Litiasis biliar y urinaria. • Fármacos: quimioterapia.	• Diabetes (tipo II). • Obesidad severa. • Hiperlipidemia. • Cirugía mayor reciente. • Hipertensión arterial. • Alteración electrolítica conocida (hipopotasemia,…). • Enfermedad vascular periférica (tromboflebitis,…). • Insuficiencia cardiaca congestiva moderada. • Valvulopatía moderada. • Angina de pecho estable. • Marcapasos cardiacos de frecuencia fija. • Arritmias. • Varices graves. • Insuficiencia renal o hepática (fases iniciales). • Infecciones agudas leves (catarros, gripe). • Discopatias. • Convulsiones. • Heridas recientes. • Alteraciones musculoesqueléticas, neuromusculares o reumáticas que son exacerbadas por el ejercicio. • Enfermedades respiratorias (EPOC*, asma de esfuerzo,…). • Enfermedades hemorrágicas gastrointestinales o intracraneales. • Enfermedades inflamatorias (úlcera péptica,…). • Enfermedades que empeoran con la humedad (sobre todo en actividades acuáticas como la otitis o dermatitis). • Fármacos: digitálicos, betabloqueantes y bradicardizantes.

Fuentes: Silva et al., 2002; Ortega Sánchez, 2002.
Elaboración propia.

Tabla 4

En nuestro proyecto incluiremos aporte de fomentar hábitos saludables, trataremos de prevenir y/o controlar algunos de los síndromes geriátricos. Con ello pretenderemos que las mayores conozcan la sintomatología que estos pueden producir y acudan a su médico con el fin de realizar un diagnóstico precoz. Además serán capaces de prevenirlos.

TABLA 5 . Grandes síndromes geriátricos (regla nemotécnica de las "ies")
➢ Inmobility: inmovilidad ➢ Instability: inestabilidad y caídas ➢ Incontinence: incontinencia urinaria y/o fecal ➢ Intellectual impairment: demencia y síndrome de confusional agudo ➢ Infection: infeccines ➢ Inanition: desnutrición ➢ Impairment of vision and hearing: alteraciones en la vista y en el oído ➢ Irritable colon: estreñimiento ➢ Isolation (depression)/ insomnio: depresión/ insomnio ➢ Iatrogenesis: iatrogenia ➢ Inmune deficiency: inmunodeficiencias ➢ Impotence: impotencia o alteraciones sexuales
Fuente: *Essentials of Clinical Geriatrics*; Kane, 1989

Tabla 5

Llevaremos a cabo nuestra idea a través de la educación para la salud. ¿Qué es la educación para la salud? Pues la OMS la define como las actividades educativas diseñadas para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar los valores, actitudes y habilidades personales que promueven la salud. Diferentes formas de educación dirigidas a grupos, organizaciones y comunidades enteras que pueden servir para concienciar a la gente sobre los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud y la enfermedad y posibilitar la acción social y la participación activa de las comunidades en procesos de cambio social respecto a su salud.

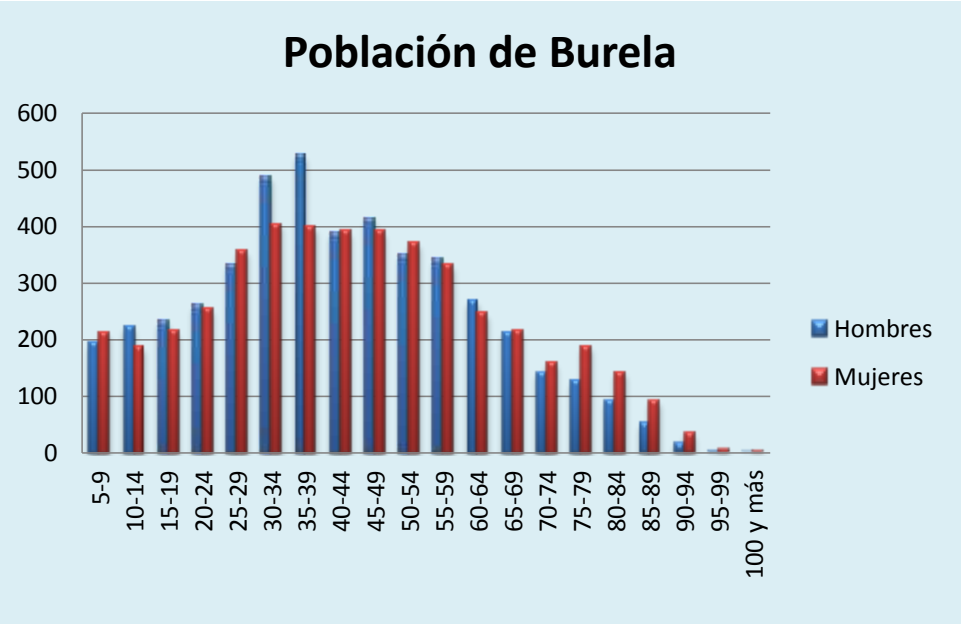
3. ANÁLISIS DE LA REALIDAD

- ✓ **Descripción y análisis de la realidad.**

El Proyecto se llevará a cabo en una pequeña población denominada Burela. Un pequeño pueblo marinero situada al norte de la provincia de Lugo. Su población se situa alrededor de unos 10.000 habitantes aunque su extensión es inferior a los 8 km^2.

Es una población relativamente joven en comparación con otras poblaciones vecinas. En el siguiente gráfico podemos observar como el mayor número de personas se encuentran entre los 30 y los 40 años. Siendo en esta franja los hombres superiores a las mujeres. Mientras que a partir de los 65 años el número de mujeres supera al de los hombres. Con lo que podemos destacar que en la población de Burela las mujeres son más longevas que los hombres. Una de las causas es sin duda el oficio de la gran mayoría de los hombres que hoy tiene esa edad, la pesca.

GRÁFICA 6. Representación gráfica de la distribución de la población de Burela en el año 2013



Gráfica 6

Fuente: INE. Elaboración propia

Como decíamos, en la gráfica observamos que es una población relativamente joven o poco envejecida pero si consideramos que la mayor parte de la población masculina trabaja o ha trabajado en la mar y estos se retiran entre los 55-60 años tenemos un gran número de individuos jubilados. A pesar de ser un municipio joven (se creó en 1994 tras un proceso de segregación del vecino Ayuntamiento de Cervo) y pequeño cuenta con una amplia red de atención sociosanitaria hospital (el hospital comarcal está situado en este municipio), centro de salud, residencia y centro de día públicos y cultural con varias asociaciones que ofrecen talleres de manualidades. Sin embargo carece de proyectos centrados en la prevención y promoción de la salud. Se observa un solapamiento de actividades y una falta de coordinación entre las diferentes asociaciones.

Ante esta situación se detecta una falta de interés por una parte de la población mayor. Que se ve corroborada al preguntarles a las personas mayores del pueblo de forma aleatoria sobre sus conocimientos en alimentación, sobre el por qué y para qué se les recomienda hacer actividad física o cómo pueden prevenir las caídas en su domicilio.

Decidimos elaborar una encuesta escueta pero muy concreta para hacernos una idea del estado de la población así como de sus deseos de participar en el proyecto.

Tomamos una muestra aleatoria de 100 personas mayores de 65 años y vecinas de Burela, y les pasamos un cuestionario (ver Anexo 1). Para evitar sesgos por la posible incapacidad para leer o escribir de los encuestados, se les hacia las preguntas de manera oral y era el encuestador el encargado de rellenarlos. Como las preguntas son muy concretas creemos que se elimina (o se limita) el posible sesgo de contaminación del encuestador, ya que no hay margen para posibles interpretaciones.

Presentamos a continuación los resultados de la encuesta.

1. Datos personales.

GRÁFICA 7. Representación del sexo de los encuestados

Gráfica 7

Elaboración propia.

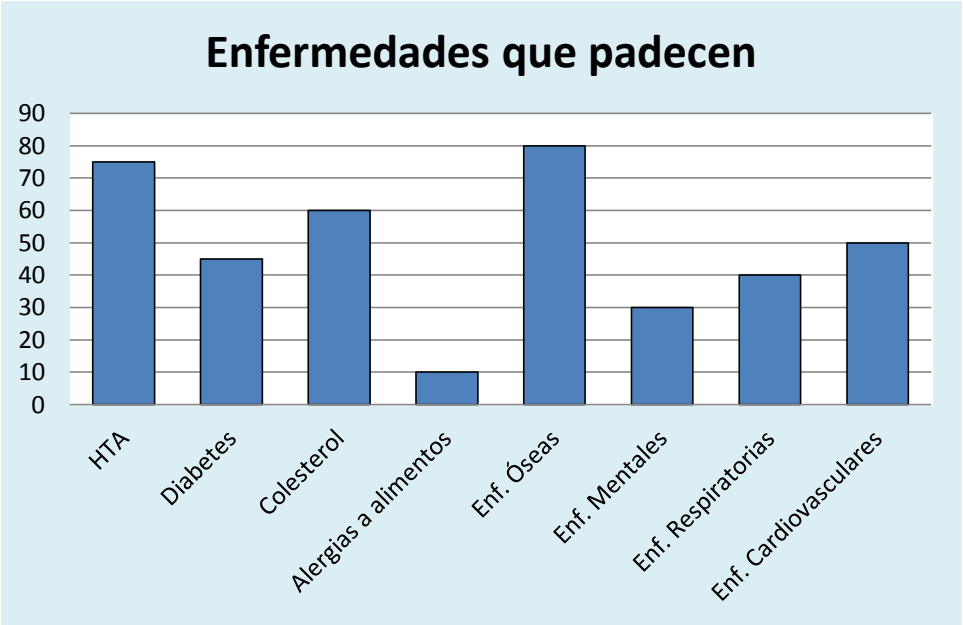
GRÁFICA 8. Representación del estado civil de los encuestados

Gráfica 8

Elaboración propia.

2. Patologías que padecen.

GRÁFICA 9. Representación de las enfermedades que padecen los encuestados

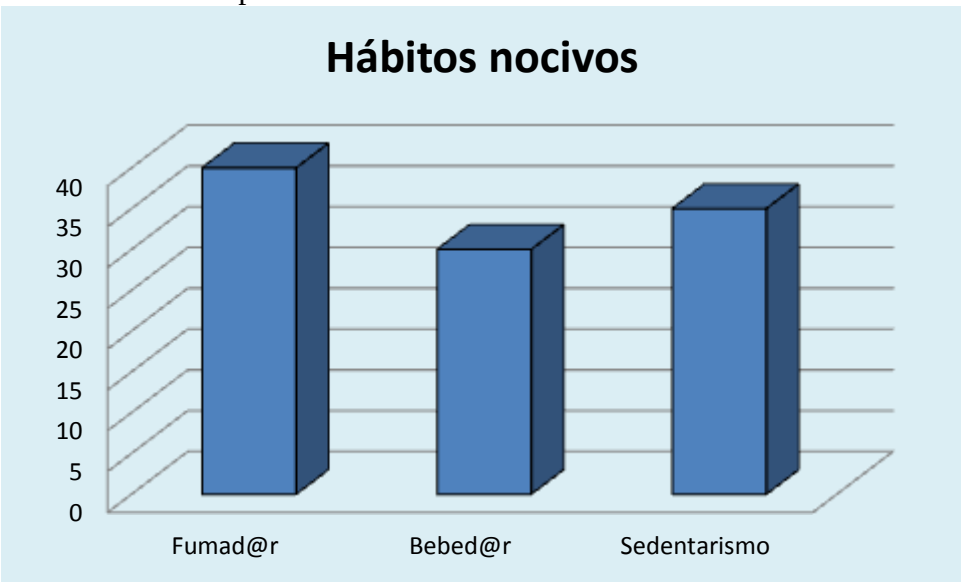


Gráfica 9

Elaboración propia.

3. Hábitos de vida.

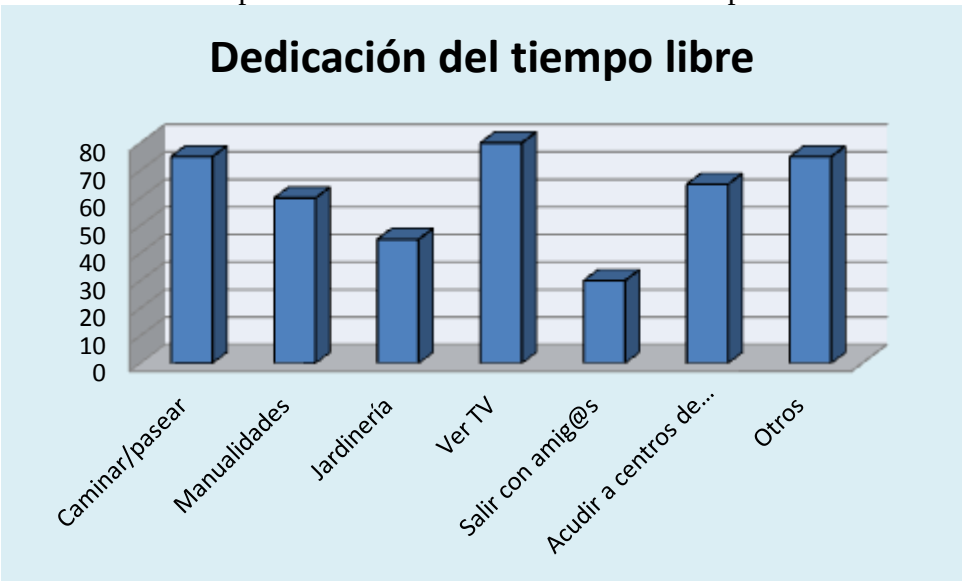
GRÁFICA 10. Representación de los hábitos nocivos de los encuestados



Gráfica 10

Elaboración propia.

GRÁFICA 11. Representación de la dedicación del tiempo de ocio.



Gráfica 11

Elaboración propia.

De los resultados obtenidos de nuestra encuesta podemos observar que, como ya comentamos anteriormente, el colectivo "mujeres" está presente en mayor medida que el colectivo "hombres". Vemos también que el estado civil más prevalente en esta muestra es el de "viud@s".

Dentro de las patologías destacamos el elevado número de personas que padecen hipertensión y enfermedades óseas. También es destacable la presencia de enfermedades mentales en este colectivo.

En lo que respecta a los hábitos de vida vemos que el tabaco es el más frecuente dentro de los hábitos tóxicos. Mencionar que en el ítem "bebedor" metimos a todos aquellos que comentaban beber alcohol, aunque la gran mayoría reconocía beber solo un vaso con la comida. También queremos destacar la gran presencia del sedentarismo, quizá influenciado por la gran presencia de enfermedades osteomusculares que incapacitan a la persona que las padece.

Existen una serie de escalas más específicas que nos ayudan a valorar a las personas con más profundidad. Tenemos entre otras:

- ✓ La escala de Barthel: esta escala permite valorar la autonomía de la persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria (comer, beber, vestirse, lavarse,…).

- ✓ Índice de Lawton y Brody: esta escala se usa para valorar la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales necesarias para vivir de manera independiente en la comunidad (hacer la compra, preparar la comida, manejar dinero, tomar medicamentos,…).
- ✓ Mini examen cognoscitivo. Minimental o test de Lobo. Se utiliza para el cribado del deterioro cognitivo, como ayuda al diagnostico de demencias.
- ✓ Cuestionario de Pfeiffer. Fue elaborado para detectar el deterioro cognitivo en pacientes mayores.

4. PLANIFICACIÓN

La finalidad del proyecto es aportar información a las personas mayores sobre factores importantes que afectan a su salud. Para que ellos tomen conciencia sobre lo que hacen bien y lo que deben modificar. Todo ello con la intención final de mejorar y/o prevenir patologías y con ello mejorar su calidad de vida.

- ✓ **Objetivos generales**
  - Proporcionar a personar mayores los conocimientos necesarios para que sean capaces de llevar una vida saludable.
  - Mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

- ✓ **Objetivos específicos**
  - Educar en estilos de vida saludable.
  - Concienciar sobre la importancia de llevar a cabo un diagnostico precoz de patologías.
  - Fomentar la práctica de regular de actividad física.
  - Mejorar los conocimientos sobre la alimentación y los beneficios que está nos aporta.
  - Favorecer el autocuidado y la independencia para desarrollar las actividades de la vida diaria.
  - Facilitar las relaciones interpersonales.
  - Potenciar la confianza personal y autoestima de cada uno de los participantes.

- ✓ **Metodología**

Se establecerá un grupo de entre 20-25 personas adultas jubiladas con interés en mejorar sus conocimientos en el ámbito de la salud y prevención de enfermedades. Se dará preferencia a personas que se han independientes para las actividades de la vida diaria. Es un grupo relativamente pequeño para que sea manejable.

En lo que se refieres a recursos humanos se necesitar una persona diplomada en enfermería y un par de terapeutas ocupacionales o bien educadores sociales. En el apartado de recursos materiales necesitaremos un aula amplia, un proyector, un

ordenador, pelotas y cintas para ejercicios, folios, bolígrafos, alimentos para la elaboración de un menú sencillo, recipientes para la realización de un menú sencillo.

En lo referente a los métodos de ejecución del proyecto pensamos que lo mejor es desarrollar clases de una hora y media repartidas en dos días a la semana durante unos tres meses. Uno de los días lo dedicaríamos a realizar talleres de gimnasia y nutrición (elaboración de menús saludables) y el otro día compaginaremos pequeñas charlas (o lecciones magistrales) muy cortas con dinámicas grupales. Trataríamos de hacer las sesiones entretenidas fomentando la participación activa de los participantes.

Al tratarse de personas mayores debemos tener en cuenta que, todavía, muchos de ellos no saben leer ni escribir. Así que lo mejor será evitar el uso de estés métodos. Por lo tanto utilizaremos dinámicas grupales con la intención de favorecer la relación interpersonal de los participantes. Intentaremos combinar en los grupos las personas más extrovertidas con las más introvertidas.

Como ya se ha comentado las sesiones se dividirán en dos partes. Por un parte se desarrollaran los talleres de gimnasia y nutrición y por otra las charlas.

En el taller de gimnasia realizaremos ejercicio físico muy básico para favorecer que todo el mundo la pueda realizar, trataremos de incluir/movilizar todas las articulaciones del cuerpo. Durante el desarrollo del taller fomentaremos la práctica diaria de actividad física ya se caminar, nadar u otra. Además destacaremos los beneficios que está práctica nos da. Haremos también una mención especial a la importancia de ser revisado por un médico antes de iniciar la práctica de ejercicio físico ya que existen patologías que lo contraindican.

Para la realización de este taller necesitaremos dos personas que dirijan el taller y dos voluntarios. Necesitaremos también pedaletas, pelotas y cintas para realizar el taller.

En lo que respeta al taller de nutrición, lo que haremos será elaborar menús fáciles, económicos, equilibrados y adaptados a las necesidades/patologías más comunes. Para ello necesitaremos utensilios de cocina, alimentos y una cocina para elaborar los menús. Con ello lo que pretendemos es dotar a las asistentes de los conocimientos necesarias para llevar una dieta sana. Que tomen conciencia de la gran importancia que la nutrición tiene en su salud y en la prevención de enfermedades. La encargada de impartir este taller será una enfermera con conocimientos de nutrición con la ayuda de los terapeutas o educadores.

Por otra parte están las charlas. No serán charlas propiamente dichas ya que consideramos que mediante estas no conseguiríamos nuestros objetivos. Utilizaremos diferentes técnicas de dinámicas de grupos. Por ejemplo:

- el **training group** favoreciendo que los participantes intercambien sus experiencias y comportamientos y reflexionen sobre su propio comportamiento (lo usaremos para que los participantes modifican sus hábitos, que dejen de fumar, por ejemplo);
- el **fotoproblema** moral lo utilizaremos para que nuestros usuarios se den cuenta del grave problema que es la polimedicación y sean más consecuentes con ello;
- trataremos de realizar un día un **simposio** en el que un médico de familia facilite información a nuestros usuarios y ellos puedan también preguntar sus dudas, sería una de las últimas sesiones;
- el **debate público** o discusión guiada en la que el guía conductor ayudará a los participantes a discutir sobre el ictus, ¿qué es?, ¿qué síntomas tiene?, ¿cómo se puede prevenir?;
- la **clínica del rumor** nos resultará útil para que ellos vean que no siempre lo que nos cuentan los demás es cierto (por lo tanto útil) para nosotros. Con lo que nunca se deben intercambiar medicamentos o consejos médicos;
- la **lluvia de ideas (brainstorming)** nos será útil para estimular a los participantes y ellos mismos descubran qué cosas pueden modificar en sus casas para evitar/ prevenir las caídas.

Para la realización de estas actividades no necesitaremos más que un ordenador, un proyector, una pizarra, rotuladores, folios, bolígrafos.

✓ **Recursos humanos**

Para llevar a cabo nuestro proyecto necesitamos a una diplomada en enfermería con conocimientos en nutrición y dos diplomadas en terapia ocupacional o en educación social. Contaremos además con voluntarios de Cruz Roja que nos ayudaran en la realización de los talleres.

Para la contratación de este personal acudiremos a la oficina de empleo situada en Burela. Daremos prioridad en la contratación a personas empadronadas en el Ayuntamiento de Burela.

- ✓ **Recursos materiales**

La sala donde realizaremos el proyecto está situada en el local que Cruz Roja tiene en la localidad. El local cuenta con el material necesario para la impartición de charlas. Cuenta con proyector, pizarra, rotuladores, mesas, sillas,…

El material necesario para el taller de gimnasia es prestado por la Cruz Roja. Mientras que el material preciso para el taller de nutrición (cacerolas, tenedores, cuchillos,…) es donado por un restaurante de la localidad en remodelación.

- ✓ **Recursos financieros**

Los recursos económicos necesarios serán financiados por tres asociaciones de mayores del pueblo. Necesitaremos un total de 300 euros para la compra de alimentos.

En el siguiente cronograma se representan los días en los que se desarrollaran los talleres, como vemos se desarrollaran 26 sesiones. Los martes serán los talleres de gimnasia y nutrición alternándose entres ellos y los jueves las dinámicas de grupos.

Cronograma

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Mayo						■		■					■		■					■		■					■		■		
junio			■		■					■		■					■		■					■		■			■		■
julio	■		■					■		■					■		■					■		■							

Cronograma 1

5. EJECUCIÓN

La fase de ejecución es la fase práctica del proyecto. El momento de ejecutar lo planificado con anterioridad. Consta de varios momentos. El primer momento es el de sensibilización, este a su vez se divide en etapas. En la primera etapa (cocientización) se trata publicitar el proyecto. Crear en nuestros futuros usuarios la necesidad de participar despertando su interés. Para ello debemos hacerles ver que nuestro proyecto les va a ser útil. Es, en mi opinión, una fase decisiva porque en ella debemos captar a las participantes. Estos deben estar motivados para que el proyecto se desarrolle de forma adecuada.

La segunda fase es la información. En esta fase debemos proporcionales información y fomentarles la necesidad de buscar por sus propios medios más información. También es importante asumir sus propias vivencias. La última fase es la de interpretación de la historia y de la cultura. Digamos que es ocupar nuestro lugar en la realidad aceptando nuestras vivencias pasadas, así como conocer y comprender su comunidad.

Otros momentos son la detección de minorías activas, capacitación del voluntariado, cohesión a nivel grupal, crear proyectos propios y la creatividad (dinamización desde cero o desde un supuesto anterior).

Si bien todos los puntos son necesarios e importantes, destacaría dos: el de la sensibilización y la cohesión grupal. Pues los dos me parecen básicos e imprescindibles de ser realizados de forma meticulosa. Al desarrollar de forma correcta el momento de sensibilización ya estaríamos buscando esas minorías activas las cuales muchas veces arrastran a otros participantes más pasivos. La cohesión grupal, por experiencia propia, conozco que un grupo con intereses afines, comunes y en el que prime el buen ambiente es básico para que un proyecto funcione de forma adecuada.

El momento de llevar a cabo la sensibilización es antes de iniciar las tareas propiamente dichas del proyecto. Sería el paso previo, el paso de captación de participantes. Al igual que la fase de capacitación del personal voluntario pues debe estar preparado cuando se inician las tareas. Durante la ejecución de las tareas llevaremos a cabo o intentaremos buscar una cohesión grupal. Además este trabajo de campo nos permitirá detectar esas minorías activas con inquietudes y con interés en crear nuevos proyectos.

El primer paso para ejecutar el proyecto es la busqueda de un lugar adecuado para su realización, así como ayudas para su financiación. Para ello hablamos con los representantes de Cruz Roja Burela para saber su disponibilidad. Una vez conseguido un acuerdo por el cual la organización nos presta sus instalaciones a cambio de actuar bajo sus premisas y como voluntarios de la misma.

El segundo paso es la sensibilización. Para llevar a cabo esta fase lo primero que haremos será diseñar unos carteles que posteriormente distribuiremos por los lugares de afluencia habitual de personas mayores: el centro de salud, el hospital, ayuntamiento, locales de asociaciones,… También hablaremos con las trabajadoras sociales, personal del centro de salud y presidentes de asociaciones para explicarles nuestro proyecto y que nos ayuden a publicitar nuestro proyecto. Desechamos la idea de publicar publicidad en prensa por su alto coste. Valoraremos a posteriori la posibilidad de enviar información del evento una vez realizado o en sus primeros días.

Una vez que el plazo para anotarse termine, agruparemos a las personas formando grupos de entre 20-25 personas. Las pautas que seguiremos para realizar los grupos serán la edad similar y patologías comunes (diabéticos, hipertensos,…). Mantendremos juntos a los matrimonios o parejas así como personas que acudan con amistades para fomentar la comodidad de los individuos y, por extensión, del grupo.

Para ello realizaremos un test individual sobre patologías y hábitos saludables (ver anexo 2). Además les realizaremos la escala de Barthel para valorar su autonomía para las actividades de la vida diaria (AVD) y agruparlos por índices similares a fin de disminuir posibles diferencias que perjudiquen el desarrollo de los talleres.

- Talleres de gimnasia y alimentación.

Se desarrollaran durante una hora. Dejando los primeros y los últimos 15 minutos para coger y recoger las cosas utilizadas. En el caso del taller de gimnasia se iniciará con las pedaletas porque es una manera sencilla y divertida de entrar en calor. Luego se realizarán ejercicios sencillos movilizando todas las articulaciones, desde la cabeza hasta los pies. Hay que tener en cuenta las posibles limitaciones que algún participante pueda tener por secuelas de anteriores o actuales enfermedades. Debemos animarlo a intentarlo y si no puede proponerle un ejercicio alternativo haciendo hincapié en que todos los ejercicios son buenos.

IMAGEN 4. Pedaletas y cintas necesarias para el taller de gimnasia

Imagen 4

En lo que respeta al taller de nutrición empezaremos explicando el menú a realizar para luego dar paso a la elaboración del menú. Realizaremos desayunos, meriendas, cenas y primeros platos. Tendremos en cuenta de nuevo las posibles limitaciones que presenten nuestros participantes. Para reducir estas posibles desigualdades dos voluntarios ayudaran a los mayores. Fomentaremos la participación de los mayores incentivándolos a que inventen sus propios platos.

- Charlas informativas.

Las charlas no serán charlas entendidas como tal. Como lecciones magistrales que un encargado imparte, sino que se utilizaran técnicas grupales. Con ellas desinhibir a los participantes. Fomentando su participación activa en las actividades. Así podremos conocer mejor sus intereses, sus preocupaciones y, también, lo que saben pudiendo trabajar sobre falsas creencias que pueda tener.

En las charlas hablaremos de hábitos saludables. Dedicaremos la mitad de las sesiones (6) para hablar de prevención de enfermedades comunes como el accidente cerebrovascular (ACV), osteoporosis, demencias (haremos hincapié en que no todos los problemas de memoria son síntomas de Alzheimer), depresión, diabetes e hipertensión. En la otra mitad de las sesiones hablaremos de cómo prevenir caídas en el hogar (alfombras, agua,…), ejercicios y pautas para mejorar la incontinencia urinaria y el estreñimiento, además de fomentar hábitos higiénicos saludables (ducha diaria, lavado de dientes,…) y la necesidad de cumplir estrictamente la prescripción farmacológica del médico y la visita a especialistas cuando sea necesario.

El último día del taller realizaremos una pequeña fiesta en la que estén presentes todos los participantes. Servirá como despedida y como evaluación pues les pediremos a los usuarios que nos den su valoración del curso.

Para el control de los talleres cada día los monitores serán los encargados de anotar las personas que acuden a la actividad así como posibles altercados o inconvenientes que pudieran darse durante la celebración del taller.

6. EVALUACIÓN

Queremos evaluar qué objetivos hemos conseguido y si las actividades y recursos que hemos utilizado fueron los correctos.

Diseñaremos una evaluación participativa porque con ella conseguiremos minimizar la distancia entre el evaluador y los participantes, reducir sesgos metodológicos (podemos tener participantes que no sepan leer), enriquecer perspectivas e incrementar las posibilidades de su utilización. Con ello pretendemos asegurar el aprendizaje y la construcción de capacidades.

Utilizaremos el método de evaluación cualitativa. Escogemos este tipo de enfoque metodológico porque nos interesa conocer el punto de vista de los participantes, en nuestro caso personas mayores, con la necesidad de conocer si los temas tratados en el proyecto son de su interés, son aplicables en su día a día. Además este método pone su énfasis en aspectos subjetivos como la conducta, la aptitud o la motivación. Gracias a la evaluación cualitativa nos aportará una gran riqueza de detalles sobre el grupo, aunque con la dificultad de estandarizar los resultados.

Los criterios que evaluaremos son los objetivos generales, los objetivos específicos, los resultados, las actividades realizadas y los recursos utilizados. Con ello pretendemos conocer si los objetivos que nos hemos planteado son alcanzables, por lo tanto bien planteados, si hemos utilizado los recursos necesarios y también si las actividades fueron las correctas.

Para la evaluación de estés criterios usaremos los siguientes componentes: eficiencia, eficacia, impacto, pertenencia, viabilidad y cobertura. Vamos a definirlas a continuación.

- ✓ Eficiencia: se refiere a la capacidad de un proyecto para transformar los recursos (económicos, humanos y materiales) en resultados.
- ✓ Eficacia: la eficacia refleja en qué medida se espera alcanzar o se ha alcanzado el objetivo específico del proyecto.
- ✓ Impacto: se refiere a las consecuencias positivas y negativas que un proyecto genera.
- ✓ Pertinencia: la pertinencia analiza si el propósito del proyecto es coherente con las prioridades. Es decir si el proyecto interesa a los beneficiarios del mismo.

- ✓ Viabilidad: es la capacidad de un proyecto para proporcionar un nivel aceptable de beneficios a las personas destinatarias durante un periodo suficientemente largo una vez cese el proyecto.
- ✓ Cobertura: es evaluar hasta qué punto un programa llega a la población objeto del mismo. También analiza si existe sesgo en la cobertura y efectuar un análisis de las posibles barreras de acceso al programa.

La evaluación será continua y flexible. Los pasos en los que llevaremos a cabo la evaluación son:

1. **Evaluación del diagnóstico**. Al iniciar los talleres y mediante una entrevista semidirigida trataremos de comprobar si nuestro diagnóstico fue correcto y nuestros objetivos adecuados.
2. **Evaluación del proceso.** Utilizaremos un diario de clase en el cual recogeremos la información que nos aporten los participantes y reuniones periódicas entre los monitores para valorar las actividades y, si fuera preciso, hacer modificaciones. También se tendrá en cuenta la implicación en las actividades por parte de los beneficiarios. Su participación, sus aportaciones y sus proposiciones no ayudaran a realizar la evaluación.
3. **Evaluación final.** Se realizará al finalizar el proyecto. Se utilizarán cuestionarios a monitores, colaboradores y participantes. Se emplearán cuestionarios de respuesta cerrada y abierta para que puedan expresar libremente su opinión. Se llevará a cabo una reunión entre monitores y colaboradores para comprobar el desarrollo del proyecto y estudiar/detectar posibles cambios, fallos, problemas.

   Entre los puntos a evaluar en el cuestionario estarán las actividades, el tiempo usado para cada actividad, el material empleado, los recursos humanos, el local empleado, los contenidos de las actividades y la metodología empleada.

7. CONCLUSIONES

Nunca antes había realizado un Proyecto de Intervención pues ni durante mi formación, ni en mi experiencia profesional he trabajado con este tipo de proyectos sino con proyectos de investigación. De ahí que me haya resultado muy complicado desarrollar los diferentes pasos de este proyecto. Quizá fue ese desconocimiento, sumado al deseo de modificar ciertas pautas erróneas que aprecio en el colectivo de mayores, el que me hizo escoger un tema tan ambiguo y complicado de desarrollar como es la educación para la salud.

Aunque no me arrepiento de la elección ya que es un tema que me parece adecuado a mis conocimientos y muy adecuado a la gente mayor. El principal problema fue fijar los objetivos. Pecar de ambicioso o quedarse corto. Lo mejor, a mi juicio, pecar de ambicioso. El problema es que no es nada fácil cambiar/modificar pautas comportamentales y, menos aún, en personas mayores cuyas creencias, ciertas o no, son muy arraigadas.

Para conseguir los objetivos que nos planteamos, desarrollamos una metodología la cual trataremos que sea flexible y amoldable a las capacidades de nuestros participantes.

En lo que respecta a la ejecución. Es complicado calcular el tamaño del aula así como los recursos materiales que necesitamos sin saber con certeza el número de participantes. Aunque podríamos optaremos por hacer una estimación y luego ir modificando sobre la marcha.

Pensamos que el Proyecto será muy interesante para intentar modificar hábitos con la intención final de mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Tratando de reducir la incidencia de enfermedades y/o realizar un diagnóstico precoz.

8. BIBLIOGRAFÍA

8.1 Bibliografía utilizada

1. Alcántara Sánchez Millán P, Romero Pérez M (2001). Actividad física y envejecimiento, Revista digital www.efdeportes.com, 6 (32).
2. Andrade F, Pizarro JP (2007). Beneficios de la actividad física en el adulto mayor, Programa de Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar. Modulo I: Tendencias en salud pública: salud familiar y comunitaria y promoción. Universidad Austral de Chile.
3. Andrade F, Pizarro JP (2007). Beneficios de la actividad física en el adulto mayor, Programa de Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar. Modulo I: Tendencias en salud pública: salud familiar y comunitaria y promoción. Universidad Austral de Chile.
4. Kane R L; Ouslander J G; Abrass I B (1989): "*Essentials of Clinical Geriatrics*". New York: McGraw-Hill.
5. Mayan Santos JM et al. (2003). Gerontología Clínica. Ed. Sega, Santiago de Compostela.
6. Organización Mundial de la Salud Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud Envejecimiento y Ciclo Vital (2002). "Envejecimiento activo: un marco político", en Revista *Esp Geriatr Gerontol*, 37 (S2) (2002). Pp.74-105.
7. Ortega Sánchez-Pinilla R (2002), Limitaciones a la actividad física en el anciano, Rev Esp Geriatr Gerontol, 37 (1), 54-59.
8. Paglilla DR (2001), La tercera edad y la actividad física, Revista digital www.efdeportes.com, 7 (38).
9. Pérez Castejón JM, Durany Tiirk S, Garrigós Toro, Olivé Torralba A (2007). Prevención de la dependencia y envejecimiento saludable, 1636, 40-44.
10. Pérez Serrano, Gloria (2004): *"¿Cómo intervenir en personas mayores?"*. Madrid: Editorial DYKINSON S.L.
11. Pérez Serrano, Gloria (2004): *"Elaboración de Proyectos Sociales. Casos prácticos"*. Madrid: Narcea Ediciones S.A.
12. Sánchez Millan PA, Ureña Villanueva F, Garcés de Los Fayos Ruiz EJ (2002). Repercusiones de un programa de actividad física gerontológica sobre la aptitud

física, autoestima, depresión y afectividad, Cuadernos de Psicología del Deporte, 2 (2), 57-73.

13. Silva Piñerio R, Beiras Sarasquete A, Camiña Fernández F, Mayán Santos JM (2002). Actividad física y ocio en gerontología, Ed. Sega, Santiago de Compostela.

Busqueda en páginas web:

14. Forumclinic, Acceso el día 22 de setiembre de 2014. Disponible en: http://www.forumclinic.org/es/cu%C3%ADdate/ejercicio
15. Instituto Nacional de Estadística, Demografía y población, cifras de población y Censos demográficos, Madrid, ine.es. Acceso el día 22 de marzo de 2014. Disponible en: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm.
16. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, Secretaria de estado de servicios sociales e igualdad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Envejecimiento activo, Libro blanco, Madrid, imserso.es. Acceso el día 21 de diciembre de 2013. Disponible en: http://www.imserso.es/imserso_01/envejecimiento_activo/libro_blanco/index.htm
17. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, Ciudadanos, Madrid, msc.es. Acceso el día 21 de diciembre de 2013. Disponible en: http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/mayores/home.htm
18. Sociedad española de nutrición comunitaria, Acceso el día 22 de setiembre de 2014. Disponible en: http://www.sennutricion.org/es/inicio

8.2 Bibliografía consultada

1. Dirección General de Mayores, Ayuntamiento de Madrid (2006). Envejecimiento saludable: ejercicio físico para mayores. Madrid.
2. Estudio sobre promoción del ejercicio físico (2007). Sociedad Española de Medicina Comunitaria y Familiar (SemFYC).
3. Ministerio de Sanidad y Política Social, IMSERSO (2009). Nuevas miradas sobre el envejecimiento. Madrid
4. Organización Mundial de la Salud (1998). Envejecimiento saludable. El envejecimiento y la actividad física en la vida diaria, Programa sobre Envejecimiento y Salud, Ginebra.

5. Pérez Jarauta Mª José et al. (2006): *Manual de Educación para la salud.* Pamplona: Instituto de Salud Publica, Gobierno de Navarra.
6. Ponts Geis P (2001). Tercera edad, actividad física y salud. Teoría y prática, Ed. Paidotribo, 5º Edición, Barcelona.
7. Proyecto europeo CHANGE, Cuestionario sobre actividad física, nutrición y calidad de vida. Evaluación de la actitud y el comportamiento.
8. www.imserso.com
9. www.oms.org

9. ANEXOS

9.1 Anexo 1

Cuestionario **"Proyecto de Intervención en Educación para la salud en personas mayores"**

Fecha:

Sexo: ☐ Hombre
☐ Mujer

Estado Civil: ☐ Casado/a
☐ Viúdo/a
☐ Separado/a

Patologías/ enfermedades que padece:

- ☐ Hipertensión.
- ☐ Diabetes.
- ☐ Colesterol.
- ☐ Alergias a alimentos.
- ☐ Enfermedades óseas (osteoporosis, artrosis,…).
- ☐ Enfermedades mentales (depresión, ansiedad,…)
- ☐ Enfermedades respiratorias (EPOC, bronquitis crónica, asma,…)
- ☐ Enfermedades cardiovasculares

Hábitos de vida. ¿Es usted…?

- ☐ Fumador/a.
- ☐ Bebedor.

¿A qué dedica su tiempo libre?

- ☐ Caminar/ pasear.
- ☐ Manualidades

- ☐ Jardinería.
- ☐ Ver TV.
- ☐ Salir con amig@s.
- ☐ Acudir a centros de mayores.
- ☐ Otros.

9.2 Anexo 2

Cuestionario para participantes en los talleres del Proyecto de intervención social en Educación para la salud

Nombre:

Edad:

Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer

Estado Civil: ☐ Casado/a ☐ Viúdo/a ☐ Separado/a

Patologías/ enfermedades que padece:

☐ Hipertensión.

☐ Diabetes.

☐ Colesterol.

☐ Alergias a alimentos.

En caso afirmativo indique a que:……

☐ Enfermedades óseas (osteoporosis, artrosis,…).

☐ Enfermedades mentales (depresión, ansiedad,…)

☐ Enfermedades respiratorias (EPOC, bronquitis crónica, asma,…)

☐ Enfermedades cardiovasculares

¿A qué dedica su tiempo libre?

☐ Caminar/ pasear.

☐ Manualidades

☐ Jardinería.

☐ Ver TV.

☐ Salir con amig@s.

☐ Acudir a centros de mayores.

☐ Otros.

9.3 Anexo 3

ALIMENTACIÓN		
10	Independiente	Come solo en un tiempo razonable. Es capaz de poder utilizar cubiertos si lo necesita, de cortar el alimento, usar sal, extender mantequilla, etc.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para alguna de las actividades previas.
0	Dependiente	Necesita ser alimentado.
BAÑO		
5	Independiente	Es capaz de bañarse o ducharse, incluyendo salir o entrar de la bañera y secarse.
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda.
VESTIRSE		
10	Independiente	Es capaz de ponerse, quitarse y colgar la ropa, atarse los cordones, abrocharse botones o utilizar cremalleras (o braguero o corsé). Se excluye la utilización de sujetador.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para al menos la mitad del trabajo de estas actividades. Debe de hacerlo en un tiempo razonable.
0	Dependiente	
ARREGLARSE		
5	Independiente	Es capaz de lavarse las manos y cara, peinarse, maquillarse, limpiarse los dientes y afeitarse.
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda.
DEPOSICIONES		
10	Continente	Es capaz de controlar deposiciones. Es capaz de colocarse un supositorio o un enema
5	Incontinencia ocasional	Tiene incontinencia ocasional o requiere ayuda para supositorio o enema.
0	Incontinente	

MICCIÓN		
10	Continente	Es capaz de controlar micción día y noche. Es capaz de cuidar la sonda y cambiar la bolsa de orina
5	Incontinencia ocasional	Tiene incontinencia ocasional o no le da tiempo a llegar al baño o necesita ayuda ocasional para cuidar la sonda uretral.
0	Incontinente	
RETRETE		
10	Independiente	Es capaz de bajarse y subirse la ropa, de no mancharla, sentarse y levantarse de la taza, de usar papel higiénico. Si lo requiere puede apoyarse sobre una barra. Si requiere cuña, debe ser capaz de colocarla, vaciarla y limpiarla.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para guardar el equilibrio, en el manejo de la ropa o en la utilización del papel higiénico.
0	Dependiente	
TRASLADARSE desde la cama al sillón o a la silla de ruedas		
15	Independiente	Es capaz de realizar con seguridad, el traslado del sillón a la cama, tanto con andador o silla de ruedas –levantando reposapiés, cerrando la silla-, conseguir sentarse o tumbarse en la cama, e igualmente volver de la cama al sillón.
10	Mínima ayuda	Necesita ayuda mínima para algún paso de esta actividad o ser supervisado física o verbalmente en los distintos pasos
5	Gran ayuda	Necesita gran ayuda para levantarse de la cama o para trasladarse al sillón. Puede permanecer sentado sin ayuda.
0	Dependiente	
DEAMBULAR		
15	Independiente	Puede caminar 45 metros sin ayuda o supervisión, espontáneamente o con muletas (no andador). Si utiliza prótesis es capaz de ponérsela y quitársela solo.
10	Necesita ayuda	Necesita ayuda o supervisión para caminar 45 metros. Deambula con andador.
5	En silla de ruedas	Puede empujar la silla 45 metros y manejarla con soltura (doblar esquinas, girar, maniobrarla por la casa, etc.)
0	Dependiente	Camina menos de 45 metros. Si utiliza silla de ruedas debe ser empujada por otra persona.
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS		
10	Independiente	Es capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede usar bastones o muletas o apoyarse en la barandilla.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda física o verbal.
0	Dependiente	

9.4 Anexo 4

9.4.1 Índice de gráficas

Gráfica 1 5
Gráfica 2 6
Gráfica 3 7
Gráfica 4 7
Gráfica 5 8
Gráfica 6 22
Gráfica 7 23
Gráfica 8 23
Gráfica 9 24
Gráfica 10 24
Gráfica 11 25

9.4.2 Índice de tablas

Tabla 1 9
Tabla 2 10
Tabla 3 17
Tabla 4 19
Tabla 5 20

9.4.3 Índice de imágenes

Imagen 1 11
Imagen 2 18
Imagen 3 18
Imagen 4 33

9.4.4 Índice de figuras

Figura 1 10

Figura 2 12

Figura 3 16

9.4.5 Índice de cronograma

Cronograma 1 30