

# TALLER DE MOVILIDAD PARA MAYORES SORDOS EN MÁLAGA



EXPERTO UNIVERSITARIO EN INTERVENCIÓN EN  
CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS MAYORES. 2006.

**Autor:** Gaspar Luis Rivas Ruiz

# ÍNDICE

Introducción	3
Fundamentación teórica	5
Análisis de la realidad	21
Planificación	26
Ejecución	35
Evaluación	37
Conclusiones y propuestas de mejora	38
Bibliografía	40
Anexos	41

# INTRODUCCIÓN

El ser humano ha ido evolucionando con el paso de los años. La búsqueda de una vida mejor, más larga, pero también más saludable se ha convertido en el deseo de la mayor parte de los hombres y mujeres del siglo XXI. Este deseo de longevidad y prosperidad se hace más patente en los países desarrollados, que constituyen el modelo a seguir por el resto de las economías emergentes del planeta.

Esta idea, que puede parecer pura teoría y alejada de las preocupaciones e inquietudes individuales del día a día, no es más que la generalización de otras dos más concretas y cercanas: el deseo de vivir más años y de vivir bien.

“Vivir bien” es un concepto algo ambiguo que varía en función de multitud de factores: situación geográfica, edad, sexo, poder adquisitivo, estabilidad emocional..., etc. Todo dependerá de si las “necesidades” personales están cubiertas o no. Se denominan necesidades porque son aquellos deseos o cosas materiales que el ser humano anhela para sentirse bien, para ser feliz y consciente de que está viviendo una vida plena y de calidad. Hay que destacar que esas necesidades no desaparecen, sino que van cambiando con el paso de los años, modificándose las prioridades.

Dicho esto, se puede apreciar el gran reto al que se enfrenta el ser humano, que no es otro que el de vivir cada vez más años sin perder calidad de vida.

A nadie se le escapa que el deseo de llegar a viejos y de mantener nuestra calidad de vida, se topa con multitud de problemas derivados de la progresiva degradación psicofísica, así como con otros de índole económico y social. Esto provoca situaciones de exclusión social, marginación, desatención y degradación que afectan muy frecuentemente al llamado por algunos colectivo “invisible” de personas mayores. Son múltiples las soluciones planteadas: mantener la actividad física y mental, estimular la participación de nuestros mayores en la sociedad, cultivar su autoestima..., en definitiva, promover que se sientan útiles y que se les traten como a personas, dándoles la oportunidad de seguir luchando y disfrutando de una vida digna y de calidad.

España constituye en la actualidad uno de los países desarrollados con un mayor crecimiento económico anual, pero también es uno de los que más rápidamente está envejeciendo. La tasa de natalidad es una de las más bajas del planeta y el colectivo de personas mayores está aumentando vertiginosamente gracias a la mejora de la calidad de vida. En pocos años, este sector de la población constituirá una parte muy importante de la población, que exigirá sus derechos y medidas concretas para mantener y, si es posible, mejorar sus condiciones vitales: salud, situación económica y estatus social.

La salud constituye una de las preocupaciones más importantes de nuestros mayores, y están aumentando el número de acciones encaminadas a su cuidado, tanto a nivel psíquico como físico. Desde el punto de vista sanitario, los mayores son un grupo muy vulnerable, y muy especialmente el colectivo de mayores con algún tipo de discapacidad o minusvalía. En este aspecto, llama particularmente la atención el colectivo de mayores con discapacidad auditiva, puesto que son un subgrupo aislado y marginado que ha sufrido y sufre todo tipo de discriminaciones por el hecho de ser mayores y sordos. Esta situación no es una excepción en la provincia de Málaga.

Con esta idea en mente surge este Proyecto de Intervención Socioeducativa denominado “TALLER DE MOVILIDAD PARA MAYORES SORDOS DE MÁLAGA”, cuyo fin no es otro que mejorar la calidad de vida de estos mayores atendiendo a sus necesidades físicas y de comunicación.

## **FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

Como ya se ha introducido brevemente, la situación de los mayores sordos en España dista mucho de ser la ideal, puesto que poseen el doble handicap de ser mayores y sordos.

Este Proyecto surge con la modesta aspiración de mejorar la condición física y estimular las relaciones interpersonales de los mayores sordos de Málaga, de forma rigurosa y científica para poder extrapolar los resultados al resto del país.

Son multitud las iniciativas encaminadas a mejorar la condición física de nuestros mayores en asociaciones y ayuntamientos, donde se organizan grupos de “gimnasia de mantenimiento”, que tantos beneficios están aportando, pero no ocurre lo mismo con los “Talleres de Movilidad”, de los que apenas si hay noticias, si acaso alguna iniciativa de carácter experimental.

La decisión de escoger el Taller como herramienta para este Proyecto radica en la idoneidad de este método para fomentar la puesta en práctica de los conocimientos adquiridos, y para estimular la participación activa de los mayores en su desarrollo.

Todo taller consiste en la realización de un trabajo o actividad de forma cooperativa y con una clara orientación práctica. Los objetivos principales estarán encaminados a promover la actividad y participación real, potenciar la actividad creadora, y a motivar el trabajo por descubrimiento, (en este caso, descubrimiento del cuerpo humano).

Se define pues, como **Taller de Movilidad**, al conjunto de actividades físicas adaptadas a las personas mayores, con el objetivo de mantener el nivel funcional lo mejor posible, de forma que su calidad de vida sea óptima.

No obstante, hay determinados aspectos que hay que tener en cuenta antes de considerar el diseño de este Taller de Movilidad para Mayores Sordos. Estos aspectos no son otros que conocer lo que es ser una persona sorda; en qué consiste y qué supone envejecer; y, por último, exponer la idoneidad de la actividad física en personas mayores.

## ¿QUÉ ES UNA PERSONA SORDA?

No es fácil entender lo que significa ser Sordo/a. Existen dos formas de ver y entender a la persona sorda:

-Una es la perspectiva clínica o patológica, que ha sido la que tradicionalmente ha imperado en la mayoría de las personas oyentes, sustentada sobre la percepción que ciertos profesionales han tenido de las personas sordas. Esta visión las considera como un grupo de personas con pérdida auditiva, lo que acarrea dificultades en el proceso de desarrollo del lenguaje pero no impide la adquisición del habla. Estas dificultades conllevan implicaciones psicológicas derivadas de su pérdida auditiva y problemas de comunicación. Por estos motivos sufren, en diversas ocasiones, marginación por parte de la mayoría de la sociedad oyente.

-La otra es la perspectiva cultural, que se centra en la lengua, las experiencias y valores de las personas Sordas. Esta visión se refiere a un grupo de personas que comparten un medio común de comunicación, la Lengua de Signos, y una cultura común, que establecen las bases para la cohesión del grupo y su identidad.

La actitud de aquéllos que sostienen la primera visión es, generalmente, que hay algo defectuoso en las personas sordas y, en la medida de lo posible, la sociedad debe ayudarles para que sean lo más “normales” posibles.

Por el contrario, la actitud de los que tienen la segunda visión es la de que la Comunidad Sorda debe ser aceptada y respetada como un grupo culturalmente diverso con sus propios valores culturales y lingüísticos. Esta última perspectiva se basa en los hallazgos de la investigación lingüística y sociológica.

Para Dña. Ana Moreno Rodríguez, autora del libro “La Comunidad Sorda. Aspectos psicológicos y sociológicos” (2002), una persona sorda “es aquella que se siente como tal, no porque los miembros de su propia Comunidad se lo <impongan> o porque aquéllos que no comparten sus sentimientos le digan que es de una forma u otra.

Es aquélla que, independientemente de su pérdida auditiva, debe vivir su vida adaptándose a su propia situación. Cada persona Sorda tiene una identidad personal, propia y no por el mero hecho de no oír, sino que es el resultado de todos y cada uno de los factores que han influido a lo largo de su vida. La heterogeneidad entre las personas Sordas en cuanto a personalidad y manera de vivir la vida es exactamente igual a la que puede haber en otros colectivos”.

Pero entender lo que significa Sordo/a no es fácil, de hecho, la Federación Mundial de Sordos (FMS) en el apartado 2 del artículo 2 de sus estatutos dice: “el término <Sordo> hace referencia a cualquier persona con una pérdida auditiva, especialmente aquéllas que utilizan la Lengua de Signos como primera lengua. No obstante, las organizaciones nacionales deberán utilizar la definición de sordera y lengua de signos de su preferencia”. Esto quiere decir que el concepto de persona Sorda varía de un país a otro.

En cualquier caso, lo que se ha podido extraer de todo lo dicho es que la realidad de la Comunidad Sorda es muy compleja. Las personas Sordas constituyen un grupo heterogéneo que ha soportado presiones y discriminaciones adicionales derivadas de su propia discapacidad y de la connotación negativa que la acompaña desde el punto de vista médico, así como el gran aislamiento social impuesto por las barreras de comunicación de la mayoría de la sociedad oyente.

## **¿QUÉ ES ENVEJECER?**

El envejecimiento lo entendemos como el deterioro general y específico de las funciones biológicas producido por la edad y agudizado por factores ambientales y de hábitos de vida, con la consiguiente limitación corporal para realizar las actividades cotidianas.

El envejecimiento se explica como consecuencia de la interacción del caudal genético de cada ser humano y sus hábitos de vida, que tendrá su manifestación en los planos biológico, psicológico y social, que configurarán por su interacción unas capacidades, como las motoras, las cuáles se concretarán en conductas que den respuestas a las demandas del medio. La práctica repetida y prolongada de estas

conductas configurará hábitos de vida que influirán sobre la forma de envejecimiento, retroalimentando el modelo de la Tabla 1.

### CAMBIOS EN EL PLANO BIOLÓGICO:

Podemos considerar que el envejecimiento típico afecta al plano biológico en tres niveles: 1. Apariencia física, 2. Estructuras y 3. Biomarcadores. Estas tres dimensiones están relacionadas, de manera que un cambio en la apariencia física puede ser debido a un cambio estructural, como por ejemplo, la debilidad y las curvaturas posturales son producidas por los cambios de la estructura en el sistema musculoesquelético. El anciano se identifica externamente por los cambios en la apariencia física: el cabello se cae y encanece, la talla decrece, la piel se arruga, o los dientes se caen. Estos cambios que son típicos de la vejez se verán agudizados por el estilo de vida de la persona (Zarit & Zarit, 1989).

Mayor importancia tienen los cambios estructurales, que podemos analizar por dimensiones:

#### *Envejecimiento del aparato locomotor*

-Lesión del hueso envejecido: OSTEOPOROSIS: es la disminución de la masa ósea asociada a una alteración en la microestructura del hueso que tiene como consecuencia un aumento de la fragilidad ósea y una predisposición a las fracturas. Algunos factores de riesgo de la osteoporosis son: la edad, la genética, la dieta, los estilos de vida que se hayan llevado (sedentarismo, consumo de alcohol y de tabaco), consumo de determinados fármacos, enfermedades que padece...

-Articulación envejecida: ARTROSIS: las causas que la pueden provocar pueden ser causas mecánicas, fracturas o aparición de esguinces, deportes o profesiones determinadas, inmovilización... Esta artrosis va a llevar unas características: atrofia muscular, rigidez de los tendones y ligamentos, pérdida de propiedades del líquido sinovial, prolongaciones en las epífisis de los huesos, presencia de cuerpos ajenos, artritis...

-Los músculos: se puede provocar SARCOPENIA: va a haber una disminución de la masa muscular (atrofia), disminución del tono, disminución de la fuerza muscular y fatiga muscular. Como dato, decir que el 20-30% de la fuerza muscular se pierde entre los 60 y los 90 años.

### *Envejecimiento neurológico*

#### 1. Cambios titulares

-Disminuyen las neuronas. A partir de los 65 años se pierden 50.000 neuronas por año; las zonas con más pérdida de neuronas de Sistema Nervioso Central serían: la zona frontal, temporal, el tronco cerebral y el córtex visual.

-Alteración de las células gliales, por lo que la sinapsis se endentece y por ello los actos motores se muestran enlentecidos, el tiempo de respuesta sináptica es mayor: aumenta el tiempo de reacción motora.

-Sistema nervioso autónomo: la función de este sistema se altera por el propio proceso de envejecimiento.

#### 2. Cambios en los neurotransmisores

-Afectación del sistema dopaminérgico, neuroadrenérgico y colinérgico. La serotonina no se afecta por la edad.

#### 3. Modificaciones bioquímicas

-Disminuye la capacidad de síntesis de ARN.

-Disminuye la capacidad de transporte axonal y dendrítico.

-Alteración de sistemas antioxidantes.

-Modificaciones en proteínas cromosómicas.

#### 4. Cambios psíquicos

-Guardan íntima relación con la personalidad del mayor, con la única diferencia de que se intensifican más los detalles.

#### 5. La inteligencia

-La inteligencia cristalizada se conserva mejor que la fluida.

-Facultades que se mantienen: comprensión, capacidad de juicio, vocabulario, conocimientos generales (todas reguladas por la inteligencia cristalizada).

-Facultades alteradas: atención, concentración, memoria, rapidez de reacción y asimilación (reguladas por la inteligencia fluida).

#### 6. La memoria

-La memoria evocadora se mantiene (recordar cosas del pasado).

-Afectación de la memoria a corto plazo (influye en la fijación, atención y asimilación).

-Síndromes Mnésicos: como el olvido benigno senil o el síndrome amnésico de Korsacoff.

-Todo esto tiene como consecuencia directa: desorientación temporo-espacial y como son conscientes de que se olvidan de las cosas, pues se inventan parte de la historia: confabulaciones.

#### 7. Aptitudes psicomotrices

-Atenuación de reflejos tendinosos.

-Temblores seniles.

- Trastornos en el conocimiento del propio cuerpo.
- Trastorno en la ejecución de movimientos voluntarios.
- Trastornos en la escritura.
- Disminuyen todas las esferas sensoriales: propiocepción.

#### 8. Nivel de aprendizaje

- Lentificación en la resolución de problemas, en la dificultad de generar estrategias para resolver problemas nuevos.
- Si el anciano no tiene presión del tiempo y actúa a su propio ritmo es capaz de aprender.

#### *Envejecimiento cardiovascular*

- A nivel del músculo cardíaco no disminuye la masa muscular pero sí se atrofia, aunque no se pierde porque lo que pasa es que se produce mucho tejido conectivo.
- Modificaciones en las fibras del miocardio: se hacen menos elásticas y presentan menor número de estriaciones.
- Presencia de depósitos de ateroma en válvulas cardíacas y arterias coronarias.
- Aumenta la frecuencia cardíaca y se limita la adaptación *cardiovascular* al ejercicio.
- Aumenta la presión arterial, tanto sistólica como diastólica.
- Todas estas manifestaciones van a tener como consecuencia una clínica determinada como: alteraciones del ritmo (arritmias, extrasistolia, fibrilación A, bradicardia, taquicardia), hipertensión arterial, hipotensión ortostática, angina de pecho, infarto de miocardio.

### *Envejecimiento del aparato respiratorio*

-Se produce una atrofia de las mucosas de nariz, faringe y laringe; lo que conlleva a goteo, irritación de garganta y voz temblorosa, ya que las cuerdas vocales se encuentran alteradas por el propio proceso de envejecimiento.

-A nivel pulmonar: disnea de esfuerzo, tos frecuente, secreciones considerables...

-A nivel fisiológico: reducción progresiva de la capacidad vital, disminuye entre el 50-60%. Disminución de la elasticidad de la membrana pulmonar.

-Aumento de ventilación en las zonas superiores en vez de las inferiores, lo que lleva a una respiración más superficial.

-Todo esto se manifiesta clínicamente con: insuficiencias pulmonares, insuficiencias respiratorias, tuberculosis pulmonar, pluripatologías respiratorias...

### *Sangre*

-La anemia que se considera propia del anciano suele ser debida a causas patológicas extrasanguíneas (hemorragias o deficiencia de hierro). Sin embargo, la reducción de agua corporal y, por tanto, su disminución en sangre, puede ser causa de una mayor concentración de medicaciones solubles en agua, como es el caso de la digoxina, lo mismo que el aumento relativo del depósito graso determina un almacenamiento más prolongado de los fármacos liposolubles, aun cuando su nivel en sangre sea menor.

### *Aparato digestivo*

-Suele observarse disminución de la motilidad intestinal, colon relativamente hipotónico, heces deshidratadas y, frecuentemente, estreñimiento, lo cual obliga al empleo de laxantes o enemas.

-Igualmente disminuye la motilidad esofágica y la circulación esplácnica, y decrece la absorción (tanto de alimentos como de medicaciones).

#### *Sistema renal*

-Se aprecian cambios caracterizados por disminución de la masa renal, circulación plasmática e índice de filtración glomerular, así como elevación del nitrógeno ureico, todo lo cual determina una mayor dificultad en la excreción de fármacos.

-La disminución de la función glomerular facilita la glucosuria y la elevación de los niveles de glucosa, así como las dificultades para concentrar la orina pueden originar estados de hipernatremia.

#### *Sistema inmunológico*

-Puede producirse afectación de la inmunidad celular, lo cual facilita mayor peligrosidad infecciosa, aun cuando en ella intervienen otras causas como diabetes, neoplasias, malnutrición o enfermedad vascular.

-Se aprecia menor respuesta activa leucocitaria.

#### *Sistema endocrino*

-Se aprecia menor tolerancia a la glucosa, así como mayor reactividad tiroidea causante de cuadros de insuficiencia cardiaca congestiva, angina, fibrilación, pérdida de peso o debilidad muscular.

-El porcentaje de grasa corporal no parece aumentar significativamente después de los 40 años. Un mayor incremento en edades avanzadas corresponde más a un aumento general de peso que a una elevación de la grasa porcentual.

#### *Sistema termorregulador*

-La regulación térmica puede encontrarse alterada debido a la debilitación de la efectividad del sistema nervioso autónomo que regula la circulación sanguínea periférica, con dificultad para mantener la temperatura en relación con los cambios ambientales. Existe elevada vulnerabilidad a los estados de hipo e hipertermia.

#### *Sistema sensorial*

-El paso de los años produce un gradual deterioro de las diversas modalidades sensoriales: sensibilidad táctil, percepción dolorosa profunda y percepción vibratoria.

-La pérdida visual es característica, especialmente presbicia y miosis, así como la opacidad del cristalino, con riesgo de glaucoma, degeneración macular y retinopatía diabética.

-Además del deterioro de los exteroceptores (visión, audición, o tacto), también se encuentran alterados los propioceptores (husos neuromusculares, sistema vestibular, o receptores articulares).

#### *Sistema genitourinario*

-La hiperplasia prostática benigna es casi inevitable a partir de los 40 años.

-El envejecimiento puede acompañarse de reducción de la capacidad vesical, de la habilidad para retrasar la micción, elevación del volumen residual postevacuación y disminución de las contracciones del detrusor.

-

La incontinencia urinaria supone la existencia de un proceso patológico: infección urinaria, estado de confusión, uretritis atrófica, uso de fármacos, limitación de la motilidad y estreñimiento.

#### CAMBIOS EN EL PLANO PSICOLÓGICO:

Los deterioros psicológicos típicos del envejecimiento son:

### *Sensación y percepción*

Depende del deterioro de los receptores sensoriales y el sistema nervioso. Puede afectar tanto a la sensación y percepción exteroceptiva como a la propioceptiva.

- a. En la función auditiva están disminuidas en la discriminación de tonos extremos altos o bajos, y la comprensión del lenguaje en contextos de ruidos.
- b. En la visión se ve afectada la visión en oscuridad y en profundidad, así como la discriminación de colores.
- c. En las funciones propioceptivas se puede deteriorar la discriminación de las posturas y del movimiento.

### *Funciones cognitivas*

Parece que la función del pensamiento, medido a través de los tests de inteligencia pierde eficacia con la edad, pero la generalidad y ambigüedad de estos tests está muy cuestionada hoy en día. Es típico relacionar al anciano con la pérdida de memoria, parece que se ve afectada en el ritmo y la cantidad de retención y recuperación; así como en la necesidad de dar sentido al material de la memoria. La atención, precisa de mayor esfuerzo y suele ser más dispersa.

### *Control emocional*

También puede verse afectado, muy relacionado con la vida social. Algunas de sus manifestaciones son la aparición de ansiedad de estado y rasgo, o la típica depresión del anciano.

### *Otros aspectos*

Otros aspectos derivados que se ven afectados y que también están relacionados con la actividad física son el Autoconcepto, la Percepción del esfuerzo y el Bienestar subjetivo.

### CAMBIOS EN EL PLANO SOCIAL:

Los factores sociales que suelen verse afectados son:

#### *Satisfacción social*

El anciano no se encuentra a gusto en la sociedad, que al aislarlo y prescindir de él, no la considera suya.

#### *Dependencia*

Al dejar de ser considerado e interiorizar su falta de utilidad, unido a la pobre estimulación que le deteriora las conductas y hábitos autónomos; la persona mayor en nuestras sociedades se vuelve dependiente de los demás en el plano personal, institucional y social.

#### *Desintegración grupal*

El aislamiento social hace que los ancianos tiendan a una vida solitaria desarraigada de los grupos, los cuales constituyen unidades básicas para la inserción social.

#### *Incomunicación*

Las habilidades interpersonales para interactuar con los demás se pueden ver perjudicadas por su falta de uso.

## **EL EJERCICIO FÍSICO ¿ES ADECUADO PARA NUESTROS MAYORES?**

El ejercicio físico ha estado presente en todas las actividades humanas a través de los tiempos. Cada vez más estudios científicos avalan el papel preventivo y terapéutico del ejercicio y, así, cada vez más, se prescriben actividades físicas.

La mayoría de las investigaciones realizadas coinciden en que las personas mayores que se mantienen activas tienden a presentar menor envejecimiento, esto es debido a que el ejercicio físico no sólo retrasa los procesos fisiológicos del envejecimiento, sino que también produce relajación psíquica, distensión, euforia y confianza en la propia personalidad (GONZÁLEZ, 1995).

El ejercicio físico en las personas mayores se propone como una necesidad, incluso con mayor intensidad que en los jóvenes, porque éstos son activos. Mantener, a través del ejercicio, un estado de entrenamiento favorable es asegurarse un buen funcionamiento orgánico, ayudándonos a envejecer en buenas condiciones físicas y mentales. El ejercicio no impide el envejecimiento orgánico, pero ayuda a envejecer en mejores condiciones y permite la autonomía y la independencia del anciano.

Muchos son los efectos positivos que el ejercicio físico o la actividad física produce en la persona mayor, para ello los podemos ordenar sobre los siguientes planos y funciones humanas:

### Plano biológico

1. *Composición corporal:* Los programas de fuerza incrementan el volumen del músculo esquelético y con ello el porcentaje de tejido magro, también en los mayores, reduciendo el tejido graso.

2. *Tejido óseo*: El ejercicio de fuerza, saltos y tracciones sobre los segmentos corporales, parecen estimular el crecimiento y el mantenimiento de la densidad mineral ósea, que se pierde con el envejecimiento.
3. *Tejido musculoesquelético*: La sarcopenia o pérdida de masa muscular es un síntoma significativo del envejecimiento. Se ha demostrado en diferentes estudios, que los programas de entrenamiento físico mediante ejercicios de fuerza con sobrecarga en los mayores producen una hipertrofia e incremento de la fuerza en el músculo esquelético. Este incremento de la masa muscular tiene importantes consecuencias en la funcionalidad motora en hábitos de vida que impliquen mantenimiento de posturas y desplazamientos. Es aconsejable acompañar el entrenamiento de fuerza con las dosis adecuadas de proteínas en la alimentación. Aumenta la reserva energética propia del músculo.
4. *Sistema inmune*: El ejercicio físico organizado y adecuado a las posibilidades del sujeto eleva los índices de fortaleza del sistema inmune, multiplicando sus efectos mediante una suplementación farmacológica con antioxidantes. Para que los efectos de la actividad física sobre el sistema inmune sea claro es necesario que el ejercicio tenga el volumen y la duración suficientes para inducir cambios en la composición corporal. Mejorar el sistema inmune en los ancianos implica actuar sobre factores que afectan a la autonomía y el bienestar personal del sujeto con la resistencia a las enfermedades.
5. *Sistema cardiovascular*: La capacidad aeróbica y la funcionalidad cardiaca, vascular y respiratoria se mantienen más altas en los sujetos activos. Así, una persona activa que practique regularmente ejercicio físico, sobre todo aeróbico, mantendrá niveles normales en la tensión arterial, la glucemia o el colesterol. El ejercicio físico aumenta la resistencia al esfuerzo, lo cual afecta a los hábitos de vida que exigen esfuerzos mantenidos, como los desplazamientos. También cabe decir que la realización de ejercicio previene la aparición de enfermedades coronarias y de arteriosclerosis, así como que facilita la eliminación de los productos de desecho procedentes del metabolismo muscular.

### Plano psicológico

La actividad física contribuye a la estimulación de los procesos psicológicos durante toda la vida, incluida la etapa anciana. Todas las funciones psicológicas parecen mejorar con el ejercicio; esas mejoras se particularizan en las siguientes:

1. *Bienestar subjetivo*: El ejercicio físico en general, pero en particular el de fuerza, parecen aumentar el bienestar subjetivo, la actitud vital positiva del anciano.
2. *Ajuste perceptivo*: La sensación y percepción precisan de estimulación, y el ejercicio la proporciona. Se puede mejorar tanto la sensación exteroceptiva como la propioceptiva. La percepción de sí mismo y el autoconcepto son más positivos al mejorar la composición corporal y la eficacia funcional. Se reduce el tiempo de reacción y la percepción del esfuerzo se hace más ajustada y realista.
3. *Factores cognitivos*: Todos los factores psicológicos que supongan en mayor grado procesamiento de la información y resolución de problemas parecen verse afectados positivamente por la práctica de la actividad física. La memoria puede mejorar, así como la atención, evitando los deterioros en estos factores propios del envejecimiento.
4. *Factores emocionales*: El ejercicio físico ayuda a controlar mejor la activación, orientándola hacia emociones positivas, reduciendo la ansiedad y evitando ciertos trastornos emocionales típicos de la vejez, como la depresión.

### Plano social

Los aspectos sociales que se pueden mejorar con el ejercicio físico son los siguientes:

1. *Satisfacción social*: El ejercicio aplicado en un contexto socializado favorece la aceptación de la sociedad en que se vive, la participación en su vida diaria, compartir sus objetivos y reglas; establece una actitud positiva que tiene transferencias a la satisfacción personal y al bienestar subjetivo.
2. *Comunicación*: El ejercicio que fomente las relaciones interpersonales, como la expresión corporal o la participación en dinámicas de grupos deportivos, favorecerá un repertorio de habilidades de comunicación en el anciano que superen su déficit agudizado con la edad por el aislamiento social.
3. *Integración grupal*: El fomento del asociacionismo deportivo y de las actividades grupales de identificación de cualquier tipo de programa de ejercicio físico, estimulará la integración de la persona en grupos, contrarrestando otro de los déficits de los ancianos.
4. *Autonomía*: Las relaciones sociales no se oponen a la autonomía personal, tan necesaria en estas edades, sino que constituye uno de sus pilares. Una persona conseguirá su autonomía, estimulará sus hábitos, si los comparte con otros y está integrado en un contexto que los estimula. La práctica de actividad física puede constituir un instrumento privilegiado para el desarrollo de su autonomía.

## **ANÁLISIS DE LA REALIDAD**

Este Proyecto de Intervención denominado “Taller de Movilidad para mayores sordos de Málaga”, como su propio nombre indica, está enfocado a las personas mayores sordas de la ciudad de Málaga.

En primer lugar, convendría clarificar la situación del colectivo de personas sordas en esta ciudad y contextualizarlo para tener una visión real de la población susceptible de formar parte del proyecto.

En la ciudad de Málaga, al igual que en muchas otras localidades de España, la Comunidad Sorda se aglutina en torno a los movimientos asociativos que conocen y defienden las inquietudes y necesidades de las personas sordas; velan por su identidad, su lengua (la Lengua de Signos) y salvaguardan sus derechos como personas y ciudadanos, en defensa de una sociedad plural y ecuánime. En la ciudad malacitana estas asociaciones son:

-ASPANSOR (Asociación de Padres y Amigos de Niños Sordos), que se dedica principalmente a la educación de los niños sordos, así como a la reeducación logopédica y al asesoramiento y apoyo psicológico a padres y a niños.

-SFSM (Sociedad Federada de Sordos de Málaga), que aglutina a la mayoría de la Comunidad Sorda malagueña, organizando actividades de formación, asesoramiento para la búsqueda de empleo, apoyo psicológico, actividades deportivas, de ocio y tiempo libre, servicios de interpretación, etc. abarcando todos los temas que atañen al colectivo de personas sordas.

Es en esta última donde se centrará la recogida de información y donde se presentará este Proyecto, ya que es en sus instalaciones donde tienen lugar la mayor parte de las actividades institucionales y sociales de los sordos de Málaga.

Con el fin de analizar las características de esa población sorda: conocer sus necesidades, cuantificar las personas susceptibles de participar en el Taller, sus motivaciones e intereses, prever las posibles dificultades para llevarlo a cabo, etc., me pongo en contacto con los responsables y “líderes” de la Asociación para hacerle un

cuestionario que me ayudase a concretar la situación de los mayores sordos y las posibilidades reales de llevar a cabo este Proyecto de Intervención. Esas cuestiones fueron las siguientes:

1. *“¿Cuántos mayores sordos hay en Málaga?”*
2. *“¿Sabe lo que es un Taller de Movilidad?”*
3. *“¿Lo considera usted interesante y factible?”*
4. *“¿Hay o ha habido alguna actividad similar en la Asociación dirigida a mayores?”*
5. *“¿Padece usted o ha padecido alguna patología en su aparato locomotor?”*
6. *“¿Alguna sugerencia para que este <Taller> llegue a buen puerto y pueda realizarse?”*

Este cuestionario le fue realizado al presidente de la Sociedad Federada de Sordos de Málaga, a la trabajadora social de la asociación, a la delegada de mayores y a otros líderes del movimiento asociativo.

La actitud de todos ante la propuesta de este Taller fue de gran entusiasmo y completa colaboración. No sólo respondieron gustosamente al cuestionario, sino que, además, me proporcionaron documentación y materiales adicionales que consideraron podrían serme útiles para la elaboración del Proyecto. Tras esta experiencia, y siguiendo las recomendaciones de los entrevistados, me decidí a pasar el cuestionario a algunos mayores presentes en la asociación para recabar de primera mano sus inquietudes y su posible participación en el Taller.

Los datos obtenidos han sido muy interesantes y enriquecedores. Dado que la última pregunta es bastante abierta, las respuestas han sido muy diversas y, aunque ha sido poco operativo, sí han servido para descubrir sus necesidades reales. Los resultados pueden resumirse en los puntos siguientes:

- En Málaga (y provincia) el número total de personas sordas se calcula en torno a las 2.500, de las cuáles 250 son socios de la SFMSM. 75 socios son mayores sordos, de los que unos 40 acuden regularmente a la asociación.

■ Ninguno de los entrevistados conoce lo que es un Taller de Movilidad ni para qué sirve, pero se muestran muy interesados en el Proyecto.

■ Con anterioridad sí se llevó a cabo una actividad similar. Consistió en un acuerdo entre la SFSM y el Ayuntamiento para que los mayores sordos pudiesen acudir a instalaciones municipales y realizar gimnasia de mantenimiento en grupo, integrados con otros mayores oyentes. Pasado un tiempo, el desinterés, la desmotivación y la falta de integración condenaron al fracaso esta experiencia.

■ Todos los encuestados se muestran interesados en que el Taller de Movilidad se ponga en marcha siempre y cuando se imparta en lengua de signos y, a ser posible, en el local de la asociación o en sus inmediaciones.

■ De forma unánime todos los mayores entrevistados comentan que padecen alguna dolencia en columna o extremidades, que afectan a su sistema musculoesquelético, que les impiden realizar con normalidad sus actividades cotidianas (AVD) y que son susceptibles de mejorar con ejercicio terapéutico.

■ En opinión de los responsables y dirigentes de la asociación sería interesante que el Taller estuviese dirigido a un grupo de población más amplio para asegurar su éxito. Si no es posible en un principio, más adelante podría ampliarse a otros grupos de edad. Además, confían en que sea un proyecto viable, con espíritu de continuidad, y no algo meramente experimental.

■ Asimismo me recuerdan que el principal problema de las personas sordas son las **BARRERAS DE COMUNICACIÓN** impuestas por la sociedad oyente, y que si esta actividad fomenta su desaparición y las relaciones interpersonales, entonces seguro contará con una gran aceptación.

Tras pasar el cuestionario he podido constatar una realidad ya conocida por mí, pero no fundamentada hasta el momento, a saber:

La principal necesidad de las personas sordas es la **COMUNICACIÓN**.

La asociación (en este caso, la SFMS) constituye un espacio físico primordial, donde las personas sordas desarrollan gran parte de su vida social, usan su lengua y se relacionan con otras personas con sus mismas inquietudes y sentimientos.

Las personas mayores constituyen un subgrupo dentro de la Comunidad Sorda malagueña con necesidades y hándicaps propios, relacionados con las patologías propias de su edad y con su bajo nivel cultural y comunicativo, ya que su acceso a la educación ha sido ínfimo y el aprendizaje de la lengua de signos ha sido tardío e informal, lo que les lleva a usar signos arcaicos. Esto les supone una barrera más para relacionarse e integrarse dentro de su propia Comunidad.

De todo lo dicho se puede extraer que las necesidades primordiales de los mayores sordos de Málaga son la comunicación, superar el aislamiento que sufren por ser sordos y mayores, y aumentar su autonomía física para realizar sus AVD. La resolución de las mismas posibilitaría una mejoría a nivel físico, psíquico y social, elevando su autoestima y mejorando su calidad de vida.

En base a estas necesidades, emanadas de las opiniones de los propios mayores sordos, se puede concluir que el “Taller de Movilidad para mayores sordos de Málaga” es una herramienta que puede resultar muy útil para combatir los problemas tanto físicos como psicosociales, de las personas mayores sordas, mejorando su estado físico en general y estimulando las relaciones interpersonales y, por ende, la comunicación en el seno de este colectivo.

A esta conclusión se llega tras interpretar los resultados del cuestionario y comprobar la ilusión y las grandes expectativas que el Taller ha despertado entre los mayores sordos.

Por todo ello, quedaría plenamente justificada la puesta en marcha de este ilusionante Proyecto.

Llegado este punto no podemos olvidar los factores que pueden obstaculizar la puesta en marcha del Taller, como podrían ser aquéllos de índole económica, logística,

recursos humanos, etc. No obstante, la ilusión y el apoyo recabados anuncian un desenlace esperanzador.

Tras los resultados obtenidos referentes a las necesidades de los mayores sordos de Málaga, se plantea la siguiente hipótesis de trabajo:

“La realización de ejercicio físico moderado, pautado y adaptado a las características de los mayores sordos de Málaga, mejorará su estado físico general y estimulará las relaciones interpersonales y habilidades comunicativas de los mismos, aumentando su autoestima y redundando en una mejora de su calidad de vida”.

Partiendo de esta hipótesis se plantea la puesta en marcha de un “Taller de Movilidad para mayores sordos”.

## **PLANIFICACIÓN**

### **OBJETIVOS DEL PROYECTO:**

El Objetivo General de este proyecto es “Diseñar y desarrollar un Taller de Movilidad con personas mayores sordas en la ciudad de Málaga”.

De este objetivo primordial se derivan los siguientes Objetivos Específicos:

- Mejorar la movilidad corporal general de las personas mayores.
- Promover la comunicación y las relaciones interpersonales.
- Estimular a los mayores sordos para que tomen conciencia de su cuerpo y comprueben las ventajas de hacer ejercicio físico.
- Aumentar las AVD que pueden realizar los mayores.

### **CONSIDERACIONES PREVIAS**

Durante la planificación de la actividad física se ha tenido en cuenta una serie de consideraciones como son: el que debe prevalecer el carácter lúdico y recreativo, evitando así la competición, y que siempre que podamos vayan destinadas a potenciar las AVD; las tareas deben ser abiertas y globales, evitar el trabajo en solitario y poner énfasis en los ejercicios en grupo; evitar las situaciones muy repetitivas y monótonas; y, como norma general, aquel ejercicio que produzca mareo o dolor debe ser sustituido por otro con el mismo objetivo, pero que no provoque tal situación contraproducente. Asimismo, se debe tener en cuenta que el trabajo debe ser de baja intensidad; que nunca hay que llegar a límites de cansancio; controlar el ritmo cardiaco; no alcanzar los límites articulares; controlar los cambios de posición y la colocación correcta del cuerpo para mantener el tono muscular adecuado; evitar la hiperlordosis lumbar para prevenir otras complicaciones; y trabajar siempre en descarga.

### **METODOLOGÍA UTILIZADA**

Se llevará a cabo una entrevista previa para seleccionar a las personas mayores susceptibles de participar en el Taller de Movilidad.

Para la realización óptima de este proyecto se han marcado unos criterios previos de exclusión relativos y absolutos (tabla 2) para poder evitar riesgos derivados del empeoramiento de patologías en las que esté contraindicado el ejercicio físico.

Antes de iniciar las sesiones se realiza una evaluación a cada uno de los componentes del grupo denominada *Pretest* (tabla 3), que contempla aspectos tanto subjetivos como objetivos. Esta evaluación sirve para observar las características físicas, cognitivas y sociales de cada sujeto y para saber el nivel desde el que se parte.

Del mismo modo, una vez acabadas las sesiones, se realizará un *Postest* (tabla 4) para volver a evaluar a cada mayor y valorar cuáles han sido sus mejorías, establecimientos o empeoramientos, así como sus opiniones acerca de esta actividad.

Ambas herramientas de evaluación (*Pretest* y *Postest*) son cualitativas, y los datos que se obtengan serán eminentemente subjetivos. Por ello, también se valorará a los mayores de forma objetiva, a través de una serie de ejercicios de evaluación que se ejecutarán junto al *Pretest* y al *Postest*:

1. Con los ojos cerrados, mantener el equilibrio estático.
2. Con los ojos cerrados, dar un paso hacia delante, hacia detrás, hacia la derecha y hacia la izquierda, según donde le toquemos.
3. Apoyo unipodal.
4. Flexión de rodilla y cadera con desplazamiento a su vez hacia delante (gesto de meterse en la bañera).
5. Persona en bipedestación, ponerse en talones (valorar tibial anterior).
6. Realizar un giro de 360°.
7. Llevar las manos a la cabeza.
8. Llevar las manos a la espalda, llegando aproximadamente a la altura de la columna dorsal.
9. Persona en sedestación, llevar la rodilla a extensión (valorar cuádriceps).
10. Persona en sedestación, llevar ambas manos hacia un pie y hacia el otro.
11. Sentarse y levantarse de una silla.

Para extraer los datos objetivos, la ejecución de los ejercicios se hará de la forma siguiente:

- Grado 0: no puede.
- Grado 1: puede, pero con mucha ayuda.
- Grado 2: puede, pero con poca ayuda.
- Grado 3: puede sin ayuda.

El taller de movilidad consistirá en realizar una serie de ejercicios programados y adaptados a las características del grupo de mayores previamente seleccionados. Se constituirán grupos de un máximo de 10 personas (que acudirán con ropa deportiva o cómoda) y el taller se llevará a cabo una vez por semana por un periodo de 3 meses. La duración de cada sesión será de 60 minutos aproximadamente estructurada en tres partes: calentamiento, parte principal y fase de vuelta a la calma.

#### Calentamiento:

El calentamiento tiene una duración aproximada de entre 10-15-20 minutos. Se realizan ejercicios estáticos de flexibilidad, con movimientos cómodos que actúan sobre músculos, tendones y ligamentos. Los ejercicios son:

1. *Caminar en círculo*, observar bien quién está delante y quién detrás. A una señal caminar en orden disperso. Después, volver a encontrar su lugar en el círculo y, sin detenerse, volver a caminar. Paulatinamente se va cambiando la forma de caminar: normal, sobre talones, puntillas,...
2. *En un extremo de la sala*. Desplazamientos en oleadas, por parejas:
  - a. Desplazarse con pasos de elefante, desplazarse con pasos de hormiga. Sin contactar con la pareja.

- b. La mitad de la clase vine desde un lado, y la otra desde otro. En el momento del encuentro, 2 palmadas con la pareja; el que hace de elefante se convierte en hormiga y a la inversa.
    - c. La pareja: cogidos de la mano, un elefante/hormiga. Cambio.
  3. *En dispersión por el espacio.* Una pinza por participante. Desplazarse libremente por el espacio. Colocarse la pinza donde cada participante desee. Se realizan diferentes acciones.
  4. *En círculo.* Una pelota por persona. La pelota adquiere un peso imaginario; los movimientos, la rapidez de ejecución y la intensidad estarán en función de ese peso.

### Parte principal:

La parte principal tiene una duración aproximada de entre 20 y 30 minutos. En ella se realizan ejercicios de flexibilidad con mayor intensidad, alternándolos a su vez con trabajo de fuerza y fuerza resistencia, siendo fundamental el trabajo de resistencia aeróbica. En esta segunda parte ya se distingue entre los ejercicios dirigidos a miembros superiores, miembros inferiores y cuello, junto con sus correspondientes ejercicios de coordinación. Los ejercicios son repetidos 10 veces cada uno, exceptuando los ejercicios de cuello que se repiten una sola vez. Los ejercicios son:

#### *Manos*

1. Desde el pulgar se van cerrando, uno tras otro, los dedos de la mano y después, desde el meñique, se vuelven a abrir. Después, empezando por el meñique.
2. Apertura y cierre de todos los dedos a la vez.

#### *Muñecas*

1. Se realizarán las distintas posibilidades de movimiento de la muñeca: flexión dorsal, flexión palmar, desviación cubital, desviación radial y circunducción. Los codos deben estar en flexión y pegados al cuerpo.

### *Codos*

1. Sentados de forma erguida, sin apoyarse, en una silla. Los pies están en reposo: los brazos están estirados hacia delante a la altura de los hombros, las palmas de las manos están hacia abajo. Ambas manos son llevadas, una tras otra o simultáneamente, hacia el hombro correspondiente y deben tocarlo. Volvemos a la misma posición de inicio.
2. El mismo ejercicio se puede realizar con los brazos abiertos lateralmente.

### *Hombros*

1. Sentados en una silla sin apoyarse. Las manos tocan la parte superior de los hombros y los brazos cuelgan a los lados del cuerpo. Elevar lateralmente (hasta la altura de los hombros) y se llevan hacia delante. Después separar los brazos y bajarlos nuevamente a la posición inicial.
2. Sentados en una silla. Las manos colocadas sobre los muslos, levantar los hombros y dejarlos caer.
3. Misma posición y realizar giros hacia delante y hacia atrás.
4. Dar una palmada hacia arriba y después se da una palmada delante.

### *Ejercicios de coordinación de miembros superiores*

1. Sentados en una silla. Brazos a ambos lados del cuerpo y codos flexionados, una palma de la mano mira hacia arriba y la otra hacia abajo y cambiamos. Cambiamos la velocidad.
2. Ordenar una secuencia: brazos abajo, brazos abiertos, brazos arriba, brazos abiertos, brazos delante, brazos abiertos, brazos abajo...Cambiando la velocidad.

### *Pies*

1. Sentados en una silla y la pierna ligeramente elevada, el pie se mueve hacia un lado y hacia otro (sin mover la articulación de la rodilla); describir círculos con el pie en ambos sentidos.

2. Sentados en una silla con las piernas apoyadas en el suelo, realizamos flexión dorsal y flexión plantar del pie (hacemos puntilla y talones).

### *Rodilla*

1. Sentados en una silla. Pueden colocar los brazos estirados lateralmente o colocar las manos en la silla: realizar flexión y extensión de rodillas.

### *Cadera*

1. Sentados y piernas ligeramente elevadas, hacer el movimiento de las tijeras cruzando las piernas una por encima de la otra.
2. Sentados y piernas ligeramente elevadas, llevar una pierna arriba y la otra abajo, alternativamente.
3. Simple flexión de cadera con rodilla flexionada.
4. Colocados de pie, frente al respaldo de la silla y se sujetan con ambas manos. Se llevan ambas piernas, primero se hace con una y luego con la otra, a la abducción de cadera con rodillas extendidas, manteniéndolas en el aire. En la misma posición, se llevan las piernas a la extensión de cadera (con rodillas extendidas, llevarlas hacia atrás). Cambiando la posición y colocándose de espaldas al respaldo de la silla, sujetándose en él con ambas manos, se llevan las piernas, primero con una y luego con la otra, a la flexión de cadera (rodillas extendidas y se lleva hacia delante).

### *Ejercicios de coordinación de miembros inferiores*

1. Colocados de pie lateralmente al respaldo de la silla, ordenar una secuencia: pierna arriba (rodilla flexionada), pierna abajo (extensión de rodilla), pierna delante, detrás, pierna hacia fuera y hacia dentro. Repetimos cambiando la velocidad del ejercicio.

### *Ejercicios de coordinación de miembros inferiores y superiores*

1. En bipedestación y con los pies juntos abrir la pierna derecha lateralmente, llevarla al centro, abrir la pierna izquierda de igual forma y terminar en el centro. Repetimos la misma secuencia de forma continuada. Realizar el mismo ejercicio anterior pero ahora coordinado con miembros superiores, de forma que al abrir la pierna derecha, abrimos ambos brazos en cruz, al llevarla al centro, llevamos ambos brazos arriba, al abrir la pierna izquierda, nuevamente llevamos los brazos en cruz, al regresar al centro, colocamos los brazos extendidos a lo largo del cuerpo. Repetimos la misma secuencia de forma continuada.
2. En bipedestación, dar tres pasos hacia delante, hacer flexión de cadera y rodilla con una pierna y tocamos la rodilla de ésta con la mano contraria. Realizamos lo mismo hacia detrás pero con la mano contraria.

### *Cuello*

1. Llevar cabeza hacia delante, posición inicial, llevar cabeza hacia atrás y recobrar de nuevo la buena postura de la cabeza.
2. Inclinación lateral de la cabeza hacia un lado, posición inicial y hacia el lado contrario, para volver nuevamente a la posición de partida.
3. Se realiza un movimiento de giro con la cabeza hacia la derecha y la izquierda, pasando antes por la posición de inicio.

### Ejercicios de vuelta a la calma:

La duración de la vuelta a la calma es de entre 5 y 10 minutos. El objetivo fundamental de esta fase es finalizar la sesión con la misma intensidad con la que se había comenzado, volviendo a las pulsaciones que se tenían al principio de la sesión.

Los contenidos son ejercicios de respiración, ejercicios de relajación y de flexibilidad (haciendo autoestiramientos). Los ejercicios de respiración son repetidos 3 veces cada uno de ellos. Los ejercicios utilizados son:

1. *Respiración diafragmática.*
2. *Respiración costal lateral y superior con elevación del brazo homolateral.*

3. *Los mayores están de pie y con los brazos a lo largo del cuerpo, se hace una autoelongación del cuerpo completa, como si quisiéramos crecer.*
4. *Relajación de miembros superiores: agitar los brazos.*
5. *Relajación de miembros inferiores: agitar las piernas.*

Todas las evaluaciones y explicaciones de las actividades se harán en lengua de signos española para facilitar el correcto entendimiento de las mismas por los mayores sordos.

## **UBICACIÓN, INSTALACIONES Y RECURSOS MATERIALES**

Las sesiones del taller de movilidad se llevarán a cabo, a ser posible, en el local de la Sociedad Federada de Sordos de Málaga o, en caso de no poder ser acondicionadas, en otras instalaciones deportivas o similares que cumplan unos requisitos mínimos de seguridad y confort:

- Espacio suficiente para desarrollar la sesión (40m<sup>2</sup>).
- Buena iluminación (luz natural si es posible) y bien ventilada.
- Suelo antideslizante.
- Que existan aseos y duchas adaptados, así como un botiquín disponible.
- Disponibilidad de material diverso para la realización de actividades: sillas, colchonetas, balones, globos, palos terapéuticos, etc.
- Retroproyector de transparencias.

## **RECURSOS HUMANOS**

Para llevar a cabo las sesiones del Taller de Movilidad sería conveniente la elección de un fisioterapeuta competente en lengua de signos española y conocedor de la Comunidad Sorda; o bien, un fisioterapeuta y un intérprete de lengua de signos que tradujese lo explicado por aquél.

## **TEMPORALIZACIÓN**

El proyecto de intervención denominado “Taller de Movilidad para mayores sordos de Málaga” se ejecutará en tres fases bien diferenciadas:

1. Fase de difusión-selección: Durante la que se dará publicidad a la actividad, se seleccionarán a los candidatos, valorándolos y se organizarán los horarios y composición del/los grupo/s de mayores sordos.
2. Fase de ejecución: Se prevé de unos 3 meses de duración, durante la que se llevarán a cabo los talleres estructurados y adaptados a los mayores.
3. Fase de evaluación: Se volverán a valorar a los mayores y se hará una evaluación general de los resultados obtenidos.

## **EJECUCIÓN DEL PROYECTO:**

Desafortunadamente, tras incesantes intentos no me ha sido posible llevar a la práctica este Proyecto. A día de hoy todavía está en fase de presentar el borrador a la Junta Directiva de la Sociedad Federada de Sordos de Málaga (SFSM).

Diversos acontecimientos han impedido que hasta la fecha no haya sido posible poner en marcha este ilusionante Taller: La celebración en este año 2006 del 50 aniversario de la creación de esta Asociación ya retrasó en un principio mi entrevista con los responsables de la misma para exponerles mi idea y pedir consejo y orientación sobre las necesidades de los mayores sordos y sobre las posibilidades reales de llevar el Proyecto a buen puerto.

Una vez realizada esta primera toma de contacto llegó el verano, y con él, el parón estival, que en este caso se agravó con que el presidente estaba de luna de miel y que, además, en agosto, muchos trabajadores de la SFSM finalizaron contrato, con lo cuál cualquier trámite administrativo quedó aplazado hasta nueva orden (mediados de septiembre). Esto, unido a mi limitación horaria para acercarme a la SFSM por incompatibilidad horaria con mi trabajo, ha impedido que haya podido llevarlo a cabo hasta la fecha.

En cualquier caso, una vez se solucionen los inconvenientes surgidos y se normalice la situación, es más que probable que pueda presentar el Proyecto y me permitan llevarlo a cabo en su totalidad.

Los pasos a seguir serían:

- Presentación del proyecto “Taller de Movilidad para mayores sordos de Málaga” ante la Junta Directiva de la Sociedad Federada de Sordos de Málaga para su toma en consideración y posterior aprobación. Esta presentación se llevaría a cabo de forma signada ante la Junta, con una duración de 10-15 minutos

aproximadamente, y con la entrega de una copia del proyecto en formato papel y/o soporte informático.

- Tras su aprobación por la Junta Directiva se llevaría a cabo su divulgación mediante carteles y charlas informativas en lengua de signos española, ambos en la Asociación, para explicar en qué consiste el Taller, animarles a participar e informarles de a quién va dirigido y a quién no.
- Pasarles el Pretest a los participantes elegidos y seleccionarlos en función de si cumplen los criterios de exclusión establecidos.
- Una vez seleccionados, se establecerán los grupos y los horarios en función del número de personas que participen y la disponibilidad de espacio.
- Ejecución del Taller de Movilidad: de unos 3 meses de duración, a razón de 1 vez a la semana, durante 60 minutos al día, aproximadamente, cada grupo.
- Cada sesión consta de 3 partes: calentamiento, parte principal, y vuelta a la calma.
- Transcurridos los 3 meses se les pasaría el Postest y se proseguiría al análisis de los resultados obtenidos.
- Tanto el Pretest como el Postest serían realizados por el fisioterapeuta con dominio de la lengua de signos española, o bien con el apoyo del intérprete.
- Tras analizar los resultados, se llevaría a cabo una evaluación del Taller y del Proyecto en función, principalmente de la consecución o no de los objetivos propuestos y de la satisfacción de los mayores.

# EVALUACIÓN

De llevarse a cabo este Proyecto se valorará los resultados obtenidos y, en consecuencia, si se han conseguido los objetivos propuestos y, por ende, se corrobora la hipótesis de trabajo planteada en el Proyecto.

Es decir, se valorará principalmente:

- la mejoría física de los mayores
- la mejoría de las relaciones interpersonales y de comunicación
- si el ejercicio físico ha aportado alguna mejoría en la realización de las AVD

Todos estos aspectos serán valorados por el fisioterapeuta competente en LSE, o con ayuda del intérprete, mediante el Pretest y el Postest que les realiza al inicio del Proyecto y al finalizar el mismo.

En ambos tests se diferencian dos partes:

- una en la que se hace una valoración subjetiva
- otra en la que la valoración es objetiva.

La valoración subjetiva se hace con las primeras 5 preguntas de los tests. La objetiva se lleva a cabo con la pregunta número 6 de cada test, en la que se puntúa el grado de realización de unos ejercicios. Dichos ejercicios son los mismos al inicio y al final del Proyecto.

# **CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA**

En principio, aun sin haber podido llevar a cabo la puesta en práctica del Taller de Movilidad, se pueden extraer unas conclusiones preliminares muy interesantes, que pueden servir de base para futuros proyectos de intervención socioeducativa:

- Las personas sordas sufren discriminación social. Entre ellas, los mayores son doblemente vulnerables.
- La principal necesidad de los mayores sordos es la supresión de las BARRERAS DE COMUNICACIÓN, impuestas por la sociedad oyente.

En el caso de que los resultados obtenidos corroborasen la hipótesis de trabajo (que es lo más probable, pero todavía no se puede demostrar) se podrían extraer las siguientes conclusiones:

- El ejercicio físico moderado, pautado y adaptado a los mayores sordos se confirma como una herramienta muy útil para la mejora de la condición física de los mayores sordos
- El Taller de Movilidad ha mejorado la comunicación y las relaciones interpersonales entre los participantes en el proyecto.
- Este Taller ha propiciado un espacio donde compartir experiencias, inquietudes y tiempo entre mayores sordos, ahondando y mejorando las relaciones entre ellos.
- El ejercicio ha hecho posible la realización de más AVD.

En referencia al Proyecto en sí se extraen conclusiones muy útiles e inesperadas:

El Proyecto de Intervención Socioeducativa se ha revelado como una herramienta muy útil y dinámica en sí misma. El propio proceso de realización del mismo permite casi desde un principio ir adaptándose a la realidad analizada. En este caso, lo que comenzó como una idea de Escuela de Espalda, se amplió a un concepto más amplio de Taller de Movilidad, con el fin de dar un mejor fin al mismo, ya que se tuvo en cuenta el análisis previo de las necesidades reales expresadas por los potenciales destinatarios de este Proyecto. Es por esto que las entrevistas previas (sondeo inicial) han demostrado ser muy útil y encauzar el Proyecto hacia unos objetivos más reales y cercanos a los mayores sordos de Málaga. Incluso, pareció desvirtuarse el objetivo principal del Taller (enfocado desde una perspectiva de mejoría física, desde un criterio eminentemente fisioterápico), no obstante, ha ocurrido lo contrario, ya que ante la necesidad primordial de COMUNICARSE de los mayores sordos, el Taller ha servido para intentar cumplir con ambos objetivos: el físico y el sensorio-relacional.

Aunque no se disponga de datos fiables de este Taller se puede afirmar, sin temor a equívoco, que el Taller de Movilidad para mayores sordos de Málaga mejora la condición psíco-física de los que en él participan.

Ante estas conclusiones previsiblemente positivas es de recibo **PROPONER:**

1. La promoción de futuros Proyectos Socioeducativos en la misma línea que este Taller de Movilidad, para dar mayor fiabilidad científica a los resultados y poder extrapolar las conclusiones a otros grupos de población.
2. Estimular a nuestros mayores, sordos y oyentes, a que participen en este tipo de actividades que, casi con toda seguridad, les sacarán de la rutina.
3. Ahondar en el acercamiento y el conocimiento de la Comunidad Sorda y de sus mayores, porque son un mundo nuevo y fascinante por descubrir.
4. Un mayor estudio y acercamiento a nuestros mayores en general, porque conocerlos, que nos cuenten sus experiencias, sus miedos y su sabiduría nos ayudará a afrontar con dignidad el paso de los años, a comprender mejor al ser humano y a disfrutar al máximo el tiempo que vivimos.

# **BIBLIOGRAFÍA**

- ❖ ANDREOLA, BALDUINO A. (1984): Dinámica de grupo. Maliaño (Cantabria): Editorial Sal Terrae.
- ❖ ARAGÓN ORTEGA, JOAQUÍN (2004): Comunidad Sorda. Trabajo asignatura Antropología cognitiva y simbólica de la Licenciatura de Antropología. Granada: UGRA.
- ❖ ASPANSOR (1994): ¿Cómo relacionarse con un sordo? Málaga: CEDMA.
- ❖ CNSE (1999): Psicología de la Comunidad Sorda. Madrid: Ed. CNSE.
- ❖ CNSE (2000): Las personas sordas en España. Situación actual. Necesidades y demandas. Madrid: Ed. CNSE.
- ❖ CNSE (2001): Medidas para el reconocimiento legal de la lengua de signos. Madrid: Ed. CNSE.
- ❖ ECODA (1984): La audición de su hijo: consejos a los padres. Madrid: Gráficas Nilo.
- ❖ EXPÓSITO ESCALONA, G. y FERNÁNDEZ CANO, E. (2005): “Una experiencia de terapia física colectiva preventiva destinada a personas mayores sanas”, en *Cuestiones de Fisioterapia*, 29. Pp. 33-80.
- ❖ FUNDACIÓN CNSE (2003): Fundación CNSE al servicio de la Comunidad Sorda. Madrid: Fundación CNSE.
- ❖ MORENO RODRÍGUEZ, ANA (2002): La Comunidad Sorda. Aspectos psicológicos y sociológicos. Madrid: Fundación CNSE. 1ª edición.
- ❖ PÉREZ SERRANO, GLORIA (2004): Técnicas de dinamización social. Madrid: UNED.
- ❖ PÉREZ SERRANO, GLORIA (2004): Elaboración de proyectos sociales. Casos prácticos. Madrid: Narcea, S.A. Ediciones.
- ❖ PÉREZ SERRANO, GLORIA (2004): ¿Cómo intervenir en personas mayores?. Madrid: Editorial Dykinson, S.L.
- ❖ SÁRRATE CAPDEVILLA, Mª LUISA (2006): Atención a las personas mayores. Intervención práctica. Madrid: Editorial Universitas, S.A.

# **ANEXOS**

## **TABLA 2**

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN ABSOLUTOS**

- Infecciones e inflamaciones agudas.
- Insuficiencias graves.
- Cardiopatías graves.
- Hipertensión arterial no controlada.
- Enfermedades que perturben el equilibrio.
- Enfermedades metabólicas no controladas.
- Procesos tumorales malignos.
- Personas con demencia severa.
- Embolias recientes.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN RELATIVOS**

- Enfermedades infecciosas crónicas.
- Enfermedades vasculares compensadas.
- Arritmias.
- Existencia de marcapasos.
- Varices graves.
- Medicamentos (betabloqueantes).
- Alteraciones neuromusculares.
- Artritis, artrosis deformantes.
- Isquemia cerebral transitoria.
- Antecedentes de traumatismo craneal.
- Cirugía en cabeza o columna vertebral.
- Obesidad desmedida.
- Osteoporosis.
- Disminuciones graves de vista.
- Alteraciones musculoesqueléticas que dificulten la actividad motriz.
- Personas con convulsiones o epilepsia.

### TABLA 3

#### PRETEST

Nombre:

Apellidos:

Edad:

- 1) ¿Tiene usted contraindicado el ejercicio físico por el médico?
  - Sí
  - No
  
- 2) ¿Hace algún tipo de deporte o ejercicio físico?
  - Sí
  - No
  - ¿Cuál?...
  
- 3) ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad importante (infarto de miocardio, hipertensión, hipotensión)?
  - Sí
  - No
  - ¿Cuál/les?...
  
- 4) ¿Cuál/les de estas actividades puede usted realizar por sí mismo? Marcar con una X:
  - Comer
  - Vestirse
  - Asearse
  - Subir y bajar escaleras
  - Hacer las tareas domésticas
  - Hacer la compra
  - Dar un paseo
  - Otros:...
  
- 5) ¿Se encuentra con ánimo para desarrollar algún tipo de ejercicio físico?
  - Mucho
  - Poco
  - Ninguno
  
- 6) Ejercicios de evaluación

## TABLA 4

### *POSTEST*

Nombre:  
Apellidos:  
Edad:

- 1) ¿Ha notado algún cambio tras haber realizado estos talleres?
  - Sí, me siento más ágil para desarrollar las AVD
  - Sí, estoy más animado/a
  - No, no he notado ninguna mejoría
- 2) ¿Le parecen interesantes los talleres de movilidad que se han realizado?
  - Sí
  - No
- 3) ¿Cree que deberían continuar o hacerse más a menudo?
  - Sí
  - No
- 4) ¿Durante la ejecución de estos talleres ¿ha tomado conciencia de que el ejercicio físico favorece tanto su forma física como anímica?
  - Mucho
  - Poco
  - Nada
- 5) Con estos talleres, ¿cree usted que se ha fomentado la comunicación y las relaciones interpersonales en el seno del grupo?
  - Sí
  - No
- 6) Ejercicios de evaluación: