

**UNIVERSITARIO EN INTERVENCIÓN EN
CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS MAYORES**

PROYECTO DE INTERVENCIÓN EN PERSONAS MAYORES

CENTRO DE DÍA:

"LA MELODÍA DE LA VIDA". ASISTENCIA DOMICILIARIA

AUTORA: MARÍA ANTONIA SERRANO GARCÍA

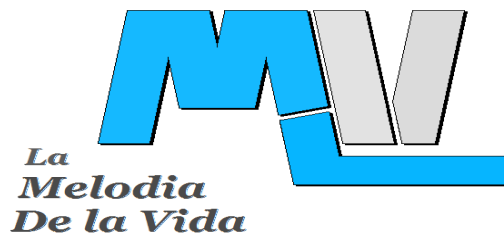
DNI: 07223349S

DIRECCIÓN ELECTRÓNICA: mariaserra65@yahoo.es

TELÉFONO MÓVIL: 692094442

CURSO ACADÉMICO 2013-2014

Centro de día



INDICE

1.- FUNDAMENTO DEL PROYECTO

- 1.1.- Elección del tema del Proyecto de Intervención
- 1.2.- Elaboración del marco teórico del proyecto

2.- DISEÑO Y PLANIFICACIÓN

- 2.1.- Análisis de la realidad
- 2.2.- Planificación del proyecto
- 2.3.- Valoración de esta fase

3.- APLICACIÓN Y DESARROLLO

- 3.1.- Ejecución del proyecto

4.- REFLEXIÓN Y VALORACIÓN

- 4.1.- Evaluación del proyecto
- 4.2.- Conclusiones y propuestas del proyecto

INTRODUCCIÓN

En primer lugar y a modo de introducción quisiera decir que mi objetivo con este curso es el obtener los conocimientos necesarios para poder llevar a cabo el funcionamiento de una pequeña empresa basada en un centro asistencial a domicilio a personas discapacitantes, independientemente de la edad que tengan, como si de un centro de día se tratase.

Ofrecerles terapias integrales para así mejorar la calidad de vida de mi cliente.

Al no disponer de recursos económicos para la puesta en marcha de mi centro de día a domicilio, he de pedir a los organismos competentes ayudas para poder iniciar este proyecto. Uno de los requisitos que me piden es presentar un proyecto de investigación, para ver la viabilidad o no de la financiación y de dicho proyecto.

Por tanto mi proyecto de intervención de este curso postgrado en Experto Universitario en Intervención en calidad de vida en personas mayores, tendrá su origen en una investigación constituyendo ésta la primera fase de una intervención.

Quiero matizar, como Estadístico que soy aparte de terapeuta, que la principal diferencia entre un proyecto de investigación y uno de intervención es la finalidad perseguida, en un proyecto de investigación el objetivo que se persigue es conocer una realidad particular, mientras que los proyectos de intervención se orientan a producir modificaciones sobre una situación determinada. Esta diversidad de finalidades es la que motiva las diferencias en la organización de las fases de ambos tipos de proyecto.

El proyecto de investigación se llevará a cabo con los resultados obtenidos en un sondeo a través de la elaboración de un cuestionario para ver la importancia que tiene la terapia integral a domicilio para así mejorar la calidad de vida en pacientes discapacitantes y en base a esos resultados obtenidos, procederé a realizar el proyecto de intervención.

Dicho esto, comienzo mi proyecto de investigación describiendo mi público objetivo común para la realización del proyecto de intervención en calidad de vida en personas mayores.

Para ver la viabilidad del proyecto elaboro un cuestionario para ver qué opinan las familias que tienen un familiar discapacitante, y en base a estas opiniones comprobar si mi proyecto es posible y se pudiera llevar a cabo, no quedando solo como una fantasía y sueño ideal. Aquí es donde empiezo el proyecto de investigación cuya finalidad es conocer una realidad.

Formulo un cuestionario para la recogida de datos y así seleccionar una muestra, dentro de la población seleccionada. El cuestionario se reparte en viviendas de zona de Salamanca, Retiro, Prosperidad, Arguelles, Pacífico, Guindalera, Chamberí, Castillejos (Tetuán) y Vallecas.

CUESTIONARIO ELABORADO PARA OBTENER INFORMACIÓN SOBRE QUE OPINA LA GENTE DE UNA REHABILITACIÓN INTEGRAL A DOMICILIO

CENTRO DE DÍA: " LA MELODIA DE LA VIDA " ASISTENCIA DOMICILIARIA

" El hombre no envejece por edad, sino por enfermedad "

"Con el mismo cariño que a un niño le ayudamos a crecer, a nuestros mayores les ayudamos a envejecer"

por María A. Serrano

INTRODUCCIÓN E INSTRUCCIONES PARA LA REALIZACIÓN DE DICHO CUESTIONARIO

El objetivo de este cuestionario es recabar información sobre la población objetivo del proyecto que pretendo llevar a cabo, CENTRO DE DÍA " LA MELODÍA DE LA VIDA ", CUYA ASISTENCIA SERÁ PURAMENTE DOMICILIARIA BASADA EN UNA ATENCIÓN INTEGRAL A LA PERSONA DISCAPACITANTE MAYOR DE 65 AÑOS, para así proporcionales una mejor calidad de vida.

Entendemos por población objetivo, como el conjunto de personas a los cuales se les pretende solucionar el problema o necesidad, a través de un proyecto de intervención.

Mi proyecto estará dirigido a personas mayores de 65 años que viven en su domicilio habitual en barrio de Salamanca y barrios colindantes de Madrid capital, que sean discapacitantes por patologías debidamente diagnosticadas que afecten a uno o varios sistemas, tales como locomotor, neurológico, oftálmico, cardiovascular, respiratorio, digestivo, oncológico, psiquiátricos y otros.

Dicho cuestionario deberá ser cumplimentado por el propio paciente diagnosticado, que esté en plenas facultades mentales o bien por cuidadores o familiares que convivan con la persona, objeto de estudio.

También podrá ser cumplimentado por aquellas personas que hayan tenido un terapeuta a nivel particular en su domicilio para tratar a algún familiar afectado de alguna patología, en este caso se ruega se especifique, en el apartado información adicional, duración del servicio, ventajas e inconvenientes que han encontrado en este tipo de servicio, así como una opinión objetiva sobre la terapia integral en su familiar.

Una vez reunida la información del público objetivo, seleccionaré una muestra de pacientes con los que llevaré a cabo mi proyecto de intervención, para poder contrastar resultados de mejora o no en la calidad de vida de cada uno de ellos, tras haber realizado un duro trabajo debidamente planificado en función de sus necesidades y directamente en sus domicilios. El resultado se obtendrá por informes de los distintos doctores encargados de llevar las revisiones, evoluciones y progresos, así como de informes realizados por los familiares. Según estos informes, podremos comprobar cuán importante es una rehabilitación integral en el domicilio, para así mejorar la calidad de vida no solo del propio paciente, sino también de la propia familia.

Para ayudar a entender cada pregunta, realizaré una breve descripción de cada enfermedad para así encuadrar correctamente la patología que se solicita. El encuestado, deberá rodear con un círculo aquella enfermedad que padezca.

Nota: Este cuestionario irá dirigido exclusivamente a personas a partir de 65 años. A cumplimentar por la familia y/o cuidador, en caso que el paciente no se halle en plenas facultades mentales. Si las facultades mentales se encuentran conservadas, deberá cumplimentar el cuestionario, el paciente en cuestión.

Solo le llevará unos minutos, si no entendiera algo pregunte a su familiar o persona encargada de su cuidado.

Una vez dicho esto, procedemos a elaborar el siguiente cuestionario, teniendo en cuenta las normas de cumplimentación del mismo.

1-DATOS PERSONALES (donde * son datos obligatorios a rellenar)

Nombre y dos apellidos.....

SEXO*

EDAD*

ESTADO CIVIL*

A. CASADO/A

B. VIUDO/A

C. DIVORCIADO/A O SEPARADO/A

D. PAREJA DE HECHO

E. SOLTERO/A

NACIONALIDAD*.....

.....

PROFESIÓN. EN CASO DE ESTAR JUBILADO, DECIR A QUE SE HA DEDICADO EN SU VIDA LABORAL

.....

.....

LUGAR

DE

RESIDENCIA.....

.....

BARRIO

VIVIENDA*

.....

2.- SITUACIÓN LABORAL ACTUAL

A. BAJA LABORAL POR ENFERMEDAD

B. JUBILACIÓN POR INCAPACIDAD LABORAL

C. JUBILACIÓN POR EDAD

D. ME MANTENGO ACTIVO/ A HACIENDO TAREAS DOMESTICAS A PESAR DE LA EDAD

PUES MI PATOLOGÍA ME PERMITE SEGUIR SIENDO AMO/A DE CASA.

3.- CON QUIÉN CONVIVE LA PERSONA DISCAPACITANTE ?

A. SOLO/A

B. CON CONYUGE

C. CON FAMILIA (HIJOS, SOBRINOS, NIETOS...)

D. CON CUIDADOR/A

E. CON CONYUGE, ALGÚN MIEMBRO FAMILIA Y CON CUIDADORES.

4.- PATOLOGÍAS DIAGNOSTICADAS

En caso que haya sido diagnosticado de alguna enfermedad, rodee con un círculo a que sistema le afecta, en caso que padezca varias, rodee con un círculo aquellas.

A. ENFERMEDADES QUE AFECTEN AL APARATO LOCOMOTOR. Es el aparato que nos permite movernos y trasladarnos de un lugar a otro (locomoción). Está constituido por el sistema esquelético y por el sistema muscular. Las enfermedades que afectan al sistema locomotor son: ARTROSIS, ARTRITIS, ARTRITIS REUMATOIDE, OSTEOPOROSIS, DISTROFIA MUSCULAR, RAQUITISMO, FIBROMIALGIAS, LESIONES QUE AFECTEN A LA COLUMNA VERTEBRAL. etc.

B. ENFERMEDADES PSQUIATRICAS, Depresiones, delirios, trastorno bipolar, esquizofrenia, confusión, fobias....

C. CARDIOVASCULAR.- Según la OMS (Organización Mundial de la Salud, Las enfermedades cardiovasculares (ECV), es decir, del corazón y de los vasos sanguíneos, son:

- La cardiopatía coronaria – enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan el músculo cardíaco (miocardio)
- Las enfermedades cerebrovasculares – enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro
- Las arteriopatías periféricas – enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan los miembros superiores e inferiores (brazos y piernas)
- La cardiopatía reumática – lesiones del miocardio y de las válvulas cardíacas debidas a la fiebre reumática, una enfermedad causada por bacterias denominadas estreptococos
- Las cardiopatías congénitas – malformaciones del corazón presentes desde el nacimiento.
- Las trombosis venosas profundas y embolias pulmonares – coágulos de sangre (trombos) en las venas de las piernas, que pueden desprenderse (émbolos) y alojarse en los vasos del corazón y los pulmones.

D. ENFERMEDADES QUE AFECTEN AL APARATO RESPIRATORIO. Según el servicio de la Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU y el Instituto Nacional de la Salud (INS), las enfermedades que afectan al aparato respiratorio son aquellas que impiden que los pulmones trabajen apropiadamente. Y ello pueda crear cierta discapacidad en las personas que las padecen. Existen tres tipos principales de enfermedad pulmonar (neumopatía):

- Enfermedades de las vías respiratorias: estas enfermedades afectan a los conductos (vías aéreas o respiratorias) que permiten que el oxígeno y otros gases entren y salgan de los pulmones. Estas enfermedades causan un estrechamiento u obstrucción de las vías respiratorias y abarcan asma, enfisema, bronquiectasia y bronquitis crónica. Las personas con enfermedades de las vías respiratorias con frecuencia dicen que sienten como si "trataran de exhalar a través de una pajilla".
- Enfermedades del tejido pulmonar, afectan la estructura del tejido pulmonar. La cicatrización o la inflamación del tejido hace que los pulmones no se puedan expandir totalmente ("enfermedad pulmonar restrictiva"). Esto hace que para los pulmones sea más difícil inhalar oxígeno (oxigenación) y liberar dióxido de carbono. Las personas con este tipo de trastorno pulmonar a menudo dicen que sienten como si "llevaran puesto un suéter o un chaleco demasiado

apretado" que no les permite tomar una respiración profunda. La fibrosis pulmonar y la sarcoidosis son ejemplos de enfermedades del tejido pulmonar.

- Enfermedades de la circulación pulmonar: afectan los vasos sanguíneos en los pulmones. Son causadas por coagulación, cicatrización o inflamación de dichos vasos. Estas enfermedades afectan la capacidad de los pulmones para captar oxígeno y liberar dióxido de carbono e igualmente pueden afectar la actividad cardíaca.

Muchas enfermedades pulmonares involucran una combinación de estos tres tipos.

Las neumopatías más comunes abarcan:

- Asma, (El asma es una enfermedad crónica que afecta las vías respiratorias. Las vías respiratorias son tubos que llevan el aire hacia dentro y fuera de los pulmones. Si padece de asma, las paredes internas de sus vías respiratorias se inflaman y se estrechan. Eso las hace muy sensibles y pueden reaccionar fuertemente a aquellas cosas a las que usted es alérgico o encuentra irritantes. Cuando las vías respiratorias reaccionan, se estrechan y los pulmones reciben menos aire.)

- Atelectasia (Es el colapso de una parte o (conmenor frecuencia) de todo el pulmón)

- Bronquitis

- EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), (La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) dificulta la respiración. Los tipos principales de EPOC son la bronquitis crónica y el enfisema. La causa principal de esta enfermedad es la exposición prolongada a sustancias que irritan y dañan los pulmones, en general, el humo de cigarrillo. Sin embargo, la contaminación ambiental, vapores químicos y polvo también pueden causarla.)

- Enfisema, (El enfisema es un tipo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en donde los alveolos, las bolsitas de aire de los pulmones, se dañan. Como consecuencia, su cuerpo no recibe el oxígeno que necesita. El enfisema hace que sea difícil recuperar el aliento. También le puede causar tos crónica y dificultades para respirar durante el ejercicio.)

- Cáncer pulmonar

- Neumonía, (La neumonía es una inflamación del pulmón, causada generalmente por una infección. Tres causas comunes son bacterias, virus y hongos.)

- Edema pulmonar, (Es una acumulación anormal de líquido en los alvéolos pulmonares, espacios de aire en los pulmones, que lleva a que se presente dificultad para respirar.)

- Neumotórax (El colapso pulmonar ocurre cuando el aire escapa del pulmón. El aire luego llena el espacio por fuera del pulmón, entre éste y la pared torácica. Esta acumulación de aire ejerce presión sobre el pulmón, así que éste no se puede expandir tanto como lo hace normalmente cuando usted inspira.)

- Émbolo pulmonar, (Es una obstrucción de una arteria en los pulmones ya sea por grasa, aire, coágulo sanguíneo o células tumorales.

E. ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS, Las enfermedades neurológicas son trastornos del cerebro, la médula espinal y los nervios de todo el cuerpo. En conjunto, esos órganos controlan todas las funciones del cuerpo. Cuando algo funciona mal en alguna parte del sistema nervioso, es posible que tenga dificultad para moverse, hablar, tragar, respirar o aprender. También puede haber problemas con la memoria, los sentidos o el estado de ánimo.

Existen más de 600 enfermedades neurológicas. Los tipos más reconocidos incluyen:

- Enfermedades causadas por genes defectuosos, tales como la enfermedad de Huntington y la distrofia muscular

- Problemas con el desarrollo del sistema nervioso, tales como la espina bífida

- Enfermedades degenerativas, en las cuales las células nerviosas están dañadas o mueren, tales como las enfermedades de Parkinson y Alzheimer
- Enfermedades de los vasos sanguíneos que abastecen el cerebro, tales como los derrames cerebrales, ictus.
- Lesiones en la médula espinal y el cerebro
- Trastornos convulsivos, tales como la epilepsia
- Cáncer, tales como los tumores cerebrales
- Infecciones, tales como la meningitis

F. ONCOLÓGICOS, Todo tipo de canceres

G. OFTALMOLÓGICAS (ENFERMEDADES QUE AFECTAN A LA VISIÓN)

H. OTRAS, ENFERMEDADES QUE NO ESTÉN ENGLOBALADAS EN NINGÚN APARTADO ANTERIOR.

ESPECIFICAR

CUAL.....

5.-TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PARA TRATAR / PALIAR SÍNTOMAS DE LAS ENFERMEDADES QUE PADECE, DEBIDAMENTE PRESCRITOS POR SU MÉDICO. Aquí deberá señalar con un círculo la respuesta que más se ajuste a su situación, para tratar sus patologías. No especificar nombres de medicamentos, sólo número total de medicamentos que toma al día (Síndrome Geriátrico : polifarmacia) incluyendo los suplementos vitamínicos.

Según el farmacéutico Leonardo Arriagada R. de la Universidad Andrés Bello (Chile) se considera polifarmacia al uso concurrente de varios medicamentos, número excesivo de fármacos incluyendo suplementos dietéticos, medicinas complementarias y alternativas..la mayoría de los estudios definen este número excesivo como 5 o más principios activos).

- A. Ningún medicamento
- B. DE 1 a 3 medicamentos al día
- C. DE 4 a 6 medicamentos al día
- D. Más de 6 medicamentos al día

6.-HA RECIBIDO EN ALGUNA OCASIÓN TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO TAL COMO DE REHABILITACIÓN Y/O TERAPIA PARA TRATAR SU ENFERMEDAD?

- A. SI, especificar qué tipo de terapia o rehabilitación recibió y donde
 - A1.- En casa con una persona debidamente preparada
 - A2.- En centro especializado
- B. NO, nunca he recibido ningún otro tratamiento que no haya sido mediante tratamiento farmacológico.

7.-CREE USTED QUE ES IMPORTANTE REALIZAR UNA TERAPIA INTEGRAL en una persona afectada de diversas enfermedades, APARTE DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO? (considerando terapia integral, como aquel tratamiento que integra todos los aspectos del ser humano: MENTAL, FÍSICO, EMOCIONAL Y DEL ESPÍRITU.)

A. SI CREO QUE UNA COMBINACIÓN ENTRE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y TERAPIA INTEGRAL SERÍA LO MAS ACERTADO PARA TRATAR MIS PATOLOGÍAS (En este caso escriba alguna razón por la que cree que es importante recibir una terapia integral)

.....
.....

B. NO CREO QUE HAGA FALTA (Escriba brevemente el por qué no lo cree importante)

.....
.....

Caso que en la pregunta anterior haya respondido afirmativamente,

8.-DONDE CREE QUE ES MEJOR REALIZAR ESTE TIPO DE TERAPIA?

A. EN EL PROPIO DOMICILIO POR COMODIDAD, SIEMPRE QUE EL TERAPEUTA ESTE DEBIDAMENTE PREPARADO EN CUANTO A CUIDADOS SANITARIOS, MÉDICOS Y DE REHABILITACIÓN.

B. EN UN CENTRO ESPECIALIZADO

C. ME DA IGUAL

9.- HA ESTADO EN ALGUNA OCASIÓN EN ALGÚN CENTRO DE DÍA ?

A. SI

B. NO

10.- EN UN CENTRO DE DÍA, QUE SERVICIO ES PRIORITARIO PARA USTED? (vaya enumerando según lo que prima para usted)

- () Valoración geriátrica integral, prevención y mantenimiento de la salud
- () Rehabilitación y fisioterapia
- () Talleres ocupacionales / cognitivos
- () Actividades socio/recreativas

11.- LE GUSTARÍA RECIBIR EN SU PROPIO DOMICILIO, TODOS LOS SERVICIOS OFERTADOS POR UN CENTRO DE DÍA PERO CON UN PLAN PERSONALIZADO A SUS NECESIDADES?

A. SI, SIEMPRE Y CUANDO EL PERSONAL QUE ME ENVIEN ESTÉ DEBIDAMENTE PREPARADO.

- B. NO, NO ME GUSTARÍA
- C. NO SE, NUNCA ME LO HE PLANTEADO
- D. SI, PERO NO SE COMO SOLICITAR UN CENTRO DE DIA A DOMICILIO QUE SEA BUENO

12.- QUÉ VENTAJAS TENDRÍA PARA USTED LOS SERVICIOS PRESTADOS POR UN CENTRO DE DÍA A DOMICILIO?

.....

13.- CUALES SERÍAN LOS INCONVENIENTES PARA USTED EN ESTE TIPO DE SERVICIO?

- A. ECONÓMICOS, NO PUEDO COSTEARME UN SERVICIO PRIVADO
- B. EL NO ESTAR CON MAS GENTE QUE TENGA MI MISMO PROBLEMA
- C. PARA MI NO HAY INCONVENIENTES, SOLO SERÍAN VENTAJAS PUES DISPONGO DE RECURSOS ECONÓMICOS

14.- CUAL SERÍA SU ACTITUD, SI LAS AUTORIDADES COMPETENTES OFRECIERAN ESTE TIPO DE SERVICIO DE CENTROS DE DIA A DOMICILIO OFERTANDO TERAPIAS INTEGRALES, Y CONCEDIERAN SUBVENCIONES..

- A. ME GUSTARÍA PROBAR ESTE TIPO DE SERVICIO SIEMPRE QUE SEA GRATUITO
- B. ME GUSTARÍA TENER ESTE TIPO DE SERVICIO AUNQUE TENGA QUE PAGAR UN PORCENTAJE DE DINERO SI ELLO SUPONE UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA EN MI PERSONA Y EN MI ENTORNO FAMILIAR
- C. NO ME GUSTARÍA RECIBIR UN TRATAMIENTO INTEGRAL EN MI DOMICILIO, AUNQUE ESTÉ SUBVENCIONADO

15.- Y POR ÚLTIMO, DESCRIBA BREVEMENTE QUE ES PARA USTED CALIDAD DE VIDA.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Madrid ade.....2014

Firma

¡¡ GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!!

(RECOGIDA DE CUESTIONARIOS ANTES DEL MIERCOLES 25 DE JUNIO 2014)

Hago entrega de este cuestionario en 100 viviendas, me aseguro que haya una o más personas mayores de 65 años. De los 100 cuestionarios sólo responden 22 personas, o sea la cuota de participación es del 22%

Los resultados obtenidos se adjuntan como anexo a este proyecto, recogidas en tablas según las tablas siguientes:

TOTAL	PROPORCIÓN	PORCENTAJE	REDONDEO PORCENTAJE	EDAD
1	0,045454545		4	[65-75]
16	0,727272727	72,72727273	73	(75-85]
3	0,136363636		14	(85-95]
2	0,090909091	9,090909091	9	(95-100]
22	1		100	TOTAL

--	--	--	--	--

SITUACIÓN LABORAL	TOTAL	PROPORCIÓN		REDONDEO PORCENTAJE
Baja laboral	0	0		0
Jubilación incapacidad laboral	4	0,181818182	18,18181818	18
Jubilación por edad	10	0,454545455		46
Activo quehaceres domésticos	8	0,363636364	36,36363636	36
TOTAL	22	1		100

PATOLOGÍAS DIAGNOSTICADAS	TOTAL	PROPORCIÓN	PORCENTAJE	REDONDEO PORCENTAJE	PATOLOGÍAS DIAGNOSTICADAS
A. APARATO LOCOMOTOR	16	0,301886792	30,18867925	30	A. APARATO LOCOMOTOR
B. PSIQUIÁTRICA	6	0,113207547	11,32075472	11	B. PSIQUIÁTRICA
C. CARDIOVASCULAR	10	0,188679245	18,86792453	19	C. CARDIOVASCULAR
D. APARATO RESPIRATORIO	7	0,132075472	13,20754717	13	D. APARATO RESPIRATORIO
E. NEUROLÓGICAS	8	0,150943396	15,09433962	15	E. NEUROLÓGICAS
F. ONCOLÓGICAS	2	0,037735849	3,773584906	4	F. ONCOLÓGICAS
G. OFTÁLMICAS	3	0,056603774	5,660377358	6	G. OFTÁLMICAS
H. OTRAS	1	0,018867925	1,886792453	2	H. OTRAS
TOTAL PATOLOGÍAS	53	1	100	100	TOTAL

POLIFARMACIA					
Nº DE MEDICAMENTOS AL DÍA	TOTAL	PROPORCIÓN	PORCENTAJE	REDONDEO PORCENTAJE	Nº DE MEDICAMENTOS AL DÍA
[0-1]	1	0,045454545	4,545454545	5	[0-1]
(1-3)	6	0,272727273	27,27272727	27	(1-3)
(3-6)	6	0,272727273	27,27272727	27	(3-6)
Más de 6	9	0,409090909	40,90909091	41	Más de 6
	22	1	100	100	

CREE QUE ES IMPORTANTE REALIZAR UNA TERAPIA INTEGRAL A PARTE DEL TTO FARMACOLÓGICO	TOTAL	PROPORCIÓN	PORCENTAJE	REDONDEO PORCENTAJE	CREE QUE ES IMPORTANTE REALIZAR UNA TERAPIA INTEGRAL A PARTE DEL TTO FARMACOLÓGICO
A. SI, CREO QUE UNA COMBINACIÓN ENTRE TTO FARMACOLÓGICO Y TERAPIA INTEGRAL SERÍA LO MÁS ACERTADO	20	0,909090909	90,909091	91	A. SI, CREO QUE UNA COMBINACIÓN ENTRE TTO FARMACOLÓGICO Y TERAPIA INTEGRAL SERÍA LO MÁS ACERTADO
B. NO CREO QUE HAGA FALTA	2	0,0909091	9,0909091	9	B. NO CREO QUE HAGA FALTA
	22	1	100	100	TOTAL

DONDE CREE QUE ES MEJOR REALIZAR ESTE TIPO DE TERAPIA	TOTAL	PROPORCIÓN	PORCENTAJE	REDONDEO PORCENTAJE	DONDE CREE QUE ES MEJOR REALIZAR ESTE TIPO DE TERAPIA
A. EN EL PROPIO DOMICILIO POR COMODIDAD	19	0,863636364	86,36363636	86	A. EN EL PROPIO DOMICILIO POR COMODIDAD
B. EN UN CENTRO ESPECIALIZADO	1	0,045454545	4,545454545	5	B. EN UN CENTRO ESPECIALIZADO
C. ME DA IGUAL	2	0,090909091	9,090909091	9	C. ME DA IGUAL
	22	1	100	100	TOTAL

HA ESTADO EN ALGUNA OCASIÓN EN UN CENTRO DE DÍA	TOTAL	PROPORCIÓN	PORCENTAJE	REDONDEO PORCENTAJE	HA ESTADO EN ALGUNA OCASIÓN EN UN CENTRO DE DÍA
A. SI	2	0,090909091	9,090909091	9	A. SI
B. NO	20	0,909090909	90,90909091	91	B. NO
	22	1	100	100	TOTAL

TOTAL PERSONAS CREEN QUE LA VALORACIÓN INTEGRAL PRIMA SOBRE LAS DEMÁS ACTIVIDADES	TOTAL PERSONAS QUE CREEN QUE LA REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA PRIMA SOBRE LAS DEMÁS ACTIVIDADES	TOTAL PERSONAS CREEN QUE LOS TALLERES OCUPACIONALES Y COGNITIVOS PRIMAN SOBRE LAS DEMÁS ACTIVIDADES	TOTAL DE PERSONAS QUE CREEN QUE LAS ACTIVIDADES SOCIO RECREATIVAS PRIMAN SOBRE LAS DEMÁS ACTIVIDADES	TOTAL PERSONAS QUE NO SABEN / NO CONTESTAN A ESTA PREGUNTA	TOTAL DE PERSONAS
17	1	0	1	3	22
PORCENTAJE	PORCENTAJE	PORCENTAJE	PORCENTAJE	PORCENTAJE	TOTAL
0,772727273	0,045454545	0	0,045454545	0,136363636	1
77,27272727	4,545454545	0	4,545454545	13,63636364	100
77	5	0	4	14	100

LE GUSTARÍA RECIBIR EN SU PROPIO DOMICILIO TODOS LOS SERVICIOS OFERTADOS POR UN CENTRO DE DÍA CON UN PLAN PERSONALIZADO A SUS NECESIDADES	TOTAL	PROPORCIÓN	PORCENTAJE	REDONDEO PORCENTAJE	LE GUSTARÍA RECIBIR EN SU PROPIO DOMICILIO TODOS LOS SERVICIOS OFERTADOS POR UN CENTRO DE DÍA CON UN PLAN PERSONALIZADO A SUS NECESIDADES
A. SI, SIEMPRE Y CUANDO EL PERSONAL QUE ME ENVÍEN ESTÉ DEBIDAMENTE PREPARADO	16	0,727272727	72,72727273	73	A. SI, SIEMPRE Y CUANDO EL PERSONAL QUE ME ENVÍEN ESTÉ DEBIDAMENTE PREPARADO
B. NO, NO ME GUSTARÍA	2	0,090909091	9,090909091	9	B. NO, NO ME GUSTARÍA
C. NO SE, NUNCA ME LO HE PLANTEADO	4	0,181818182	18,18181818	18	C. NO SE, NUNCA ME LO HE PLANTEADO
	22	1	100	100	

CUALES SERÍAN LOS INCONVENIENTES PARA USTED EN ESTE TIPO DE SERVICIO	TOTAL	PROPORCIÓN	PORCENTAJE	REDONDEO PORCENTAJE	CUALES SERÍAN LOS INCONVENIENTES PARA USTED EN ESTE TIPO DE SERVICIO
A.ECONÓMICOS, NO PUEDO COSTEARME UN SERVICIO PRIVADO	6	0,3	30	30	A.ECONÓMICOS, NO PUEDO COSTEARME UN SERVICIO PRIVADO
B.EL NO ESTAR CON MÁS GENTE QUE TENGA MI MISMO PROBLEMA	0	0	0	0	B.EL NO ESTAR CON MÁS GENTE QUE TENGA MI MISMO PROBLEMA
C. PARA MI NO HAY PROBLEMAS, SOLO SERÍAN VENTAJAS PUES DISPONGO DE RECURSOS ECONÓMICOS	14	0,7	70	70	C. PARA MI NO HAY PROBLEMAS, SOLO SERÍAN VENTAJAS PUES DISPONGO DE RECURSOS ECONÓMICOS
		TOTAL	TOTAL	TOTAL	
		1	100	100	
	20	0,90909091	90,9090909		
	2	0,090909091	9,090909091		
	22	1	100		

CUAL SERÍA SU ACTITUD SI LAS AUTORIDADES COMPETENTES OFRECIERAN CENTROS DE DÍA A DOMICILIO OFERTANDO TERAPIAS INTEGRALES Y CONCEDIERAN SUBVENCIONES	TOTAL	PROPORCIÓN	PORCENTAJE	REDONDEO PORCENTAJE	CUAL SERÍA SU ACTITUD SI LAS AUTORIDADES COMPETENTES OFRECIERAN ESTE TIPO DE SERVICIO DE CENTROS DE DÍA A DOMICILIO OFERTANDO TERAPIAS INTEGRALES Y CONCEDIERAN SUBVENCIONES
A. ME GUSTARÍA PROBAR ESTE TIPO DE SERVICIO SIEMPRE QUE SEA GRATUITO	5	0,2272727	22,727273	23	A. ME GUSTARÍA PROBAR ESTE TIPO DE SERVICIO SIEMPRE QUE SEA GRATUITO
B. ME GUSTARÍA TENER ESTE TIPO DE SERVICIO AUNQUE TENGA QUE PAGAR UN PORCENTAJE DE DINERO SI ELLO SUPONE UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA EN MI PERSONA Y EN MI ENTORNO FAMILIAR	15	0,6818182	68,181818	68	B. ME GUSTARÍA TENER ESTE TIPO DE SERVICIO AUNQUE TENGA QUE PAGAR UN PORCENTAJE DE DINERO SI ELLO SUPONE UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA EN MI PERSONA Y EN MI ENTORNO FAMILIAR
C. NO ME GUSTARÍA RECIBIR UN TRATAMIENTO INTEGRAL EN MI DOMICILIO AUNQUE ESTÉ SUBVENCIONADO	2	0,0909091	9,0909091	9	C. NO ME GUSTARÍA RECIBIR UN TRATAMIENTO INTEGRAL EN MI DOMICILIO AUNQUE ESTÉ SUBVENCIONADO
	22	1	100	100	

(Como anexo al proyecto adjunto estadística de resultados obtenidos en la elaboración de cuestionarios)

Una vez hecho el estudio estadístico vemos que un 73% de la población objeto de estudio están en un grupo de edad entre los 75 y 85 años.

Un 41 % vive con su conyuge y/o familiar más un cuidador.

El 30% padecen enfermedades que afectan al aparato locomotor, frente al 19% de enfermedades cardiovasculares.

Un 41% recibe más de 6 medicamentos al día (Síndrome geriátrico. Polifarmacia)

El 77% ha recibido en alguna ocasión tratamiento no farmacológico tal como rehabilitación y/o terapias para tratar su enfermedad.

El 91% de los encuestados piensa que es importante realizar una terapia integral aparte del tratamiento farmacológico.

El 86% cree que es mejor realizar este tipo de terapia en el domicilio del paciente por comodidad.

Un 91% ha estado en centros de día.

El 77% cree que la valoración geriátrica integral, prevención y mantenimiento de la salud prima sobre las demás actividades en un centro de día, como pueden ser la rehabilitación y fisioterapia que para el 5% es importante, talleres ocupacionales/ cognitivos (4%) y actividades socio/recreativas (0%),el 14% restante no sabe o no contesta.

A un 72% les gustaría recibir en su propio domicilio todos los servicios ofertados por un centro

de día, con un plan personalizado a sus necesidades.

El 70% no encuentra ningún inconveniente en este tipo de servicio y un 30% ven como inconveniente principal el económico pues no pueden costearse un servicio privado.

A un 68% les gustaría tener este tipo de servicio aunque tengan que pagar un porcentaje de dinero si ello supone una mejor calidad de vida en su persona y en su entorno familiar.

Un 23% les gustaría tener este tipo de rehabilitación integral siempre y cuando fuese 100% gratuito.

En base a estos resultados obtenidos en la investigación realizada, podríamos decir que este tipo de tratamiento que propongo y el cual he analizado exhaustivamente, es realmente viable ya que el 70% de la población objeto de estudio es partidaria de empezar un plan de terapia integral con sus familiares, pues piensan que se obtendrán mejores resultados tratándolos de forma individual que en grupo, sin olvidar que muchos carecen de la posibilidad de desplazarse a un centro de día, lo cual dificulta la recuperación.

Tras este resultado de investigación y teniendo en cuenta que la investigación realizada constituye la primera fase de la intervención, procedo a desarrollar la primera fase del proyecto, no hay que olvidar que todo proyecto de intervención tiene una fundamentación en los hechos, que es la situación diagnosticada que se quiere modificar, y una fundamentación teórica, que consiste en los supuestos teóricos y metodológicos en los que se basa la intervención.

1.- FUNDAMENTO DEL PROYECTO

1.1.- Elección del tema del Proyecto de Intervención

Intento llevar a cabo un proyecto de intervención en calidad de vida en personas mayores con diversas patologías, ofreciéndoles una terapia integral domiciliaria, es decir crear un centro de día a domicilio.

Importancia de una rehabilitación integral domiciliaria en una población que presenta una alta prevalencia de situaciones de dependencia, patología neurológica y psiquiátrica, déficits sensoriales como secuelas de ACV, Alzheimer, Parkinson.

CENTRO DE DÍA " LA MELODÍA DE LA VIDA", CENTRO DE DÍA A DOMICILIO " cuyo objetivo es realizar UNA REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA EN PERSONAS MAYORES QUE PRESENTAN UN CIERTO INMOVILISMO YA SEAN POR FACTORES INTRINSECOS O EXTRINSECOS. Facilitar una atención integral.

1.2.- MARCO TEÓRICO DEL PROYECTO

Teniendo en cuenta que el Marco teórico, según Gloria Pérez Serrano, hace referencia al estado de la cuestión del tema objeto de estudio y debiendo precisar el ámbito en el que se va a llevar a cabo el trabajo, así como descripción del área problemática que se desea trabajar, recogida de información documental sobre el tema, etc. procedo a describir el marco teórico de mi proyecto de intervención que tratará sobre la importancia de una rehabilitación integral domiciliaria en una

población que presenta una alta prevalencia de situaciones de dependencia, debido a patologías musculoesqueléticas, neurológicas y psiquiátricas, déficits sensoriales como secuelas de accidentes cerebrovasculares, Parkinson y polineuropatía periférica, siendo este mi público objetivo.

Dicho proyecto se llevará a cabo en los domicilios de los participantes, sitios en el barrio de Salamanca y barrios colindantes como Prosperidad, Pacífico de Madrid.

Todos estos pacientes sufren una o varias discapacidades, entendiéndose por discapacidad, las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal, las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.

Es importante hacer una diferenciación entre los conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía, conceptos que en el lenguaje ordinario se emplean como sinónimos pero que reflejan realidades diferentes.

Para ello, he consultado www.ibertaller.com

-Deficiencia se caracteriza por pérdidas o anomalías que pueden ser temporales o permanentes, entre las que se incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano, tejido u otra estructura del cuerpo, incluidos los sistemas propios de la función mental. La deficiencia representa la exteriorización de un estado patológico, y en principio, refleja perturbaciones a nivel de órgano.

-Una discapacidad es " toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma y dentro del margen que se considera normal para un ser humano". La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño y comportamiento en una normal actividad rutinaria, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos. Las discapacidades pueden surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como una respuesta del propio individuo, sobre todo la psicológica, a deficiencias físicas, sensoriales o de otro tipo.

-La minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, el sexo y factores sociales y culturales).

Según lo anteriormente descrito, podemos decir que:

DEFICIENCIA=TRASTORNO A NIVEL ORGÁNICO
DISCAPACIDAD=TRASTORNO A NIVEL DE PERSONA
MINUSVALÍA= TRASTORNO A NIVEL DE SOCIEDAD

Una vez aclarada las diferencias, y siguiendo en el desarrollo del marco teórico, decir que la población en mi proyecto, son personas discapacitantes, Individuos que tienen limitaciones para realizar ciertas actividades de la vida cotidiana y restricciones en la participación social por causa

de una condición de salud y de barreras físicas, ambientales, culturales y sociales de su entorno. Por esta razón todos ellos necesitan una rehabilitación integral que les permita llevar una vida medianamente normal y que les permita gozar de una mayor calidad de vida dentro de lo posible. De esta población seleccioné en un principio una pequeña muestra de cinco pacientes afectados de diversas patologías, todos ellos discapacitantes, con los que en función a la historia clínica que presentaban, elaboraré un plan de acción basado en una rehabilitación integral, para que ellos mismos sintieran que su vida había vuelto a tener sentido y de esta forma gozaran de una mayor calidad de vida. Según se iba realizando el proyecto una paciente de las seleccionadas dejó la rehabilitación debido a un deterioro cognitivo realmente grave que cursaba con agresividad, por mi bien, la familia decidió suspender dicho tratamiento ya que fui agredida en varias ocasiones. Por ello la muestra se redujo a cuatro pacientes cuyos nombres se reflejarán más adelante, hago pública la identidad de ellos bajo su autorización. De esta forma la realización y contenido del proyecto está basada en casos reales.

Según lo anteriormente expuesto se justifica mi actuación en la terapia de cada paciente objeto de estudio.

Más adelante expondré la clínica de cada uno de ellos, siendo la anamnesis médica de cada uno de los participantes, el medio para detectar las necesidades e identificar el problema y establecer prioridades en cada uno de ellos lo que me permitirá llevar a cabo el análisis de la realidad de mi proyecto de intervención en calidad de vida en personas mayores.

Quiero señalar que según la Wikipedia libre, anamnesis médica es la información recopilada por los médicos mediante preguntas específicas formuladas bien al propio paciente o bien a otras personas que conozcan a éste último con el fin de obtener datos útiles y elaborar información valiosa para formular el diagnóstico y tratar al paciente.

La información obtenida de esta manera, junto con los datos relevados a partir de un examen clínico, permite al médico elaborar un diagnóstico y un tratamiento.

2.- DISEÑO Y PLANIFICACIÓN

2.1.- Análisis de la realidad

Tal y como dije anteriormente mi proyecto de intervención de este curso postgrado en Experto Universitario en Intervención en calidad de vida en personas mayores, tendrá su origen en una investigación constituyendo ésta la primera fase de una intervención.

A modo de paréntesis recordar que la principal diferencia entre un proyecto de investigación y uno de intervención es la finalidad perseguida, en un proyecto de investigación el objetivo que se persigue es conocer una realidad particular, mientras que los proyectos de intervención se orientan a producir modificaciones sobre una situación determinada. Esta diversidad de finalidades es la que motiva las diferencias en la organización de las fases de ambos tipos de proyecto. Siguiendo las pautas de Gloria Pérez Serrano, el diagnóstico de la realidad es una fase de gran importancia para la elaboración del proyecto, permite ubicar los principales problemas, desempeñar sus causas de fondo y ofrecer vías de acción para irlos resolviendo. El objetivo del

diagnóstico es el conocimiento de la realidad. Pues bien, una vez hecho mi proyecto de investigación para ver la viabilidad de mi proyecto y con el objetivo de conocer la realidad particular procederé a realizar el proyecto de intervención con el objetivo de modificar sobre la situación objeto de estudio.

El proyecto estará basado en la descripción y análisis de una situación concreta ya descrita anteriormente, debo detectar necesidades, identificar el problema, establecer prioridades y motivos que las justifican, definir la población y la muestra, determinar los recursos, revisar las fuentes.

Indicar las técnicas e instrumentos utilizados para el análisis de la realidad.

Siguiendo los pasos para realizar el análisis de la realidad, procedo a describir mi público objetivo para la realización del proyecto de intervención en calidad de vida en personas mayores. Elijo una pequeña muestra de entre los encuestados en la primera fase de investigación, todos ellos se prestaron voluntarios para ser objeto de estudio.

Una vez seleccionada esta muestra llevaré a cabo mi proyecto de intervención en calidad de vida en personas mayores con diversas patologías, ofreciéndoles una terapia integral domiciliaria, es decir crear un centro de día a domicilio.

Selecciono a cuatro pacientes en situación de dependencia con reducida movilidad, se presentan como voluntarios para llevar a cabo mi estudio, pacientes de entre 77 a 92 años, diagnosticados de diversas patologías recientemente.

El proyecto se llevará a cabo en el propio domicilio de los participantes en el distrito Salamanca y barrios colindantes como Prosperidad y Pacifico de Madrid capital.

Haré una breve descripción sobre dichos barrios como contexto y marcosociocultural, según datos aportados en la Wikipedia.



"El distrito de Salamanca es uno de los 21 distritos que forman el municipio de Madrid. Debe su nombre a su constructor, el malagueño D. José de Salamanca y Mayol, Marqués de Salamanca, que lo promovió y erigió en parte en el siglo XIX. Tiene una población de 147.707 habitantes según censo del INE de 2008.

Según informes del Área de Gobierno de empleo y servicios a la ciudadanía, Dirección de igualdad de Oportunidades, es un distrito con tamaño de población mediano en el contexto madrileño, densamente poblado, con una dinámica poblacional estancada, lo cierto es que, como consecuencia de una estructura de edades muy envejecida, su saldo vegetativo en 1999 era el más negativo de la ciudad, más por la abundancia de defunciones, las más elevadas de Madrid, que por escasez de nacimientos. Su estructura de edades es de las más envejecidas de Madrid con una edad media de 44,4 años (promedio madrileño 38,5) y un peso de población anciana del 23, 1% el más acentuado de la capital junto a Chamberí y Moratalaz.

Según informes más recientes de Marco Madrid, podemos comprobar ese envejecimiento por distritos muestreados, en la siguiente tabla,

Tabla 1: Principales índices de estructura demográfica de Madrid por distritos, (enero 2010):

	Índice de juventud ²	Índice de envejecimiento ³	Proporción de cuarta edad ⁴	Razón de Juventud ⁵	Razón de Progresividad ⁶
Chamberí	10,26%	22,90%	8,85%	44,80%	112,54%
Moratalaz	12,97%	22,81%	5,68%	56,85%	96,69%
Salamanca	10,86%	22,61%	8,27%	48,00%	109,96%
Latina	11,79%	22,50%	6,00%	52,39%	112,97%
Retiro	11,49%	21,82%	7,25%	52,65%	109,35%
Chamartín	12,75%	21,06%	7,19%	60,55%	111,37%
Ciudad Lineal	12,70%	21,05%	6,41%	60,35%	102,76%
Tetuán	11,36%	19,56%	6,93%	58,05%	125,25%
Mondoa - Aravaca	14,17%	19,06%	6,22%	74,35%	96,72%
Total Municipio de Madrid	13,30%	18,77%	5,78%	71,32%	114,08%
Carabanchel	13,73%	18,71%	5,71%	73,41%	125,00%
Puente de Vallecas	14,10%	17,69%	5,43%	79,70%	109,05%
Usera	14,98%	17,53%	5,56%	85,47%	124,43%
Fuencarral - El Pardo	14,69%	17,32%	4,61%	84,80%	125,43%
San Blas	15,98%	17,01%	5,23%	93,97%	101,17%
España	14,75%	16,87%	4,90%	87,46%	106,44%
Villaverde	15,67%	16,80%	4,16%	93,27%	123,77%
Arganzuela	12,48%	16,53%	5,74%	75,52%	110,22%
Hortaleza	15,80%	16,07%	3,97%	98,31%	108,29%
Centro	8,87%	16,02%	6,00%	55,39%	135,77%
Comunidad de Madrid	15,22%	14,68%	4,20%	103,66%	111,21%
Barajas	16,72%	12,96%	3,02%	128,98%	109,71%
Vicálvaro	18,55%	12,86%	2,63%	144,34%	124,66%
Villa de Vallecas	16,69%	11,08%	2,77%	150,60%	123,12%

Fuente: INE y Dirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid, sobre Padrón Municipal de Habitantes.

² Porcentaje de habitantes de 14 años o menos.

³ Porcentaje de habitantes de 65 años o más.

⁴ Porcentaje de habitantes de 80 años o más.

⁵ Población de 0 a 14 años / Población de 65 y más años (en %).

⁶ Población de 0 a 4 años / Población de 5 a 9 años (en %).

BARRIO DE PROSPERIDAD (MADRID)

Prosperidad es un barrio del distrito de Chamartín, situado en la zona noreste de la ciudad de Madrid, y colindante con el distrito de Salamanca. Se ubica entre la calle Príncipe de Vergara, la Avenida de América, la M-30 y la calle López de Hoyos, siendo esta última una de las calles más largas de la ciudad y destacada por su gran actividad comercial.

Demografía

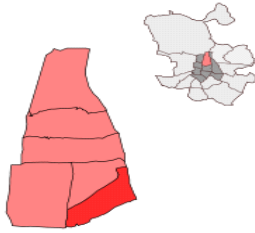
Evolución demográfica

1862	1872	1900	1930	1971	1983
30	300	2.000	13.800	36.000	38.000

Fuente: Vorms, Charlotte (2012) .2

Número de habitantes en los últimos quince años.

2000	2001	2002	2003	2004	2005
2006	2007				
36.570	37.203	37.297	38.163	38.106	37.954
		38.275	38.185		
2008	2009	2010	2011	2012	2013
38.254	38.454	38.194	37.598	38.474	36.865
					36.129



Datos

Distrito	Chamartín
Población	38.469 (Noviembre de 2007)
Densidad	370 habitantes por hectárea

BARRIO DE PACÍFICO (MADRID)

El barrio de Pacífico pertenece al Distrito de Retiro de Madrid, España, siendo administrativamente el barrio 31 de la ciudad. Su nombre hace referencia a la Avenida del Pacífico, nombre con el que era conocida la actual avenida de la Ciudad de Barcelona, en recuerdo de las expediciones de guerra protagonizadas por la Armada española en 1865. Paradójicamente el cambio se produjo tras la Guerra Civil Española.

Según otra versión, el nombre hacía referencia a los cuarteles en que se acantonaban las tropas que servían en el Pacífico y la industria encargada de aprovisionarlos.

Lo más destacable de la historia del barrio de Pacífico son "los cuarteles" (actual Polideportivo Daoiz y Velarde) donde se organizan los Juegos Deportivos Municipales de baloncesto del distrito Retiro y otras actividades deportivas) que fueron utilizados durante la guerra civil convirtiendo a la zona en un punto caliente de Madrid.

Demografía

Tiene una población de 36.959 a 1 de enero de 2006. La evolución de la demografía en el barrio ha experimentado un aumento moderado a los largo de los últimos 20 años. Así en 1986 la población del barrio era de 34.926, en 1991 era de 34.103, en 1996 era de 33.674 y en 2001 era de 35.405. Por tanto, si tomamos como referencia la población de 1986, ésta se ha visto incrementada en un 5,8%, mientras que la población de la Ciudad de Madrid, en ese mismo periodo, ha crecido un 4,8%.

Año	Población	Evolución de población
1986	34.926	100
1991	34.103	97,6
1996	33.674	96,4
1998	34.143	97,8
1999	34.886	99,9
2000	34.833	99,7
2001	35.405	101,4
2002	35.885	102,7

2003	36.615	104,8
2004	36.656	105
2005	37.055	106,1
2006	36.959	105,8

La edad media del barrio es de 43,67 años. A pesar de ser una edad superior a la media de la ciudad (42,00 años), se encuentra por debajo de la media de edad del distrito, que es de 43,88 años.

Una vez hecha una breve descripción sobre los barrios donde pretendo llevar a cabo mi proyecto, procederé a realizar la fase de diagnóstico de mi proyecto.

En esta primera fase de diagnóstico lo primero que se busca es conocer la realidad que se quiere modificar. Para ello no basta un conocimiento intuitivo, sino que es necesario abordar esa realidad desde un análisis serio y completo, teniendo en cuenta la multiplicidad de factores que inciden en una realidad social particular.

El diagnóstico se realiza a través de la historia clínica de cada uno de los pacientes seleccionados, aportada por la entrevista con sus familiares y con los médicos responsables de los diagnósticos, anamnesis. Tanto familiares como doctores me facilitan información detallada de sus pacientes, así como los tratamientos adecuados en cada caso al igual que las recomendaciones que he de seguir para poder cumplir objetivos en cuanto a la recuperación de sus pacientes y así facilitarles esa mejora en la calidad de vida.

A continuación resumiré brevemente la situación real de cada paciente, cuyo objetivo es modificarla con el fin de mejorar la situación de cada sujeto objeto de estudio, para y por una mejora en la calidad de vida.

SANTIAGO GONZÁLEZ ESCAPA PACIENTE DE 92 AÑOS (BARRIO SALAMANCA)



Padece:

- Trastornos musculoesquelético (TME). Estas lesiones se manifiestan con dolor y limitación funcional de la zona afectada, que dificultan o impiden realizar las actividades de la vida diaria.
- Fibrilación auricular

- EPOC, enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Diabetes mellitus tipo 2.

En base a estas patologías el tratamiento irá encaminado a mejorar la movilidad física a través de la fisioterapia articular-muscular, ejercicios para síndromes vasculares periféricos e implantación de dietas adecuadas para controlar los niveles de glucosa en sangre siendo ésta compatible a pacientes anticoagulados.

El conjunto de estos tratamientos no farmacológicos hacen que Santiago actualmente goze de una buena calidad de vida a pesar de su avanzada edad.

ENRIQUE HUIDOBRO SALAS PACIENTE DE 81 AÑOS (BARRIO PROSPERIDAD)



Polineuropatía sensitiva-motora (axonal y desmielinizante)

A modo de orientación para comprender mejor el tratamiento con Enrique, explicaré que es La polineuropatía sensitivomotora que causa una disminución en la capacidad para moverse o sentir (sensibilidad) debido a un daño neurológico.

Causas

Neuropatía quiere decir enfermedad o daño a los nervios. Cuando ocurre por fuera del cerebro o la médula espinal, se denomina neuropatía periférica. Mononeuropatía quiere decir que un nervio está comprometido, mientras que polineuropatía significa que muchos nervios en diferentes partes del cuerpo están comprometidos.

La neuropatía puede afectar los nervios que suministran la sensibilidad (neuropatía sensorial) o causan el movimiento (neuropatía motora). También puede afectar a ambos, en cuyo caso se denomina neuropatía sensitivomotora.

La polineuropatía sensitivomotora es un proceso en todo el cuerpo (sistémico) que daña las

neuronas, las fibras nerviosas (axones) y las cubiertas de los nervios (vaina de mielina). El daño a la cubierta de la neurona provoca el retardo en la conducción de las señales nerviosas y el daño a la fibra nerviosa o a toda la neurona puede hacer que el nervio deje de funcionar.

El daño al nervio puede ser causado por:

Trastornos autoinmunitarios (en todo el cuerpo), Afecciones que ejercen presión sobre los nervios, Reducción del flujo sanguíneo al nervio, Enfermedades que destruyen la goma (tejido conectivo) que mantiene las células y los tejidos unidos, Hinchazón (inflamación) de los nervios. Algunas enfermedades llevan a polineuropatía que es principalmente sensorial o principalmente motora. Las posibles causas de la polineuropatía sensitivomotora son: Neuropatía alcohólica, Cáncer (llamada neuropatía paraneoplásica), Neuropatía inflamatoria crónica, Neuropatía diabética, Neuropatía relacionada con medicamentos, Síndrome de Guillain-Barre, Neuropatía hereditaria, Deficiencia de vitaminas (vitamina B12, B1 y E)

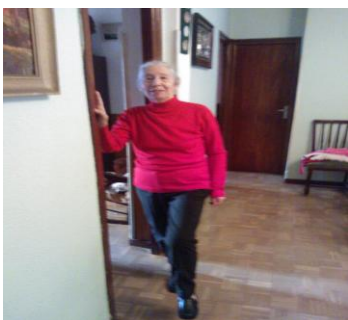
Síntomas que presenta Enrique a primeros de Febrero que es cuando empiezo a tratarle

Disminución de la sensibilidad en cualquier área del cuerpo, dificultad para deglutir, dificultad para utilizar los brazos durante la deambulación, dificultad para utilizar las piernas, dificultad para caminar, dolor, ardor, hormigueo, sensibilidad anormal en piernas y brazos (llamado neuralgia), debilidad de los brazos y las piernas. Los síntomas generalmente ocurren en ambos lados del cuerpo y casi siempre comienzan primero en los extremos de los dedos de los pies. A parte de la polineuropatía, Enrique padece agorafobia, mi objetivo aparte de tratar la polineuropatía es que supere ese problema. La agorafobia de este paciente, le crea angustia, ansiedad y un estado de depresión ya que se desencadenó al sufrir un desvanecimiento en la calle en el mes de Noviembre del 2013 a raíz de ello, Enrique se ha negado a salir a la calle por miedo a que se vuelva a repetir y por miedo irracional a los perros.

El tratamiento con él, es al igual que con Santiago, fisioterapia musculo-articular, respiratoria no solo para aumentar la capacidad pulmonar sino para control del estrés que le supone la agorafobia. Masajes, tens....a fecha de hoy ya camina con seguridad, ha mejorado en sensibilidad en miembros inferiores y ha salido varias veces a la calle pero siempre acompañado. La primera salida fue conmigo pero de forma progresiva, el primer día salió hasta el ascensor (al llegar ahí, refirió que se sentía mal y que otro día saldría), accedí y a la semana le convencí a bajar las escaleras con el fin de hacer ejercicios con las piernas, claramente mi intención fue doble....a la semana siguiente consiguió salir del portal pero argumentó que hacía frío, y al cabo de los diez días le llevé a tomar el aperitivo a un restaurante cercano pues preguntando a la familia me dijeron que le gustaba tomar el aperitivo a diario...desde entonces sale a la calle con normalidad. Actualmente se encuentra en su segunda residencia en Marbella,

pero continuo con una estrecha relación telefónica con la familia y me dicen que su estado es bueno. Cuando regresen a Madrid quieren que siga con la terapia integral que llevé a cabo para mejorar su calidad de vida y la de su mujer Asun

ENCARNACIÓN FERNANDEZ ALCANTARA, PACIENTE DE 77 años (BARRIO PACÍFICO)



Nani. Paciente de Parkinson

La enfermedad de Parkinson es un trastorno que afecta las células nerviosas, o neuronas, en una parte del cerebro que controla los movimientos musculares. En la enfermedad de Parkinson, las neuronas que producen una sustancia química llamada dopamina mueren o no funcionan adecuadamente. Normalmente, la dopamina envía señales que ayudan a coordinar sus movimientos. Nadie conoce el origen del daño de estas células. Los síntomas de la enfermedad de Parkinson pueden incluir: Temblor de manos, los brazos, las piernas, la mandíbula y la cara, Rigidez en los brazos, las piernas y el tronco, Lentitud de los movimientos, Problemas de equilibrio y coordinación.

A medida que los síntomas empeoran, las personas con la enfermedad pueden tener dificultades para caminar o hacer labores simples. También pueden tener problemas como depresión, trastornos del sueño o dificultades para masticar, tragar o hablar. No existe una cura para la enfermedad de Parkinson. Existen diversas medicinas que a veces ayudan a mejorar enormemente los síntomas.

INFORME NEUROLOGÍA CLINICA NUESTRA SRA.DEL ROSARIO MADRID

NAMC (NO ALERGIAS MEDICAMENTOSAS CONOCIDAS)

HTA (HIPERTENSIÓN ARTERIAL)

NO DM (NO DIABETES MELLITUS)

NO DISLIPEMIA (Dislipemia (hipercolesterolemia y/o hipertrigliceridemia) es un conjunto de

patologías caracterizadas por concentraciones de lípidos (grasas) en la sangre muy elevados).

TTO:

LISINOPRIL 20mg 1-0-0

Escitalopram 20mg 1-0-0

Sinemet plus 1-1-1-0

Prometax transdérmico 9,5mg 1 parche/día

EA: Consultó por pérdida de memoria en la consulta de neurología de la clínica del Rosario en Madrid, por pérdida de memoria de unos 8 meses de evolución. Repetía lo mismo con frecuencia, olvidaba recados y conversaciones que había mantenido recientemente...vive con su hija, que se encarga de supervisar su medicación, la alimentación...precisa ayuda para el aseo. Puede vestirse sola pero le preparan la ropa. Cierta abandono del autocuidado. Ánimo muy decaído, intensa apatía. Trastorno del control de impulsos con la comida, merienda 3-4 veces seguidas, en el momento de la consulta la Dra. Refiere que está muy " pasota "...Llamaba constantemente a su hija cuando ésta se va de casa.

SE COMPLETA ESTUDIO CON PRUEBAS LABORATORIO

RM CEREBRAL: Leucoaraiosis importante. Atrofia de predominio frontotemporal.

NPS: Deterioro cognitivo frontotemporal cortico subcortical (alteración en la codificación de la información y en el recuerdo, tanto verbal como visual).

SPECT cerebro: hipoperfusión frontal bilateral.

Holter EKG: r sinusal con conducción AV normal. Extrasistolia ventricular leve y SV moderada severa.

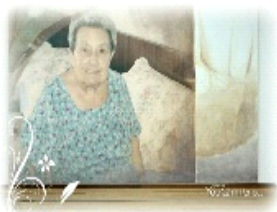
Ecocardio: VI normal, FEVI conservada. Hipertrofia concéntrica leve, con aspecto sigmoideo. Patrón diastólico de relajación prolongada. Dilatación leve de aorta ascendente.

JUICIO CLINICO NEUROLOGOS: DETERIORO COGNITIVO EN RELACIÓN CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER LEVE. ENFERMEDAD DE PARKINON. DEBE CONTINUAR CON SINEMET PLUS 1-1-1-0

PROMETAX TRANSDÉRMICO 9,5mg 1parche/día

Recomiendo ESTIMULACIÓN COGNITIVA

MARÍA MARTINEZ HERNÁNDEZ, 85 AÑOS (BARRIO PROSPERIDAD)



Afectada de cierto inmovilismo por problemas de HALLUX VALGUS (JUANETES), FASCITIS PLANTAR, ESPOLÓN, ARTRITIS Y ARTROSIS.

He de decir que María a pesar de los años que tiene, es una persona fuerte e independiente y con gran sentido del humor, vive sola en su domicilio. El primer día que acudo a su casa y en una primera revisión/ exploración para poder planificar su rehabilitación advierto que padece una posible enfermedad cardiovascular que no está debidamente diagnosticada, por tanto la aconsejo y animo (pues es bastante reacia a acudir a medicos) a ir a su doctora de cabecera en su centro de atención primaria.

Después de los estudios oportunos tales como analítica, ecocardiograma, etc. Empieza un tratamiento anticoagulante con Sintrom (para el tratamiento y profilaxis de las afecciones tromboembolíticas) desde Enero del 2014.

Actualmente haciéndose estudios en el área cardiovascular. A espera de diagnóstico por médicos de la Seguridad Social. Hasta el 25 de Marzo del 2015, no sabremos el diagnóstico, pero he de decir que ya está en estrecha relación con su doctora de medicina interna.

Debido a las patologías que presenta en los pies, María padece un cierto inmovilismo ya que el caminar le resulta muy doloroso, pero aun así no tiene ningún problema en llevar a cabo sus actividades de la vida diaria.

Una vez reunida toda la información sobre esta paciente elaboro un programa de atención integral con María, se realiza en sesiones de una hora con una frecuencia de una, dos o tres veces a la semana, dependiendo del grado de inflamación de la fascia plantar y de las articulaciones de los dedos del pie.

Antes de exponer el programa de actividades planificadas con María, haré una explicación breve de cada una de las patologías que padece María.

Recojo una definición exacta dada por un especialista en medicina deportiva y cirujano ortopédico.

El Dr. David López Capapé cirujano ortopédico y especialista en traumatología del deporte, explica que el hallux valgus, es una deformidad del primer dedo del pie (hallux) que se desvía hacia fuera, es decir en valgo. El bulto que se nota en el borde interno del pie es conocido

popularmente como Juanete. Es una de las patologías del pie más frecuentes. Sus causas son multifactoriales, siendo el calzado de punta estrecha el más determinante cuando existe una predisposición en la anatomía del pie. Las enfermedades como la Artritis Reumatoide favorecen la aparición de grandes deformidades del pie. El Hallux Valgus puede ser leve, moderado o severo. María, padece grado severo, incrementando el dolor por la artritis que padece en los dedos de los pies.

Hace años fue intervenida de esta dolencia sin conseguir buenos resultados.

El Dr. David López también explica que la fascia plantar es una estructura fibrosa y plana que da soporte al arco plantar. Ayuda a transmitir la energía en cada paso al caminar o al correr. La zona de más tensión se sitúa en su inserción en el calcáneo, a nivel del talón. A este nivel puede inflamarse y sufrir pequeñas roturas que originan el cuadro médico denominado como Fascitis Plantar.

Una vez expuesta la recogida de información a través de la anamnesis de cada paciente cabe señalar que el principal objetivo en todos ellos es intentar darles una mejor calidad de vida, a través de técnicas de fisioterapia, estimulación cognitiva...

Por último, no puedo pasar por alto, debido a mi experiencia y es una realidad que no debemos obviar, "Cuando en una familia a un padre o madre le diagnostican una enfermedad, el núcleo familiar cambia, es importante dar apoyo no solo al paciente sino a los familiares y cuidadores que conviven o no con el mayor aquejado de diversas patologías.

Considero a la familia como el eje central de la intervención con el paciente.

Pues el estado de ánimo del familiar es de vital importancia para la recuperación o mantenimiento del anciano."

2.2.- PLANIFICACIÓN DEL PROYECTO

Según Kaufman (1980), en el libro de texto " ELABORACIÓN DE PROYECTOS SOCIALES. CASOS PRÁCTICOS " de Gloria Pérez Serrano " *La planificación se ocupa solamente de determinar que debe hacerse, a fin de que posteriormente puedan tomarse decisiones prácticas para su implantación. La planificación es un proceso para determinar adónde ir y establecer los requisitos para llegar a ese punto de la manera más eficaz y eficiente posible*"

Según Ander-Egg (1989) "*La planificación consiste en introducir organización y racionalidad en la acción* ",

Este mismo autor indica que la acción de planificar consiste en utilizar un conjunto de procedimientos mediante los cuales se introduce una mayor racionalidad y organización de unas acciones y actividades previstas de antemano con la que se pretende alcanzar determinados objetivos, habida cuenta de la limitación de los recursos.

Una vez redactado el análisis de realidad de mi proyecto de intervención, los objetivos principales que propongo con este tipo de intervención de Centro de día a domicilio, es la

atención y cuidado, en el más amplio sentido de la palabra, en los domicilios de los pacientes afectado de discapacidad. LOS OBJETIVOS QUE MARCO SON:

- 1.- Ofrecer atención acorde con las necesidades de los pacientes y sus familias, para mejorar la convivencia familiar. Ya que la convivencia con un enfermo crónico es muy difícil.
- 2.- Conocer a través de la valoración integral realizada por el doctor/a y el terapeuta encargado de la terapia, las capacidades y necesidades físicas, psíquicas, sociales y funcionales de las personas atendidas.
- 3.- Ofrecer los cuidados y atención personalizada que este tipo de pacientes necesitan para desenvolverse en la vida diaria, a partir de un plan general de intervención y de planes personalizados, para lograr un adecuado nivel de satisfacción y bienestar y por tanto de calidad de vida.
- 4.- Mantener las capacidades y competencia funcional y social, las relaciones sociales y familiares, logrando que el domicilio sea un espacio de trabajo y de desarrollo personal y grupal ya que en mi plan de intervención involucro a cuidadores y familiares.
- 5.-Prevenir el deterioro físico, psíquico y/o funcional o la disminución de la interacción social, propiciando unos adecuados tratamientos, programas de estimulación, actividades sociales, etc.
- 6.-Ofrecer a través de un equipo de profesionales competentes, organizados interdisciplinariamente, una atención profesional, complementaria a la relación familiar y social, de alta calidad, a la vez que muy profesional, muy cercana, personalizada y humana, considerando a la familia como el eje central de la intervención con el paciente.
- 7.-Promover al máximo, además de respetar, los derechos individuales y colectivos de las personas atendidas.
- 8.-Promover una imagen positiva de la vejez y de los colectivos atendidos por su discapacidad.
- 9.-Promover el mantenimiento de las personas mayores atendidas en su domicilio y entorno familiar trabajado conjuntamente para hacerlo con la mejor calidad de vida para todos.

Estrategias:

Para lograr estos objetivos me planteo las siguientes estrategias:

1. Estimulación. Intento establecer una estimulación adecuada para las personas atendidas considerando sus características psicológicas especialmente, así como sus capacidades psicofísicas y sociales, que fomente la interacción, la orientación y confort. Procuraré que tengan una disposición activa y lo más autónoma posible según sus capacidades.
2. Orientación. Trataré de incluir información de orientación temporal y espacial de manera continua en los contactos y comunicaciones.

3. Apoyo psicoafectivo. Por parte de todas las personas que conviven con el paciente, se debe potenciar y ofrecer este apoyo, tendente a lograr un nivel de satisfacción y adaptación adecuado a sus circunstancias, aumentando esta necesidad a medida que el nivel de capacidades es menor, la agitación y la dependencia es mayor, cuando hay enfermedad y en los últimos momentos de la vida.

4. Promoción de la Autonomía física y salud. Además del control diario por parte de cuidadores y familiar al cargo, se desarrollará el programa de psicomotricidad y actividad física, así como el acompañamiento en paseos y movilización pasiva en los casos prescritos.

5. Promoción de la Autonomía funcional. Se buscará desarrollar y mantener en lo posible la autonomía funcional para el desenvolvimiento en las actividades de la vida diaria. Se implementará un Programa de AVD, con una persona responsable del mismo y el personal cuidador que deberá seguir esas pautas impuestas por la persona encargada de llevar a cabo el plan de intervención.

6.-Promoción del Apoyo familiar. Siendo esto uno de los temas a desarrollar y potenciar. Se trabajará con las familias de manera individual y colectiva para potenciar su participación en las actividades y vida.

7. Contención en los casos de agitación y problemas de comportamiento. Uno de los objetivos importantes de la atención a personas con deterioro cognitivo es reducir los problemas de comportamiento y agitación que pueden presentarse en estas personas. Los medios a utilizar son los programas, la comunicación y relación tranquilizadora. Entrenar al familiar o cuidador que esté al cargo del discapacitante para que en todo momento sepa como actuar ante situaciones de agresividad, agitación.

8.-Personalización. Todos estos objetivos deben desarrollarse junto al de personalización, a través de planes individualizados, personalización. Se potenciará la visión de la persona en su conjunto y no solo desde el punto de vista del diagnóstico, la enfermedad o el déficit.

9.-Intimidad, autonomía, derechos y competencia en las decisiones: El respeto a la intimidad de los pacientes, el respeto a sus derechos, debe concretarse a través del fomento de autonomía y competencia.

Aunque el proyecto de intervención se lleve a cabo en los domicilios particulares de cada paciente, seguiré los criterios del Sistema “Nursing Homes are living for” (“Las residencias son para vivir”) para trabajar y garantizar todos estos aspectos: La INTIMIDAD: derecho de las personas a estar solas y a no ser molestadas, libres de intromisiones en sus asuntos; la DIGNIDAD: reconocimiento del valor intrínseco de la persona independientemente de cuales sean sus circunstancias, respetando su individualidad y sus necesidades, y dándole un trato respetuoso; La AUTONOMIA: posibilidad de actuar o de pensar de forma independiente, incluida la disposición a asumir ciertos niveles de riesgo calculado; la ELECCIÓN: posibilidad de elegir libremente entre un abanico de opciones diferentes; los DERECHOS: mantenimiento de todos los derechos inherentes a la condición de ciudadano; y la SATISFACCIÓN: realización de las aspiraciones personales y desarrollo de las capacidades de cada persona en todos los aspectos

de la vida cotidiana.

Modelo de atención y gestión

El proceso de atención integral a domicilio, tiene como objetivo la ejecución, siguiendo la planificación estratégica, para lograr la mejor calidad de vida de las personas mayores atendidas y sus familias, entendida esta como el mantenimiento y/o mejora de su autonomía, capacidad funcional, bienestar, satisfacción, integración y mantenimiento de relaciones sociales y familiares, así como garantizar y promover sus derechos consiguiendo satisfacer al máximo sus expectativas, con la máxima eficacia y eficiencia, buscando la máxima implicación y satisfacción de las personas

El proceso de atención de rehabilitación integral domiciliaria es un proceso clave asistencial que impacta directamente en el paciente y su familia.

Siendo este proceso de atención personalizada al paciente.

Siguiendo los últimos avances en atención a las personas discapacitadas y dependientes, entendemos que la discapacidad o la necesidad de atención y apoyos no es fija ni dicotomizada, sino fluida, dinámica, continua y cambiante, dependiente de las limitaciones funcionales de la persona y de los apoyos disponibles en su entorno (Shalock y Verdugo, 2004). Hoy en día existen evidencias de que se pueden reducir las limitaciones funcionales, y por tanto la discapacidad, si se proporcionan servicios y apoyos centrados en la conducta adaptativa y en el estatus de los roles. Si la discapacidad es el resultado de la interacción de esta persona y su entorno, podemos tener una nueva visión de la discapacidad en la que la autodeterminación, la inclusión, la equidad y las fortalezas del sujeto desempeñan un papel fundamental.

Este paradigma se basa en ofrecer una vida con apoyos para lograr la mejor calidad de vida, fomentando la competencia personal y las conductas adaptativas a través de la formación y entrenamiento en habilidades, proporcionando apoyos, ayudas técnicas, oportunidades y capacidad de elección en el entorno más seguro que el paciente pueda tener, que es su propia residencia.

Los centros de día a domicilio para personas mayores, deben ofrecer recursos especializados para las personas mayores que necesitan ayuda para desenvolverse en la vida cotidiana, así como para sus familias. Estos recursos han de tener un carácter abierto, plural y multifuncional, donde la calidad de vida es el objetivo principal. Entre las variables influyentes en la vida del centro que propongo, destacan las características de los pacientes, el modelo de atención y la capacidad del equipo profesional. En concreto, debe ofrecer una atención profesional y especializada de forma personalizada y cercana, convirtiendo el propio domicilio del paciente o cliente en un entorno confortable, estimulante, orientador, adaptado a las necesidades de la persona y abierto a su familia.

En suma, desde este modelo el ajuste se logrará a partir de la interacción entre las capacidades de la persona y la adaptación del entorno y ambiente a esas capacidades.

2.3.- VALORACIÓN DE ESTA FASE. DISEÑO Y PLANIFICACIÓN

En el momento que decido emprender una idea que considero provechosa y efectiva, ya sea por razones personales o de índole laboral, lo primero que debo hacer es un diseño donde se plasme todo lo que contendrá el Proyecto de Intervención.

Para elaborar el proyecto tengo en cuenta las siguientes fases, Diagnóstico, Planificación, Aplicación-Ejecución y Evaluación.

Según Gloria Pérez Serrano, en su libro "Elaboración de Proyectos Sociales. Casos Prácticos, la fase de diagnóstico, implica el reconocimiento lo más completo posible de la situación objeto de estudio. Conviene examinar la realidad a estudiar, las personas, el entorno, las características y las circunstancias que van a incidir en el desarrollo del proyecto.

Es decir, la fase de diagnóstico, es conocer la realidad que se quiere modificar. Para ello no basta un conocimiento intuitivo, sino que es necesario abordar esa realidad desde un análisis serio y completo, teniendo en cuenta la multiplicidad de factores que inciden en una realidad social particular.

Permite ubicar los principales problemas, desempeñar sus causas de fondo y ofrece vías de acción para irlos resolviendo.

- **La planificación**, implica saber dónde estoy o de dónde parto, con qué recursos parto, con qué recursos cuento y que procedimientos voy a utilizar para llegar a la consecución de unas metas mediante la realización de unas actividades que desarrollen los objetivos programados a corto, medio y largo plazo.

Considero que la planificación de mi proyecto de intervención debe afrontarse de manera adecuada para que al final del mismo se pueda hablar de éxito.

No se trata de una etapa independiente abordable en un momento concreto del ciclo del proyecto. Es decir, no se puede hablar de un antes y un después al proceso de planificación puesto que según avance el proyecto será necesario modificar tareas, reasignar recursos, etc.

Se debe tener claro que si bien sí podemos hablar de una "etapa de planificación", llamada así porque aglutina la mayor parte de los esfuerzos para planificar todas las variables que se darán cita, cada vez que se intenta prever un comportamiento futuro y se toman las medidas necesarias, se está planificando.

Encontramos dos grandes fases en las que la planificación cobra el máximo protagonismo:

-La primera es necesaria para estudiar y establecer la viabilidad de un proyecto.

-La segunda fase importante de planificación, tiene lugar una vez se ha decidido ejecutar el proyecto.

En conclusión puedo decir que he aprendido que el éxito de mi proyecto de intervención, está en

planificarlo bien, en trazar los planos para la ejecución del mismo y elaborar un plan de acción.

La planificación por tanto pretende:

- Precisar los resultados a obtener y el papel que en ellos representan los elementos personales y materiales.
- Elaborar las orientaciones y normas de actuación
- Definir el papel que le corresponde a los diferentes sectores personales implicados
- Prever las situaciones posibles y preparar estrategias correctivas.
- Establecer un sistema de control que informe de manera continua sobre la marcha del proceso y la obtención de resultados.

Por tanto, La planificación, consiste en buscar, anticipar, prever, predecir e intentar vislumbrar qué va a desarrollarse y aplicarse en el futuro.

3.- APLICACIÓN Y DESARROLLO

3.1. Ejecución del proyecto

Una vez cubiertas las etapas de diagnóstico y planificación llega el momento de la acción, de aplicar a la práctica todas aquellas actividades que he previsto. Hay que ejecutar lo que se he planificado y hacer real lo que fue una ilusión durante tanto tiempo.

La ejecución del proyecto es un paso importante, habrá que considerar los tiempos planificados, los demás recursos y la secuencia en que deben ser llevadas a la práctica las acciones.

Una vez estudiada la anamnesis de cada paciente seleccionado, redactada en el análisis de la realidad o fase de diagnóstico, se establece un plan de rehabilitación integral dependiendo de cada patología y atendiendo a las necesidades individuales de cada paciente.

1.-PROGRAMA DE ACTIVIDADES PLANIFICADAS CON SANTIAGO GONZÁLEZ ESCAPA DE 92 AÑOS DE EDAD. TIEMPO DEL PROGRAMA UNA HORA DIARIAMENTE.



Santiago con Maruja, su mujer. Mayo 2014

El tratamiento no farmacológico en Santiago, es a través de la fisioterapia, realizaremos tabla cinesiterapia, raquis cervical (movilidad general: flexo-extensión, rotaciones, lateralizaciones, ejercicios isométricos para musculatura flexora,extensora, rotadora y lateralizadora, estiramientos de la musculatura, relajación cintura escapular, ejercicios de hombros, etc. El objetivo de esta fisioterapia es facilitar la ejecución y el control de los movimientos, prevenir retracciones musculotendinosas, promover acciones paliativas como ejercicios respiratorios, coordinación óculo-manual, AVD...y sobretodo favorecer la cierta mejoría en el estado se salud del paciente. También llevamos a cabo talleres de estimulación cognitiva para estimular memoria, concentración y atención.

El programa de actividades incluye:

- Fisioterapia respiratoria
- Rehabilitación musculo-esquelética
- Aparatología (ultrasonidos, electroestimulación...)
- Pilates para tercera edad
- Reeducación de la marcha, con ayuda de andador y / o acompañantes.
- Establecer dieta para control glucemia y compatible con tratamiento anticoagulación
- Talleres estimulación cognitiva, para evitar deterioro en este área
- Actividades de salir a pasear, cuando el tiempo lo permite

Dicho programa se realiza diariamente en sesiones de una hora como mínimo, pues dada la avanzada edad de Santiago, hay días que debo modificar el planning previamente expuesto en función del estado en el que se encuentre, dando prioridad al problema de salud que en ese momento tenga.

Actualmente Santiago se encuentra muy recuperado y su vida al igual que la de la mujer ha cambiado por completo al gozar ambos de mejor calidad de vida. Los objetivos marcados para su rehabilitación se han cumplido al 100 %. Para corroborar este resultado,se podrá visualizar el informe de una sobrina, en archivo adjunto.



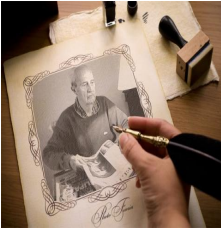
La sobrina ha tenido problemas para enviarme el informe, ya que no tiene escáner. Debido a la falta de resolución, me ha pedido que lo escriba. A continuación cito literalmente:

“Me llamo Ana y soy sobrina de Maruja y Santiago. En estas pocas líneas quisiera agradecer la labor profesional y la entrega personal de María para con ellos. Yo he sido testigo de su evolución desde que hace cuatro largos años tuviera la mala fortuna de caer Santiago en casa. Al principio todo era un caos, desde el cambio de rutina en el día a día y el cómo afrontar las dificultades de salud y autonomía que fueron varias. Desde entonces y hasta hoy, 30 de Junio de 2014, todo ha sido una evolución continua positiva, salvando obstáculos físicos, psicológicos y domésticos que aún padecemos. Gracias a la profesionalidad, no sólo en conocimientos de enfermería y fisioterapia sino también en cuanto a labor humana e implicación personal de María, su enfermera, su fisio y sobretodo su amiga que nos ha sabido guiar por un camino digno hacia el bienestar. Gracias. Ana “



Santiago y Maruja 30 de Junio 2014

2.- PROGRAMA DE ACTIVIDADES PLANIFICADAS CON ENRIQUE HUIDOBRO AFECTADO DE POLINEUROPATIA PERIFÉRICA. SE REALIZA UNA SESIÓN SEMANAL DE UNA HORA DE DURACIÓN.



Enrique 83 años. Mayo 2014

El tratamiento no farmacológico en Enrique es mediante técnicas de fisioterapia, realizaremos tabla cinesiterapia, raquis cervical (movilidad general: flexo-extensión, rotaciones, lateralizaciones, ejercicios isométricos para musculatura flexora, extensora, rotadora y lateralizadora, estiramientos de la musculatura, relajación cintura escapular, ejercicios de hombros, etc. El objetivo de esta fisioterapia es facilitar la ejecución y el control de los movimientos, prevenir retracciones musculotendinosas, promover acciones paliativas como ejercicios respiratorios, coordinación óculo-manual, AVD...y sobretodo favorecer la independencia del paciente. También llevamos a cabo talleres de estimulación cognitiva para estimular memoria.

El programa de actividades con Enrique incluye:

- Fisioterapia respiratoria
- Rehabilitación musculo-esquelética
- Electroterapia (ultrasonidos, electroestimulación...)
- Pilates para tercera edad
- Reeducación de la marcha con bastón y sólo siempre bajo supervisión
- Terapia psicológica para superar la agorafobia.

A fecha de hoy Enrique se encuentra en un estado de bienestar tanto a nivel físico, psíquico como social, al superar su problema de agorafobia (Actualmente se encuentra de vacaciones en Marbella). La polineuropatía está controlada y ha desaparecido la espasticidad neurológica de miembros superiores e inferiores.

La calidad de vida, no solamente de Enrique sino también de su mujer Asun, ha mejorado considerablemente al mejorar el estado de salud. Solicité a la familia un informe de como encuentran a su padre/ marido tras haber realizado un proyecto de mejora en la calidad de vida. Estoy a la espera de recibirlo.

3.-PROGRAMA DE ACTIVIDADES PLANIFICADAS CON ENCARNACIÓN, AFECTADA DE PARKINSON. UNA SESIÓN SEMANAL DE UNA HORA DE DURACIÓN



Encarnación de 78 años

El tratamiento no farmacológico en Encarnación es usando técnicas de fisioterapia, realizaremos tabla cinesiterapia, raquis cervical (movilidad general: flexo-extensión, rotaciones, lateralizaciones, ejercicios isométricos para musculatura flexora, extensora, rotadora y lateralizadora, estiramientos de la musculatura, relajación cintura escapular, ejercicios de hombros, etc. El objetivo de esta fisioterapia es facilitar la ejecución y el control de los movimientos, prevenir retracciones musculotendinosas, promover acciones paliativas como ejercicios respiratorios, coordinación óculo-manual, AVD...y sobretodo favorecer la independencia del paciente. También llevamos a cabo talleres de estimulación cognitiva para estimular memoria...

Para llevar a cabo este tratamiento he consultado la historia clínica de la paciente:

Programa de actividades a realizar con Encarnación

- Fisioterapia respiratoria
- Rehabilitación musculo-esquelética
- Electroterapia (ultrasonidos, electroestimulación...)
- Pilates para tercera edad
- Reeducción de la marcha
- Estimulación del equilibrio
- Talleres estimulación cognitiva

Actualmente Encarnación ha mejorado en la marcha, menos espasticidad neurológica en miembros superiores e inferiores, ha mejorado en cuanto a nivel cognitivo y memoria inmediata. Se adjunta informe de evaluación de su neuróloga, clínica del Rosario de Madrid.



Nani Junio 2014

DEPARTAMENTO DE ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS
ESTRAT. NEUROLOGICO

Paciente: ENCARNACION FERNANDEZ SANCANTARA No: 125117
Actividad: AREDA Edad: 78 Dr/Dña: G. Guebar

Tr. Ind.:
ALFARCA A VOZES

11A, 11B, 11C, 11D, 11E, 11F, 11G, 11H, 11I, 11J, 11K, 11L, 11M, 11N, 11O, 11P, 11Q, 11R, 11S, 11T, 11U, 11V, 11W, 11X, 11Y, 11Z, 11AA, 11AB, 11AC, 11AD, 11AE, 11AF, 11AG, 11AH, 11AI, 11AJ, 11AK, 11AL, 11AM, 11AN, 11AO, 11AP, 11AQ, 11AR, 11AS, 11AT, 11AU, 11AV, 11AW, 11AX, 11AY, 11AZ, 11BA, 11BB, 11BC, 11BD, 11BE, 11BF, 11BG, 11BH, 11BI, 11BJ, 11BK, 11BL, 11BM, 11BN, 11BO, 11BP, 11BQ, 11BR, 11BS, 11BT, 11BU, 11BV, 11BW, 11BX, 11BY, 11BZ, 11CA, 11CB, 11CC, 11CD, 11CE, 11CF, 11CG, 11CH, 11CI, 11CJ, 11CK, 11CL, 11CM, 11CN, 11CO, 11CP, 11CQ, 11CR, 11CS, 11CT, 11CU, 11CV, 11CW, 11CX, 11CY, 11CZ, 11DA, 11DB, 11DC, 11DD, 11DE, 11DF, 11DG, 11DH, 11DI, 11DJ, 11DK, 11DL, 11DM, 11DN, 11DO, 11DP, 11DQ, 11DR, 11DS, 11DT, 11DU, 11DV, 11DW, 11DX, 11DY, 11DZ, 11EA, 11EB, 11EC, 11ED, 11EE, 11EF, 11EG, 11EH, 11EI, 11EJ, 11EK, 11EL, 11EM, 11EN, 11EO, 11EP, 11EQ, 11ER, 11ES, 11ET, 11EU, 11EV, 11EW, 11EX, 11EY, 11EZ, 11FA, 11FB, 11FC, 11FD, 11FE, 11FF, 11FG, 11FH, 11FI, 11FJ, 11FK, 11FL, 11FM, 11FN, 11FO, 11FP, 11FQ, 11FR, 11FS, 11FT, 11FU, 11FV, 11FW, 11FX, 11FY, 11FZ, 11GA, 11GB, 11GC, 11GD, 11GE, 11GF, 11GG, 11GH, 11GI, 11GJ, 11GK, 11GL, 11GM, 11GN, 11GO, 11GP, 11GQ, 11GR, 11GS, 11GT, 11GU, 11GV, 11GW, 11GX, 11GY, 11GZ, 11HA, 11HB, 11HC, 11HD, 11HE, 11HF, 11HG, 11HH, 11HI, 11HJ, 11HK, 11HL, 11HM, 11HN, 11HO, 11HP, 11HQ, 11HR, 11HS, 11HT, 11HU, 11HV, 11HW, 11HX, 11HY, 11HZ, 11IA, 11IB, 11IC, 11ID, 11IE, 11IF, 11IG, 11IH, 11II, 11IJ, 11IK, 11IL, 11IM, 11IN, 11IO, 11IP, 11IQ, 11IR, 11IS, 11IT, 11IU, 11IV, 11IW, 11IX, 11IY, 11IZ, 11JA, 11JB, 11JC, 11JD, 11JE, 11JF, 11JG, 11JH, 11JI, 11JJ, 11JK, 11JL, 11JM, 11JN, 11JO, 11JP, 11JQ, 11JR, 11JS, 11JT, 11JU, 11JV, 11JW, 11JX, 11JY, 11JZ, 11KA, 11KB, 11KC, 11KD, 11KE, 11KF, 11KG, 11KH, 11KI, 11KJ, 11KK, 11KL, 11KM, 11KN, 11KO, 11KP, 11KQ, 11KR, 11KS, 11KT, 11KU, 11KV, 11KW, 11KX, 11KY, 11KZ, 11LA, 11LB, 11LC, 11LD, 11LE, 11LF, 11LG, 11LH, 11LI, 11LJ, 11LK, 11LL, 11LM, 11LN, 11LO, 11LP, 11LQ, 11LR, 11LS, 11LT, 11LU, 11LV, 11LW, 11LX, 11LY, 11LZ, 11MA, 11MB, 11MC, 11MD, 11ME, 11MF, 11MG, 11MH, 11MI, 11MJ, 11MK, 11ML, 11MN, 11MO, 11MP, 11MQ, 11MR, 11MS, 11MT, 11MU, 11MV, 11MW, 11MX, 11MY, 11MZ, 11NA, 11NB, 11NC, 11ND, 11NE, 11NF, 11NG, 11NH, 11NI, 11NJ, 11NK, 11NL, 11NM, 11NO, 11NP, 11NQ, 11NR, 11NS, 11NT, 11NU, 11NV, 11NW, 11NX, 11NY, 11NZ, 11OA, 11OB, 11OC, 11OD, 11OE, 11OF, 11OG, 11OH, 11OI, 11OJ, 11OK, 11OL, 11OM, 11ON, 11OO, 11OP, 11OQ, 11OR, 11OS, 11OT, 11OU, 11OV, 11OW, 11OX, 11OY, 11OZ, 11PA, 11PB, 11PC, 11PD, 11PE, 11PF, 11PG, 11PH, 11PI, 11PJ, 11PK, 11PL, 11PM, 11PN, 11PO, 11PP, 11PQ, 11PR, 11PS, 11PT, 11PU, 11PV, 11PW, 11PX, 11PY, 11PZ, 11QA, 11QB, 11QC, 11QD, 11QE, 11QF, 11QG, 11QH, 11QI, 11QJ, 11QK, 11QL, 11QM, 11QN, 11QO, 11QP, 11QQ, 11QR, 11QS, 11QT, 11QU, 11QV, 11QW, 11QX, 11QY, 11QZ, 11RA, 11RB, 11RC, 11RD, 11RE, 11RF, 11RG, 11RH, 11RI, 11RJ, 11RK, 11RL, 11RM, 11RN, 11RO, 11RP, 11RQ, 11RR, 11RS, 11RT, 11RU, 11RV, 11RW, 11RX, 11RY, 11RZ, 11SA, 11SB, 11SC, 11SD, 11SE, 11SF, 11SG, 11SH, 11SI, 11SJ, 11SK, 11SL, 11SM, 11SN, 11SO, 11SP, 11SQ, 11SR, 11SS, 11ST, 11SU, 11SV, 11SW, 11SX, 11SY, 11SZ, 11TA, 11TB, 11TC, 11TD, 11TE, 11TF, 11TG, 11TH, 11TI, 11TJ, 11TK, 11TL, 11TM, 11TN, 11TO, 11TP, 11TQ, 11TR, 11TS, 11TT, 11TU, 11TV, 11TW, 11TX, 11TY, 11TZ, 11UA, 11UB, 11UC, 11UD, 11UE, 11UF, 11UG, 11UH, 11UI, 11UJ, 11UK, 11UL, 11UM, 11UN, 11UO, 11UP, 11UQ, 11UR, 11US, 11UT, 11UU, 11UV, 11UW, 11UX, 11UY, 11UZ, 11VA, 11VB, 11VC, 11VD, 11VE, 11VF, 11VG, 11VH, 11VI, 11VJ, 11VK, 11VL, 11VM, 11VN, 11VO, 11VP, 11VQ, 11VR, 11VS, 11VT, 11VU, 11VV, 11VW, 11VX, 11VY, 11VZ, 11WA, 11WB, 11WC, 11WD, 11WE, 11WF, 11WG, 11WH, 11WI, 11WJ, 11WK, 11WL, 11WM, 11WN, 11WO, 11WP, 11WQ, 11WR, 11WS, 11WT, 11WU, 11WV, 11WW, 11WX, 11WY, 11WZ, 11XA, 11XB, 11XC, 11XD, 11XE, 11XF, 11XG, 11XH, 11XI, 11XJ, 11XK, 11XL, 11XM, 11XN, 11XO, 11XP, 11XQ, 11XR, 11XS, 11XT, 11XU, 11XV, 11XW, 11XX, 11XY, 11XZ, 11YA, 11YB, 11YC, 11YD, 11YE, 11YF, 11YG, 11YH, 11YI, 11YJ, 11YK, 11YL, 11YM, 11YN, 11YO, 11YP, 11YQ, 11YR, 11YS, 11YT, 11YU, 11YV, 11YW, 11YX, 11YY, 11YZ, 11ZA, 11ZB, 11ZC, 11ZD, 11ZE, 11ZF, 11ZG, 11ZH, 11ZI, 11ZJ, 11ZK, 11ZL, 11ZM, 11ZN, 11ZO, 11ZP, 11ZQ, 11ZR, 11ZS, 11ZT, 11ZU, 11ZV, 11ZW, 11ZX, 11ZY, 11ZZ, 11AA, 11AB, 11AC, 11AD, 11AE, 11AF, 11AG, 11AH, 11AI, 11AJ, 11AK, 11AL, 11AM, 11AN, 11AO, 11AP, 11AQ, 11AR, 11AS, 11AT, 11AU, 11AV, 11AW, 11AX, 11AY, 11AZ, 11BA, 11BB, 11BC, 11BD, 11BE, 11BF, 11BG, 11BH, 11BI, 11BJ, 11BK, 11BL, 11BM, 11BN, 11BO, 11BP, 11BQ, 11BR, 11BS, 11BT, 11BU, 11BV, 11BW, 11BX, 11BY, 11BZ, 11CA, 11CB, 11CC, 11CD, 11CE, 11CF, 11CG, 11CH, 11CI, 11CJ, 11CK, 11CL, 11CM, 11CN, 11CO, 11CP, 11CQ, 11CR, 11CS, 11CT, 11CU, 11CV, 11CW, 11CX, 11CY, 11CZ, 11DA, 11DB, 11DC, 11DD, 11DE, 11DF, 11DG, 11DH, 11DI, 11DJ, 11DK, 11DL, 11DM, 11DN, 11DO, 11DP, 11DQ, 11DR, 11DS, 11DT, 11DU, 11DV, 11DW, 11DX, 11DY, 11DZ, 11EA, 11EB, 11EC, 11ED, 11EE, 11EF, 11EG, 11EH, 11EI, 11EJ, 11EK, 11EL, 11EM, 11EN, 11EO, 11EP, 11EQ, 11ER, 11ES, 11ET, 11EU, 11EV, 11EW, 11EX, 11EY, 11EZ, 11FA, 11FB, 11FC, 11FD, 11FE, 11FF, 11FG, 11FH, 11FI, 11FJ, 11FK, 11FL, 11FM, 11FN, 11FO, 11FP, 11FQ, 11FR, 11FS, 11FT, 11FU, 11FV, 11FW, 11FX, 11FY, 11FZ, 11GA, 11GB, 11GC, 11GD, 11GE, 11GF, 11GG, 11GH, 11GI, 11GJ, 11GK, 11GL, 11GM, 11GN, 11GO, 11GP, 11GQ, 11GR, 11GS, 11GT, 11GU, 11GV, 11GW, 11GX, 11GY, 11GZ, 11HA, 11HB, 11HC, 11HD, 11HE, 11HF, 11HG, 11HH, 11HI, 11HJ, 11HK, 11HL, 11HM, 11HN, 11HO, 11HP, 11HQ, 11HR, 11HS, 11HT, 11HU, 11HV, 11HW, 11HX, 11HY, 11HZ, 11IA, 11IB, 11IC, 11ID, 11IE, 11IF, 11IG, 11IH, 11II, 11IJ, 11IK, 11IL, 11IM, 11IN, 11IO, 11IP, 11IQ, 11IR, 11IS, 11IT, 11IU, 11IV, 11IW, 11IX, 11IY, 11IZ, 11JA, 11JB, 11JC, 11JD, 11JE, 11JF, 11JG, 11JH, 11JI, 11JJ, 11JK, 11JL, 11JM, 11JN, 11JO, 11JP, 11JQ, 11JR, 11JS, 11JT, 11JU, 11JV, 11JW, 11JX, 11JY, 11JZ, 11KA, 11KB, 11KC, 11KD, 11KE, 11KF, 11KG, 11KH, 11KI, 11KJ, 11KK, 11KL, 11KM, 11KN, 11KO, 11KP, 11KQ, 11KR, 11KS, 11KT, 11KU, 11KV, 11KW, 11KX, 11KY, 11KZ, 11LA, 11LB, 11LC, 11LD, 11LE, 11LF, 11LG, 11LH, 11LI, 11LJ, 11LK, 11LM, 11LN, 11LO, 11LP, 11LQ, 11LR, 11LS, 11LT, 11LU, 11LV, 11LW, 11LX, 11LY, 11LZ, 11MA, 11MB, 11MC, 11MD, 11ME, 11MF, 11MG, 11MH, 11MI, 11MJ, 11MK, 11ML, 11MN, 11MO, 11MP, 11MQ, 11MR, 11MS, 11MT, 11MU, 11MV, 11MW, 11MX, 11MY, 11MZ, 11NA, 11NB, 11NC, 11ND, 11NE, 11NF, 11NG, 11NH, 11NI, 11NJ, 11NK, 11NL, 11NM, 11NO, 11NP, 11NQ, 11NR, 11NS, 11NT, 11NU, 11NV, 11NW, 11NX, 11NY, 11NZ, 11OA, 11OB, 11OC, 11OD, 11OE, 11OF, 11OG, 11OH, 11OI, 11OJ, 11OK, 11OL, 11OM, 11ON, 11OO, 11OP, 11OQ, 11OR, 11OS, 11OT, 11OU, 11OV, 11OW, 11OX, 11OY, 11OZ, 11PA, 11PB, 11PC, 11PD, 11PE, 11PF, 11PG, 11PH, 11PI, 11PJ, 11PK, 11PL, 11PM, 11PN, 11PO, 11PP, 11PQ, 11PR, 11PS, 11PT, 11PU, 11PV, 11PW, 11PX, 11PY, 11PZ, 11QA, 11QB, 11QC, 11QD, 11QE, 11QF, 11QG, 11QH, 11QI, 11QJ, 11QK, 11QL, 11QM, 11QN, 11QO, 11QP, 11QQ, 11QR, 11QS, 11QT, 11QU, 11QV, 11QW, 11QX, 11QY, 11QZ, 11RA, 11RB, 11RC, 11RD, 11RE, 11RF, 11RG, 11RH, 11RI, 11RJ, 11RK, 11RL, 11RM, 11RN, 11RO, 11RP, 11RQ, 11RR, 11RS, 11RT, 11RU, 11RV, 11RW, 11RX, 11RY, 11RZ, 11SA, 11SB, 11SC, 11SD, 11SE, 11SF, 11SG, 11SH, 11SI, 11SJ, 11SK, 11SL, 11SM, 11SN, 11SO, 11SP, 11SQ, 11SR, 11SS, 11ST, 11SU, 11SV, 11SW, 11SX, 11SY, 11SZ, 11TA, 11TB, 11TC, 11TD, 11TE, 11TF, 11TG, 11TH, 11TI, 11TJ, 11TK, 11TL, 11TM, 11TN, 11TO, 11TP, 11TQ, 11TR, 11TS, 11TT, 11TU, 11TV, 11TW, 11TX, 11TY, 11TZ, 11UA, 11UB, 11UC, 11UD, 11UE, 11UF, 11UG, 11UH, 11UI, 11UJ, 11UK, 11UL, 11UM, 11UN, 11UO, 11UP, 11UQ, 11UR, 11US, 11UT, 11UU, 11UV, 11UW, 11UX, 11UY, 11UZ, 11VA, 11VB, 11VC, 11VD, 11VE, 11VF, 11VG, 11VH, 11VI, 11VJ, 11VK, 11VL, 11VM, 11VN, 11VO, 11VP, 11VQ, 11VR, 11VS, 11VT, 11VU, 11VV, 11VW, 11VX, 11VY, 11VZ, 11WA, 11WB, 11WC, 11WD, 11WE, 11WF, 11WG, 11WH, 11WI, 11WJ, 11WK, 11WL, 11WM, 11WN, 11WO, 11WP, 11WQ, 11WR, 11WS, 11WT, 11WU, 11WV, 11WW, 11WX, 11WY, 11WZ, 11XA, 11XB, 11XC, 11XD, 11XE, 11XF, 11XG, 11XH, 11XI, 11XJ, 11XK, 11XL, 11XM, 11XN, 11XO, 11XP, 11XQ, 11XR, 11XS, 11XT, 11XU, 11XV, 11XW, 11XX, 11XY, 11XZ, 11YA, 11YB, 11YC, 11YD, 11YE, 11YF, 11YG, 11YH, 11YI, 11YJ, 11YK, 11YL, 11YM, 11YN, 11YO, 11YP, 11YQ, 11YR, 11YS, 11YT, 11YU, 11YV, 11YW, 11YX, 11YY, 11YZ, 11ZA, 11ZB, 11ZC, 11ZD, 11ZE, 11ZF, 11ZG, 11ZH, 11ZI, 11ZJ, 11ZK, 11ZL, 11ZM, 11ZN, 11ZO, 11ZP, 11ZQ, 11ZR, 11ZS, 11ZT, 11ZU, 11ZV, 11ZW, 11ZX, 11ZY, 11ZZ

Madrid, miércoles 2 de Abril 2014

Reservado del Hospital Civil - No. 017.86.87-16.07.88.84 - Fax: 91.607.12.00 - Hospital Val de Aranda - No. 017.86.88.02

Informe de la neuróloga

4.-PROGRAMA DE ACTIVIDADES PLANIFICADAS CON MARÍA MARTINEZ HERNÁNDEZ AFECTADA DE CIERTO INMOVILISMO POR PROBLEMAS DE HALLUX VALGUS (JUANETES), FASCITIS PLANTAR, ESPOLÓN, ARTRITIS Y ARTROSIS. Actualmente haciéndose estudios en el área cardiovascular. A espera de diagnóstico por médicos de la Seguridad Social. Hasta el 25 de Marzo del 2015, no sabremos el diagnóstico. Este programa se realiza en sesiones de una hora una, dos o tres veces a la semana, dependiendo del grado de inflamación de la fascia plantar y de las articulaciones de los dedos del pie.



Debido a las patologías que presenta en los pies, María padece un cierto inmovilismo ya que el caminar le resulta muy doloroso, pero aun así no tiene ningún problema en llevar a cabo sus actividades de la vida diaria, teniendo en cuenta que vive sola.

En virtud a las patologías que presenta María, elaboro un programa de actividades planificadas de forma conjunta. He de decir que María no recibe ningún tratamiento para paliar los dolores musculoesqueléticos que padece. El tratamiento no farmacológico en María se realiza mediante ejercicios de fisioterapia y Aplicación aparatología.

Realizaremos una tabla cinesiterapia, raquis cervical (movilidad general: flexo-extensión, rotaciones, lateralizaciones, ejercicios isométricos para musculatura flexora, extensora, rotadora y lateralizadora, estiramientos de la musculatura, relajación cintura escapular, ejercicios de hombros, etc. El objetivo de esta fisioterapia es facilitar la ejecución y el control de los movimientos, prevenir retracciones musculotendinosas

Aparatología que utilizo:

1.- Electroterapia, basada en la aplicación de ultrasonido terapéutico de tipo continuo, lo utilizo como termoterapia profunda y selectiva en estructuras tendinosas y periarticulares.

2.- Electroterapia, basada en la aplicación de ultrasonido terapéutico de tipo pulsada, la emisión pulsante la utilizo en María, por sus efectos positivos sobre la inflamación, el dolor y el edema

Con el uso de los ultrasonidos se obtienen efectos biológicos, estos se deben al coeficiente de absorción. Pretendo:

- Favorecer la relajación muscular
- Aumentar la permeabilidad de la membrana
- Aumentar la capacidad regenerativa de los tejidos
- Efecto sobre los nervios periféricos

- Reducción del dolor
- Disminución o aumento de los reflejos medulares según la dosis aplicada
- Aceleración del proceso de regeneración axónica a dosis de 0.5W/cm² y aumento de la actividad enzimática en el cabo distal de un axón en regeneración
- A dosis de 2W/cm² se retrasa el proceso de regeneración

3.- Termoterapia de contraste calor/ frío (crioterapia)

4.- Infrarrojos

5.- Baños de parafina

6.- Masajes

7.- Gimnasia con los pies.

Incluye rotaciones y flexiones con el objetivo de aliviar rápidamente los dolores de piernas y activar la circulación sanguínea, estimulando el retorno venoso. Estos ejercicios ayudan a desarrollar la musculatura de los pies y mejoran el arco plantar

En un principio la ejecución de dicho programa de actividades planificadas con María, se llevó a cabo en sesiones de una hora dos veces a la semana los lunes y viernes. Desde el primer momento ambas acordamos el suprimir una sesión o en su defecto añadir otra más en función a la mejoría o empeoramiento de sus síntomas. Al cabo de un mes de iniciar este plan de intervención para mejorar su calidad de vida, María se sintió mucho más aliviada ya que habíamos controlado la inflamación y por consiguiente el dolor. En base a este resultado exitoso, decidimos quitar un día de tratamiento y dejar una sesión de mantenimiento a la semana. Al mes de haber tomado esta decisión y por tanto al haber modificado mi plan de acción, los síntomas se agravaron provocando más dolor en los pies. Una vez comprobado nuestro plan fallido, hemos vuelto a establecer un plan de sesiones tres veces a la semana de una hora de duración en días alternos, o sea Lunes, Miércoles y Viernes, independientemente si mejoraba o no. Ya va notando mejoría pues tenemos nuevamente controlada la inflamación y por ende el dolor.

La ejecución del programa de actividades planificadas se ha llevado a cabo sin problemas en todos los pacientes seleccionados.

En mi proyecto de intervención de Centro de día a domicilio, cabe señalar la importancia en la preparación de la persona encargada de llevar a cabo la fases de ejecución de este proyecto, de realizar este programa de actividades en este tipo de asistencia domiciliaria, desde cuidados de enfermería, de primeros auxilios, controles de glucemia, presión arterial, como abordar desmayos, síncope, control en el manejo de cuadros de ansiedad (ya que estos pueden cursar con falta de aire y sensación de ahogo) etc., de diseño de programas de fisioterapia con el fin de

fomentar la salud, de prevenir problemas degenerativos, de potenciación de las capacidades residuales y del tratamiento de las secuelas que, a nivel orgánico y funcional, originan muchos procesos patológicos en este grupo de personas. **Es importante señalar que este tipo de ejercicios físicos terapéuticos para la rehabilitación, hay que hacerlos de forma pausada, observando y controlando en cada momento al paciente,** pues no hay que olvidar son personas extremadamente delicadas y frágiles no solo a nivel de salud sino también a nivel músculo esquelético.

ES DE VITAL IMPORTANCIA COMENZAR LOS EJERCICIOS CON LOS EJERCICIOS RESPIRATORIOS Y ENTRE EJERCICIOS FÍSICOS VOLVER A REPETIR LA TERAPIA RESPIRATORIA.

Los ejercicios físicos a realizar los haremos de forma progresiva, empezando con una prueba de esfuerzo. Para ello tendremos que recurrir a unos aparatos para el control de constantes vitales.

Para ello nos ayudaremos de un pulsioxímetro, mediante este aparato controlamos perfectamente la concentración arterial de oxígeno (SpO₂) y la frecuencia cardíaca (pulso) y un tensiómetro. Si durante el ejercicio de fisioterapia advirtiéramos una saturación de O₂ baja, y pulsaciones elevadas y/o arrítmicas, deberíamos parar de inmediato, sentar al paciente, y empezar a hacerle ejercicios correspondientes a fisioterapia respiratoria, basada en inspiraciones profundas y expiraciones más lentas, soplando levemente con los labios fruncidos., de esta forma mejoramos la ventilación regional pulmonar, el intercambio de gases, la función de los músculos respiratorios, la disnea. Con este tipo de terapia podremos comprobar con el pulsioxímetro, que en nuestro paciente empieza a subir la saturación de O₂ y que empiezan a estabilizarse todos los parámetros que se habían alterado por la fatiga.

ES IMPORTANTE REALIZAR LOS EJERCICIOS FÍSICOS DE FORMA DIVERTIDA, CON MÚSICA...PARA EVITAR EL ABURRIMIENTO Y ASÍ MOTIVARLOS.

En conclusión puedo decir que a fecha de hoy todos los pacientes participantes en este proyecto de intervención gozan de una calidad de vida bastante más mejorada que en el inicio del programa de actividades.

Esto se podrá corroborar con informes familiares solicitados, donde expondrán sus opiniones así como la valoración de la rehabilitación y/o terapia integral a domicilio.

4.- REFLEXIÓN Y VALORACIÓN

4.1.- Evaluación del proyecto

Aunque la evaluación se coloca como última fase, la evaluación en mi opinión, debe estar presente a lo largo de todo proyecto, ya que su finalidad es ante todo recibir información que permita corregir el proyecto de modo tal que los objetivos sean alcanzados (feedback o retroalimentación de la información).



Siendo el feedback, el conjunto de reacciones o respuestas que manifiesta un receptor respecto a la actuación del emisor, lo que es tenido en cuenta por este para cambiar o modificar su mensaje. (www.WordReference.com)

En base a mi experiencia en rehabilitación integral domiciliaria con pacientes de edad avanzada y discapacitantes por varias patologías, la evaluación es anterior a la ejecución del proyecto (viabilidad), durante la ejecución (de proceso) y posterior a la ejecución (de resultados e impacto).

Como mi proyecto de intervención en este curso de postgrado de Experto Universitario en intervención en calidad de vida en personas mayores, va de forma paralela a mi trabajo diario y viendo los resultados que se obtienen con la forma de actuación, he de decir que para mí la fase de evaluación debería estar presente en todo momento, desde el primer momento. Hay una evaluación inicial y externa realizada por el médico del paciente en cuestión para poder llegar al diagnóstico y en función de éste planificar un tratamiento adecuado tanto farmacológico como no farmacológico. Dentro de los tratamientos no farmacológicos, el médico junto al terapeuta planificarán un programa de actividades personalizado e individualizado, usando diferentes técnicas de rehabilitación para conseguir el objetivo que se desea, que es lograr en el paciente que se trata, un estado funcional óptimo, teniendo en cuenta sus capacidades residuales y logrando una mejor calidad de vida.

Según mi experiencia profesional en calidad de terapeuta y teniendo en cuenta que la mayoría de las veces estos pacientes no están en revisiones periódicas de sus patologías y/o los médicos depositan su confianza en mí, la primera fase del proyecto de intervención con un paciente es estudiar al detalle el diagnóstico de la persona a tratar, realizar una evaluación externa es decir evaluarlo en función al diagnóstico, para poder comprobar las limitaciones y restricciones a nivel físico y psíquico, planificar un plan de acción basado tal y como dije antes en un programa de actividades, ejecutar este plan de acción y seguir evaluando a corto plazo (a veces esta evaluación es a diario al tratarse de personas de avanzada edad, de ahí que las terapias integrales con algunos de ellos se lleve a cabo a diario) por si algo falla y hay que cambiar o modificar el plan de acción nuevamente en función a las condiciones físicas o psíquicas del paciente a tratar, siendo ésta evaluación de resultados. Por tanto puedo decir que en la práctica cuando se lleva a cabo un proyecto de intervención con personas mayores asistidas en el propio domicilio, las fases se desarrollan según este orden:

En el momento que el terapeuta entra por primera vez en el domicilio donde se llevará a cabo la terapia integral, deberá entrevistar al propio paciente, familia y/o cuidadores, con el objetivo de recoger la máxima información relativa a su estado de salud actual. Hacer examen físico, mediante recogida de las constantes vitales tales como presión arterial, saturación de oxígeno, pulso, temperatura, control de glucemia en caso de diabetes...

Una vez estudiado el diagnóstico realizado por su doctor y teniendo en cuenta los datos recogidos sobre las constantes vitales del momento que empieza el proyecto de intervención por

el terapeuta, realizar una evaluación externa para comprobar limitaciones tanto físicas como psíquicas, después pasaremos a la planificación, ejecución, evaluación de resultados, diagnóstico, planificación y así sucesivamente.

He de decir que tratándose de personas de avanzada edad y con un estado de salud deteriorado, es importante realizar todos los días una evaluación externa por si hubiera que cambiar acciones dentro del proyecto de intervención, con el fin de evitar fallos irreversibles, en cuanto al estado de salud se refiere.

En conclusión es importante señalar que, cuando se desarrolla un programa de intervención en personas mayores discapacitantes por padecer enfermedades que afecten al aparato locomotor, neurológico, cardiovascular, respiratorio o psiquiátrico, la ejecución del programa de actividades tanto físicas como psíquicas, lleva implícita la evaluación casi continua durante la ejecución de las actividades planificadas, con el objetivo de poder hacer modificaciones en el plan de intervención a tiempo, para así evitar situaciones que pudieran llegar a ser nefastas, como es una parada cardiorrespiratoria por sobreesfuerzo.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, es de vital importancia que la persona encargada de realizar, dirigir este tipo de rehabilitación integral en domicilios, esté debidamente preparada en cuanto al manejo de primeros auxilios porque de una rápida actuación y saber hacer por parte del terapeuta, dependerá la vida del paciente.

De esta forma el resultado será óptimo, habremos conseguido el objetivo marcado que es el mejoramiento de la calidad de vida y la plena integración de la persona en condición de discapacidad al medio familiar, social y ocupacional, logrando esa satisfacción personal bilateral, por parte del propio paciente como por parte del terapeuta. El terapeuta debe propiciar un clima de seguridad, confianza, optimismo, de solidaridad con la familia y con el propio paciente, entendiendo como solidaridad la capacidad de entregarse a otros individuos pensando en estos como semejantes, es decir poder compartir sentimientos.

4.2.- Conclusiones y propuestas de mejora del proyecto

Trato de elaborar y describir las conclusiones, donde se recojan todos los aportes y logros que con el proyecto consigo. Así como todas aquellas incidencias ocurridas a lo largo del proceso de diseño y desarrollo del proyecto propuestas de mejora en cada uno de los pasos seguidos.

En primer lugar recordar a modo de resumen y siguiendo la lectura de la revista *Corpo Alegría*, que la rehabilitación a través de los años ha atravesado por todo un proceso para llegar a ser lo que es hoy, un proceso interactivo de aprendizaje, entre el paciente, su familia y la comunidad. Con la aplicación de diferentes procedimientos en mi proyecto de intervención en calidad de vida en personas mayores, intento lograr un estado funcional óptimo, tomando en cuenta las capacidades residuales de cada paciente a tratar y así lograr una mejor calidad de vida en cada uno de ellos. A esto es lo que llamo REHABILITACION INTEGRAL.



Mi centro de día de asistencia domiciliaria “La Melodía de la vida“, estará formado por un médico geriatra, un equipo de enfermería y una persona debidamente preparada que pueda realizar este tipo de rehabilitación integral en el propio domicilio del paciente, de esta forma se abaratarían los costes que lleva implícito el poner en funcionamiento un centro de este calibre. Con el tiempo y en dependencia a la demanda de este tipo de servicio se irán contratando y formando a personas debidamente capacitadas para poder llevar a cabo esta rehabilitación integral de nuestros clientes.

Mi propósito, es a través de mi centro de día, es llevar a cabo un proceso terapéutico, de reeducación y de inserción social dentro de las posibilidades de cada uno de ellos. En conclusión, el objetivo es el mejoramiento de la calidad de vida y la plena integración de la persona en condición de discapacidad al medio familiar, social y ocupacional.

En base a esta opinión puedo decir que el resultado de mi proyecto de intervención en calidad de vida en personas mayores, ha sido más que satisfactorio en cuanto a la parte práctica del proyecto de intervención ya que obtengo unos resultados sorprendentes en relación a la mejoría obtenida en cada uno de los pacientes participantes del mismo. Pacientes que se ofrecieron como voluntarios para ayudarme en la realización de este trabajo.

A fecha de hoy, todos gozan de un bienestar a nivel físico, psíquico y social. Un bienestar inalcanzable unos meses atrás, debido al estado de gran deterioro en el que se encontraban como consecuencia de sus patologías. A continuación muestro unas fotos en honor y agradecimiento a todos ellos porque sin su colaboración no hubiera sido posible llevar a cabo este proyecto de intervención.



En agradecimiento a todos ellos, Santiago, Enrique, Nani, María, a la mujer de Santiago,

Maruja, y a la hija de Nani, ya que colaboraron conmigo al 100% por y para la recuperación de su marido y la de su madre.

El mayor problema que he tenido para la realización de este proyecto de intervención, ha sido en la primera fase del proyecto de investigación, recordar que mi proyecto de intervención se hará a partir de un proyecto de investigación, ya que la finalidad de este curso es el poder reunir todos los conocimientos necesarios para la puesta en marcha de mi propio centro de día y sobretodo el poder poner en orden todas y cada uno de los pasos a seguir para llevar a cabo mi proyecto. Darme cuenta si solo ha sido una ilusión inalcanzable o bien el ver que esa idea que ronda mi cabeza desde hace años pueda ser viable para el bien de los demás.

Tengo presente en cada momento de la realización de mi proyecto de intervención una cita de Sapag, que recoge Gabriela Torres Martínez, en un artículo sobre ¿Qué es un proyecto de intervención?

“Un proyecto es la búsqueda de una solución inteligente al planteamiento de un problema, tendiente a resolver una necesidad humana” (Sapag y Sapag, 1987)

El problema que he encontrado estriba en una recogida de datos insuficiente para poder llevar a cabo el proyecto de investigación.

El objetivo del cuestionario realizado era saber si podía o no ser viable el proyecto del centro de día a domicilio, que ventajas e inconvenientes veían las personas encuestadas en este tipo de servicio, qué opinaban al respecto, etc. De los 100 cuestionarios que entregué tan solo recibí 22, debidamente cumplimentados. Los cuestionarios cumplimentados por estas 22 personas podrán ser revisados en el archivo adjunto que envío junto con este trabajo de las actividades correspondientes al primer y segundo trimestre.

También envío un archivo correspondiente a la visualización de los datos más significativos para la elaboración del proyecto, dichos datos se recogen en tablas, con sus porcentajes correspondientes.

Es importante resaltar que un porcentaje bastante alto está favor de realizar este tipo de terapia a domicilio siempre y cuando los resultados sean notorios y suponga una mejor calidad de vida no solo en el paciente sino también en el ámbito familiar. Aunque no se obtuvo una participación elevada, obtuve resultados mas que satisfactorios, lo cual me anima a seguir hacia adelante con mi sueño. Siempre digo a mis pacientes a pesar de la edad, " No dejes de perseguir tu sueño ", tendrás una cosa más por la que sonreír, ¿ no crees ? (decir que esta frase provoca una gran sonrisa en ellos pues les transmito esperanza para seguir viviendo).

Y ya para acabar decir, que gracias a este curso he podido comprender que un proyecto es una propuesta ordenada de acciones que pretenden la solución o reducción de la magnitud de un problema que afecta a un individuo o grupo de individuos y en la cual se plantea la magnitud, características, tipos y períodos de los recursos requeridos para completar la solución propuesta dentro de las limitaciones técnicas, sociales, económicas y políticas en las cuales el proyecto se desarrollará.

Nunca olvidaré y es de suma importancia realizar un proyecto en base a los siguientes pasos:

- 1.-Qué se quiere lograr
- 2.-Por qué y para qué se quiere lograr
- 3.-Dónde se va a lograr
- 4.-Quién lo va a lograr
- 5.-Cómo y por qué medios (Acciones, insumos, recursos y condiciones)
- 6.-Con qué se cuenta y que es necesario conseguir
- 7.-Qué productos se va a lograr
- 8.-Cuándo se logrará
- 9.-Riesgos y posibilidades que el entorno ofrece
- 10.-Cuál es el costo total o presupuesto
- 11.-A qué fuentes de financiación se acudirá

Y por último decir que mi proyecto del Centro de día “La melodía de la vida” asistencia domiciliaria en un futuro no lejano abrirá sus puertas para el bien de todas aquellas personas discapacitantes, una vez finalizado este curso Experto Universitario en Intervención en calidad de vida en personas mayores que me ha sido concedido por la UNED.

Mi agradecimiento en primer lugar a mi tutora Martina Pérez, por estar ahí cuando he requerido su ayuda en alguna actividad del primer trimestre, por haber sido tan franca conmigo a la hora de corregir mi actividades. Esperando que este proyecto sea de su agrado y esté bien realizado. He de decir que he trabajado muchísimo y con mucha ilusión en la realización de este curso, a pesar de haber tenido una serie de problemas personales que dificultaban la elaboración de las actividades del proyecto de intervención. Gracias a Dios he podido realizar dichas actividades a tiempo, con la esperanza de obtener resultados positivos.

Mi agradecimiento a Gloria Pérez Serrano autora de los libros “Intervención y desarrollo integral en personas mayores”, ¿Cómo intervenir en personas mayores?, “Modelos de Investigación Cualitativa en Educación Social y Animaciones Prácticas” y del libro “Elaboración de Proyectos Sociales. Casos prácticos”, gracias a ellos he podido profundizar en temas referentes al área de salud, terapia ocupacional, animación social, etc. Y a todos sus colaboradores que han desarrollado numerosos temas en el área de rehabilitación, fisioterapia, talleres ocupacionales, nutrición, etc.

REFLEXIÓN FINAL

A modo de reflexión final sobre mi proyecto, quisiera compartir con mis lectores algo que escribí una tarde lluviosa de Agosto en Santiago de Cuba, dedicandosela a toda mi familia, a mi hijo Álvaro, a todos y cada uno de mis pacientes tanto los que han formado parte del proyecto como a los que sin haber sido objeto de estudio trato cada día, a todos ellos que me han apoyado y animado para la realización de este curso. Este proyecto de intervención es en memoria a mi padre ya que gracias a él he tenido la constancia de seguir realizandolo a pesar de todos los inconvenientes que me surgían, pues desde muy pequeña tanto mi padre como mi madre nos educaron a ser constantes y perseverantes con aquello que realmente deseamos y queremos.

" No temas saltar al vacío por seguir un sueño...el miedo no te permite avanzar "

Espero les guste y lo pongan en práctica, para así mejorar nuestras vidas, en todas sus etapas, no solo en la vejez.



" Qué es la vida sino la más dulce de las melodías jamás escuchada y leída, donde cada uno es protagonista de esa historia en clave de sol, llena de amor y desamor?. Momentos de alegría y tristeza nos acompañan en este largo caminar, situaciones poco gratas que hacen hasta el más fuerte flaquear, pero gracias a ellas nos hacen madurar. Aprenderemos que con la edad no importa lo que fuiste y quien fuiste, de dónde vienes o hacia dónde vas...porque al final lo que uno busca es tan sólo paz. Es importante saber que todos envejeceremos y debemos estar preparados para ello. Recordando las notas musicales nuestra directriz hallaremos:

***DO**minaremos las adversidades de la vida*

***RE**naceremos día a día*

***MI**raremos la vida con alegría*

***FA**llaremos a la apatía*

*SOL*icitaremos ayuda cuando más la necesitemos

LA ayuda prestada con gratitud la aceptaremos

SI la vida nos azota, nos levantaremos. Seguiremos adelante porque es un mito " que la vida es corta "

*DO*minaremos las situaciones no tan buenas para aprender de ellas.

Apliquemosnos en el día a día la célebre frase del político militar y compositor cubano, Juan Almeida Bosque, "Aquí no se rinde nadie ", porque la vida no es más que una batalla donde cada uno de nosotros debemos enfrentar a veces acompañados y otras en soledad. Debemos luchar contra ella con el único propósito de salir victoriosos hasta el final de nuestros días. Así haremos que cada despertar se acompañe de un hermoso amanecer cuyos rayos de sol nos iluminen cada día, alejando las tristezas y aumentando las alegrías, para así componer la más dulce de las melodías que tal y como dije antes, no es más que nuestra propia vida ".

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

*Pérez Serrano Gloria ¿Cómo intervenir en personas mayores ? (2ª edición, corregida y aumentada). Editorial DYKINSON, S.L. Meléndez Valdes 61. Madrid

*Pérez Serrano Gloria " Elaboración de proyectos Sociales " Casos prácticos. NARCEA , S.A.DE EDICIONES. MADRID

*Pérez Serrano Gloria " Intervención y desarrollo integral en personas mayores ". EDITORIAL UNIVERSITAS, S.A.

*Pérez Serrano Gloria "Modelos de Investigación Cualitativa " en Educación Social y Animación Sociocultural. Aplicaciones Prácticas. NARCEA , S.A.DE EDICIONES. MADRID

BIBLIOGRAFÍA INTERNET

Agradecer toda la bibliografía que he consultado por internet para la realización de las actividades, dejando constancia de cada una de ellas a lo largo del desarrollo de cada actividad. También he consultado páginas como:

www.afalcontigo.es

www.educares.com.ar

www.educaweb.es

www.ibertaller.com

www.ihn.com

www.infoterapias.es

www.ins.com

www.medliplus.com

www.munimadrid.org

www.parkinsonmadrid.org

www.proyectosdeintervención/uned.es

www.sanitas.es

www.universa.com

www.vademecum.es

www.wikipedia.es

PUBLICACIONES, DOCUMENTOS:

MONOGRAFÍAS ESTUDIOS GERONTOLÓGICOS Hospital de Matanzas (Cuba), Argentina.

ASEMGRA Taller de Fisioterapia Respiratoria-Federación ASEM