

Proyecto

Centro Social "La Palmera"

ROSA PÉREZ COELLO

C/ Collao, nº 51, Edf. Codolla, Bajo E

03530 La Nucia (Alicante)

E-Mail: rosaperez1973@yahoo.es

Tutora: Martina Pérez Serrano

Título: Centro Social "La Palmera"

Curso: "Intervención en Calidad de Vida de Personas Mayores" / 2006

**Vida honesta y ordenada
usar de pocos remedios
y poner todos los medio
de no apurarse por nada.
La comida, paseada,
ejercicio y diversión,
beber con moderación,
salir al campo algún rato,
poco encierro, mucho trato
y continua ocupación.**

Dr. Letamendi

ÍNDICE:

<i>Contenido</i>	<i>Pág.</i>
Introducción	3
Fundamentación teórica	5
Análisis de la realidad	20
Planificación	26
Ejecución	33
Evaluación	38
Conclusiones y propuestas	40
Bibliografía	41
Anexos.....	42

INTRODUCCIÓN:

Si bien es cierto que todavía hay mucho que hacer en materia de protección social a los mayores, también es cierto que su situación ha mejorado en los últimos años.

Con el aumento del nivel de vida y la satisfacción de las necesidades de orden económico, las administraciones intentan aumentar sus esfuerzos para dotar a las personas mayores no sólo de recursos económicos suficientes, sino también de aquellos de carácter material, humano y cultural que contribuyen a su integración en la sociedad.

Creo que las acciones encaminadas a atender las necesidades sanitarias, económicas y psicosociales ya no son suficientes por sí solas, sino que hay que añadir la información, la movilización, es decir, informar para participar como agente de transformación de los intereses de los mayores.

No hay que olvidar tampoco que por mucho que se insista en el error de identificar la vejez como sinónimo de enfermedad, pobreza y dependencia, que tales casos existen pero el "tratamiento" que deben recibir es diferente de aquellos que gozan de buena salud y disfrutan de unas condiciones económicas y sociales favorables.

Cuando hablamos de personas mayores, el problema que se plantea es el saber si el concepto de realización personal al margen del trabajo tiene cabida en un espacio donde no ha existido una preparación para ello. La jubilación es un paso brusco a un mundo nuevo para el mayor: el mundo del ocio.

A esto último, es en lo que voy a basarme para la elaboración del proyecto. En la creación de un centro para fomentar la convivencia y promover actividades recreativas y culturales. Programar charlas informativas sobre el mantenimiento de la salud, la educación desde el punto de vista de "abuelos"...

Crear un centro de referencia donde el colectivo de las personas mayores pudiese encontrar apoyo y asesoramiento integral para buscar el recurso mediante la coordinación con otras instituciones y entidades que trabajan en el ámbito de los servicios socio-sanitarios orientados a la tercera edad.

Realizar una prevención de estos pacientes / usuarios con una valoración integral (física, psíquica, funcional y social), lo que nos proporcionará una visión lo más completa posible. Ofertar una serie de tratamientos para las patologías crónicas más comunes en este colectivo (rehabilitación, fisioterapia, gimnasia, talleres, charlas...).

En definitiva, promocionar actividades sociales que giren entorno a la mejora de la CALIDAD DE VIDA de todo el colectivo.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA:

Es conveniente no confundir envejecimiento con vejez, sería un grave error, el envejecimiento es un proceso, la vejez es un estado. *(La edad es cosa del hombre, y el tiempo de los dioses).*

El proceso del envejecimiento es estudiado cada vez más como un fenómeno diferenciado en el que intervienen variables biológicas, psicológicas, económicas, culturales y sociales. Importancia de considerar el proceso como una etapa más en el ciclo vital, que reúne sus propias características.

Si nos remitimos al origen de la palabra "jubilación", su significado implica júbilo (jubileo), es decir, una situación cuyo beneficiario comienza una etapa de gratificación, placer, reconocimiento cultural, entre otros aspectos.

"El envejecimiento de la población es, ante todo y sobre todo, una historia del éxito de las políticas de salud pública, así como del desarrollo social y económico..."

Gro Harlem Brundtland

Directora Gral. De la OMS, 1999

El envejecimiento plantea muchas cuestiones a los responsables políticos; cómo podemos ayudar a que sigan siendo independientes?, cómo mejorar la calidad de vida en la edad avanzada? Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se debe alcanzar el objetivo de que *las personas mayores sanas sigan siendo un recurso para sus familias, comunidades y economías*, como se indicó en la Declaración de Brasilia de las Naciones Unidas sobre Envejecimiento y Salud en 1996.

2002		2025	
Italia	24,5%	Japón	35,1%
Japón	24,3%	Italia	34,0%
Alemania	24,0%	Alemania	33,2%
Grecia	23,9%	Grecia	31,6%
Bélgica	22,3%	España	31,4%
España	22,1%	Bélgica	31,2%
Portugal	21,1%	Reino Unido	29,4%
Reino Unido	20,8%	Países Bajos	29,4%
Ucrania	20,8%	Francia	28,7%
Francia	20,5%	Canadá	27,9%

Tabla 1 Fuente: O.N.U. 2001

(tabla 1).

Hasta ahora, el envejecimiento de la población se ha asociado principalmente con las regiones más desarrolladas del mundo. Por ejemplo, actualmente nueve de los diez países con más de 10 millones de habitantes y la mayor proporción de personas mayores están en Europa

El rápido envejecimiento de los países en vías de desarrollo se acompaña de grandes cambios en las estructuras y roles familiares, así como en los patrones de trabajo y migración. La urbanización, la migración de los jóvenes a las ciudades en busca de trabajo, el menor tamaño de las familias y un mayor número de mujeres que engrosan los activos del sector de trabajo formal significa que haya un menor número de personas disponibles para cuidar de los mayores cuando éstos necesiten ayuda.

ALGUNAS DEFINICIONES FUNDAMENTALES:

La autonomía es la calidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir al día de acuerdo con las normas y preferencias propias.

La independencia: capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, es decir, la capacidad de vivir con independencia en la comunidad recibiendo poca ayuda, o ninguna, de los demás.

La calidad de vida es "la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y con relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. Es un concepto de amplio espectro, que incluye de forma compleja la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, sus creencias personales y su relación con las características destacadas de su entorno" (OMS, 1994). A medida que las personas envejecen, su calidad de vida se ve determinada en gran medida por su capacidad para mantener la autonomía y la independencia.

La esperanza de vida saludable: como sinónimo de "esperanza de vida libre de discapacidad". Mientras la esperanza de vida al nacer sigue siendo una importante medida del envejecimiento de la población, cuánto tiempo pueden las personas mayores esperar a vivir sin discapacidad resulta especialmente importante para una población que envejece.

Con la excepción de la autonomía, que es notablemente difícil de medir, todos los conceptos mencionados anteriormente se han elaborado como intentos de medir el grado de dificultad que tiene una persona mayor para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

El envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.

El término "activo" hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no sólo la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra.

El término "salud" se refiere al bienestar físico, mental y social expresado por la OMS en su definición de salud. Por tanto, en un marco de envejecimiento activo, las políticas y programas que promueven las relaciones entre la salud mental y social son tan importantes como los que mejoran las condiciones de salud físicas.

Mantener la autonomía y la independencia a medida que se envejece es un objetivo primordial tanto para los individuos como para los políticos. Además, el envejecimiento tiene lugar dentro del contexto de los demás: los amigos, los compañeros de trabajo, los vecinos y los miembros de la familia. Por ello, la interdependencia y la solidaridad intergeneracional (dar y recibir de una manera recíproca entre individuos, así como entre viejos y jóvenes) son principios importantes del envejecimiento activo.

El término "*envejecimiento activo*" fue adoptado por la OMS a finales de los 90 con la intención de transmitir un mensaje más completo que el de "envejecimiento saludable" y reconocer los factores que junto a la atención sanitaria afectan a la manera de envejecer de los individuos y las poblaciones. Las intervenciones que crean ambientes de ayuda y que fomentan opciones saludables son importantes en todas las etapas de la vida.

Las políticas y los programas de envejecimiento activo reconocen la necesidad de fomentar y equilibrar la responsabilidad personal (el cuidado de la propia salud). Las personas y las familias necesitan planificar y prepararse para ella, y adoptar prácticas de salud positivas y personales en todas las etapas de la vida. Es más barato prevenir la enfermedad que curarla.

El envejecimiento activo depende de una diversidad de influencias o determinantes que rodean a las personas, las familias y las naciones. Comprender la evidencia experimental de que se dispone sobre estos determinantes ayudará a diseñar políticas y programas que funcionen.

En este momento no es posible atribuir una causalidad directa a ningún determinante (*figura 2*). Es necesario que se investigue más para clarificar y especificar el papel de cada determinante, así como la interacción entre ellos, en el proceso de envejecimiento.

Es conveniente considerar la influencia de diversos determinantes sobre el curso vital a fin de sacar partido de las transiciones y de los momentos oportunos para mejorar la salud, la participación y la seguridad en diferentes etapas.

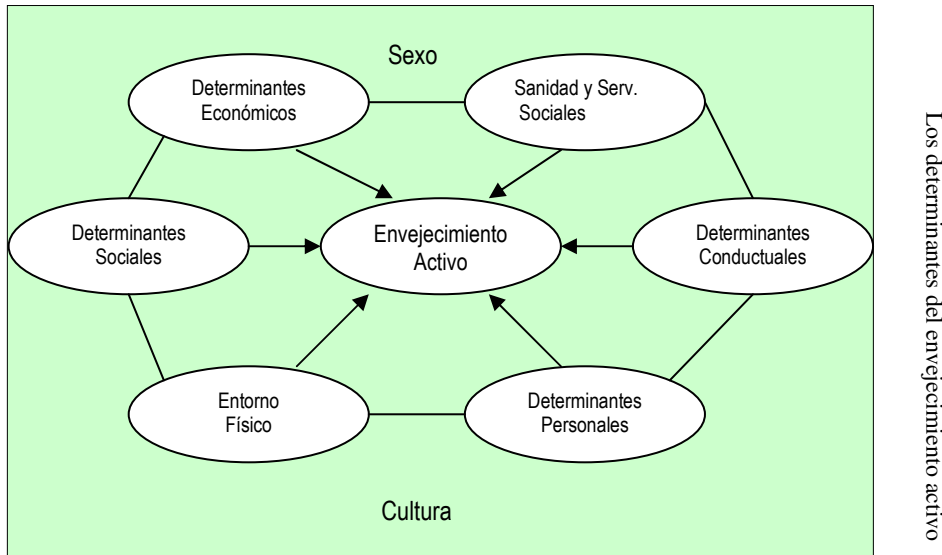


Figura 2

Los determinantes transversales, cultura y sexo: La cultura rodea a las personas y poblaciones, determina la forma en que envejecemos porque influye sobre todos los demás determinantes del envejecimiento activo. Los valores y las tradiciones culturales determinan en gran medida la forma en que una sociedad dada considera a las personas mayores y al proceso de envejecimiento.

El sexo es una “lente” a través de la cual se puede considerar la idoneidad de las distintas opciones de las políticas instauradas y cómo afectarán al bienestar tanto de los hombres como de las mujeres.

Para fomentar el envejecimiento activo, es necesario que los sistemas sanitarios tengan una perspectiva del ciclo vital completo y se orienten a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el acceso equitativo tanto a una atención primaria como a una asistencia de larga duración de calidad. La sanidad y los servicios sociales han de estar integrados y coordinados y ser efectivos, integrados y rentables.

La adopción de estilos de vida saludables y la participación activa en el propio autocuidado son importantes en todas las etapas del curso vital. Uno de los mitos sobre el envejecimiento gira en torno a la idea de que, en la vejez, ya es demasiado tarde para adoptar un estilo de vida saludable. Y al contrario, implicarse en una actividad física adecuada, una alimentación sana, no fumar y el consumo prudente de alcohol y medicamentos en la vejez puede evitar la discapacidad y el declive funcional, prolongar la longevidad y mejorar la propia calidad de vida.

Entre los factores personales destacamos la biología y genética y los factores psicológicos. Aunque los genes pueden estar involucrados en la causa de las enfermedades, en muchas de ellas la causa es medioambiental y externa en mayor grado que genética e interna. Los factores psicológicos como la inteligencia y la capacidad cognoscitiva son potentes predictores del envejecimiento activo y la longevidad.

Determinantes relacionados con el entorno físico, tenemos: el propio entorno físico, la seguridad de la vivienda, las caídas, el agua y el aire limpio y los alimentos sanos.

Determinantes relacionados con el entorno social: el apoyo social, las oportunidades para la educación y el aprendizaje continuo durante toda la vida, la paz y la protección frente a la violencia y el abuso, son factores fundamentales del entorno social que mejoran la salud, la participación y la seguridad a medida que las personas envejecen. La soledad, el aislamiento social, el analfabetismo y la falta de educación, el abuso contra las personas de edad avanzada y la exposición a situaciones de conflicto aumentan enormemente los riesgos de discapacidad y muerte prematura en las personas mayores.

Y como determinantes económicos existen tres aspectos que tienen un efecto especialmente significativo sobre el envejecimiento activo: los ingresos, el trabajo y la protección social.

Los desafíos del envejecimiento de la población son globales, nacionales y locales. Satisfacer estos desafíos requerirá la planificación innovadora y políticas sustantivas en los países desarrollados y en los países en transición. Destacamos 7 desafíos:

1) La doble cara de la enfermedad: A medida que las naciones se industrializan, el cambio de los modelos de vida y de trabajo va acompañado inevitablemente por un cambio de los patrones de la enfermedad. Los países más afectados por estos cambios son los que están en vías de desarrollo. Aunque estos países continúan luchando contra las enfermedades infecciosas, la desnutrición y las complicaciones perinatales, también se enfrentan con el rápido crecimiento de enfermedades no transmisibles (ENT). Esta "doble cara de la enfermedad" lleva los escasos recursos al límite.

El paso de las enfermedades trasmisibles a las ENT se está produciendo rápidamente en la mayoría de los países de desarrollo dónde enfermedades crónicas como enfermedades cardíacas, el cáncer y la depresión, están convirtiéndose con rapidez en las causas principales de morbilidad y discapacidad. Esta tendencia se multiplicará durante las próximas décadas.

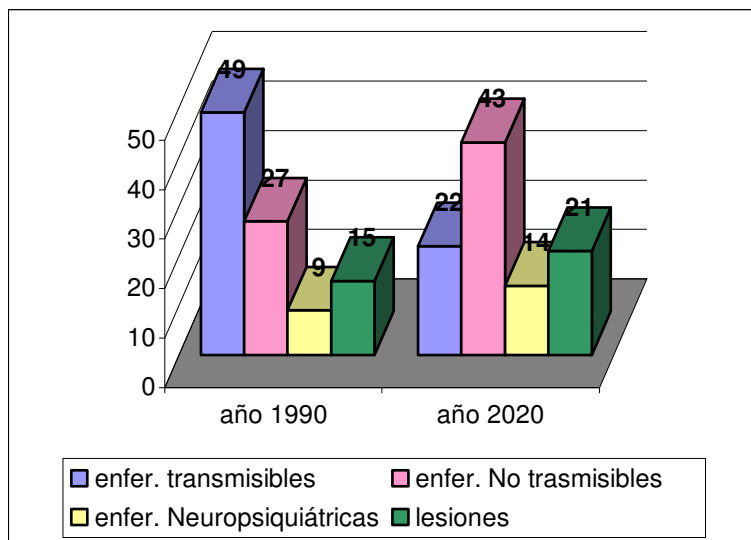


Figura 3

Carga global de la enfermedad en 1990 y 2020.

Fuente: Murray y López, 1996

2) Mayor riesgo de discapacidad: tanto en los países en vías de desarrollo como en los desarrollados, las enfermedades crónicas son causas importantes y de discapacidad, resultan costosas y reducen la calidad de vida.

Muchas personas desarrollan discapacidades en épocas tardías de la vida relacionadas con el deterioro del envejecimiento (Ej.: la artritis) o por la aparición de una enfermedad crónica que podría haberse prevenido en sus inicios (Ej.: diabetes) o una enfermedad degenerativa (Ej.: demencia). La probabilidad de experimentar graves discapacidades cognitivas y físicas aumenta de forma espectacular en edades muy avanzadas.

3) Proporcionar asistencia a las poblaciones que envejecen: a medida que las poblaciones envejecen, uno de los mayores desafíos de la política sanitaria es encontrar el equilibrio entre la ayuda para el cuidado de la propia salud (personas que se cuidan a sí mismas), la ayuda informal (asistencia de los miembros de la familia y amigos) y la atención formal (servicios sociales y de salud). La atención formal incluye tanto la asistencia primaria de salud (a nivel de comunidad) como la asistencia institucional (hospitales, residencias). Aunque está claro que la mayor parte de la necesidad

asistencial de las personas se la prestan ellos mismos o sus cuidadores informales, la mayoría de los países asignan sus recursos financieros a la asistencia institucional.

4) La feminización del envejecimiento: las mujeres viven más tiempo que los hombres prácticamente en todas las partes del mundo. Debido a la mayor esperanza de vida de las mujeres y la tendencia de los hombres a casarse con mujeres más jóvenes y volver a casarse si sus esposas fallecen, el número de viudas supera de manera espectacular al de viudos en todos los países. Las mujeres mayores que viven solas son muy vulnerables a la pobreza y al aislamiento social.

5) La ética y las desigualdades: a medida que las poblaciones envejecen, se perfilan una serie de consideraciones éticas. Están vinculadas con la discriminación en las asignación de los recursos por razones de edad, cuestiones relacionadas con el fin de la vida y una multitud de dilemas asociados con la asistencia de larga duración y los derechos humanos de las personas mayores pobres y con discapacidades. Los avances científicos y la medicina moderna han planteado muchas preguntas éticas relacionadas con la investigación y la manipulación genética, la biotecnología, la investigación con células madres y el uso de la tecnología para mantener la vida de una forma que compromete, al mismo tiempo, la calidad de vida.

Las sociedades que valoran la justicia social deben esforzarse por asegurar que todas las políticas y prácticas mantengan y garanticen los derechos de todas las personas, sin tener en cuenta la edad. El apoyo y la toma de decisiones éticas han de ser estrategias fundamentales en cualquier programa, práctica, política e investigación sobre el envejecimiento.

6) La economía de una población que envejece: el envejecimiento global exige a los gobiernos y al sector privado que aborden los desafíos planteados a los sistemas de la seguridad social y de pensiones. Un enfoque equilibrado de la provisión de protección social y los objetivos económicos indica que las sociedades con voluntad de planificación pueden permitirse envejecer. Las políticas del mercado laboral tienen en realidad un impacto más importante sobre la capacidad de la nación para proporcionar protección social que el envejecimiento demográfico en sí. El objetivo debe consistir en reconocer y aprovechar el talento y experiencia de las personas mayores y garantizarles un nivel de vida adecuado, a la vez que se fomentan los intercambios entre generaciones.

7) La forja de un nuevo paradigma: tradicionalmente la vejez se ha relacionado con la enfermedad, la dependencia y la jubilación. Las políticas y los programas vinculados a este paradigma desfasado no reflejan la realidad.

Ha llegado el momento de instaurar un nuevo paradigma que considere a las personas mayores participantes activas de una sociedad que integra el envejecimiento y que considere a dichas personas contribuyentes activos y beneficiarios del desarrollo. Los propios ancianos y los medios de comunicación deben tomar la iniciativa para forjar una imagen nueva y más positiva del envejecimiento.

En 1995, cuando la OMS cambió de nombre su "Programa de Salud de las Personas Mayores" por el de "Envejecimiento y Salud", marcó un importante cambio de orientación. En vez de aislar en categorías a las personas mayores, el nuevo nombre consideraba una perspectiva de todo el curso vital: todos envejecemos y la manera mejor de asegurar una buena salud para las futuras generaciones de personas mayores es prevenir las enfermedades y promover la salud todo el ciclo vital.

Por el contrario, sólo puede comprenderse bien la salud de aquellos que actualmente se encuentran en la vejez si se tienen en cuenta los acontecimientos de la vida por los que han pasado. El objetivo de este programa ha sido desarrollar políticas que aseguren el logro de la mejor calidad de vida posible, para el mayor número de personas posible.

El "Año Internacional de las Personas Mayores" (1999) marcó un hito en la evolución del trabajo de la OMS sobre el envejecimiento. Ese año el tema fue: el envejecimiento activo marca la diferencia. Esto hizo que se pusiera en marcha el Movimiento Global para el Envejecimiento Activo, gracias a la Dra. Brundtland (Directora Gral. de la OMS).

En 2000, se volvió a cambiar el nombre del programa a "Envejecimiento y Ciclo Vital" quedando reflejado la importancia de una perspectiva que abarque todas las fases de la vida.

En España, ha sido a partir del siglo XX cuando se ha vivido una revolución de la longevidad que explica el proceso de envejecimiento (*tabla 4*)

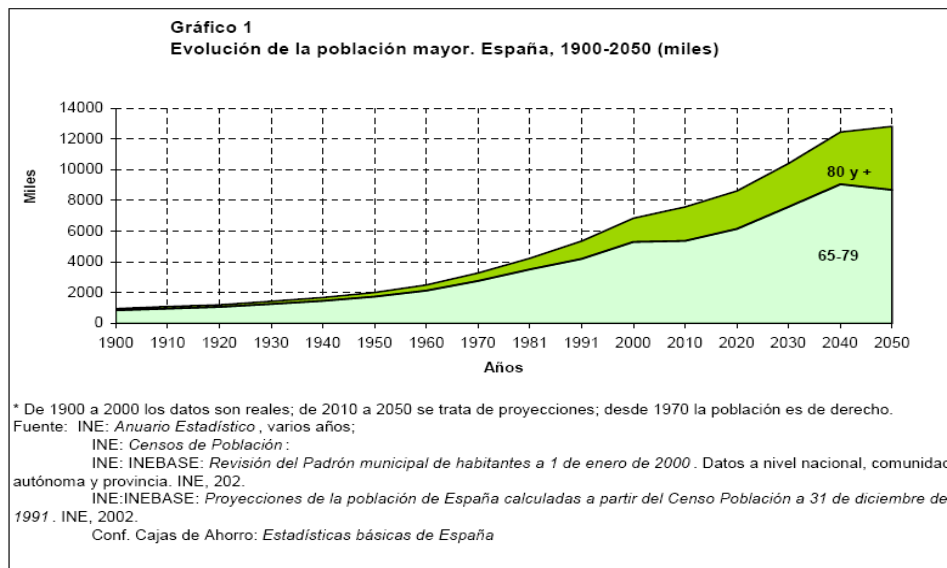


Tabla 4

Cuando en 1992 se publicaba en España, el Plan Gerontológico Nacional (1998/2003), nuestro país contaba con 5.761.767 personas mayores de 65 años. Diez años más tarde, cuando se aborda la necesidad de realizar una nueva planificación para las personas mayores de carácter estatal (*Plan de Acción para las Personas Mayores, 2003-2007*), nuestro país, en el 2005, la población española de 65 años y más representaba el 16'6% del total, es decir, 7.332.267 personas.

El traspaso de competencias en servicios sociales, sanitarios, educativo, etc. a las Comunidades Autónomas (CCAA), las situaciones nuevas y los nuevos retos en la tercera edad y las directrices marcadas en la II Asamblea Mundial de Envejecimiento, celebrada en abril de 2002, estaban exigiendo una puesta al día en el diseño de políticas sociales de la Administración del Estado, y ésta con las diferentes CCAA.

Si atendemos a los contenidos del Plan de Acción Internacional aprobado en la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en Madrid el año 2002, se considera que el envejecimiento no está integrado en nuestra sociedad.

A pesar de los avances experimentados desde la anterior Asamblea Mundial celebrada en 1982 - avances referidos a los países desarrollados - la integración del envejecimiento es un tema pendiente. Por ello se formula en dicho Plan como uno de los ejes centrales en las acciones a desarrollar.

La integración del envejecimiento, o dicho de otra manera, la adaptación de las sociedades al envejecimiento de la población, no se circunscribe a la implantación de programas o medidas dirigidas a las personas mayores, ni tampoco a medidas destinadas a incrementar la natalidad facilitando que las personas tengan, si lo desean, un mayor número de hijos. La integración del envejecimiento en nuestras sociedades requiere, como punto de partida, admitir que vivimos en sociedades envejecidas globalmente, y a la vez situarnos en una perspectiva que incorpore el curso de la vida y las generaciones.

Asimismo pensar en términos de sociedades envejecidas permite ampliar la perspectiva incluyendo el conjunto de etapas vitales. Si la noción envejecimiento de la población remite fundamentalmente a los extremos de la pirámide demográfica, pensar en sociedades envejecidas facilita el recorrido por el curso vital de las personas que conviven en la sociedad. En este sentido nociones como madurez de masas o vejez de masas (Pérez Díaz, 2003), que definen el acceso de la mayoría de la población a etapas vitales que anteriormente sólo vivía una parte, permiten apreciar la perspectiva de las generaciones. Dicha perspectiva que hace hincapié en la evolución experimentada respecto la expectativa de vida ayuda a contextualizar el envejecimiento.

Mientras que la vejez como etapa vital no es una cuestión nueva, si lo es la vejez de masas como también lo es el envejecimiento de la población. Se trata de fenómenos para cuya comprensión es necesario conjugarlos con la noción de cambio: se originan a partir de cambios, tienen lugar en contextos cambiantes y son generadores de cambios, de ahí la complejidad en su comprensión como en las formas de enfrentarlos (Pérez Salanova, 2002).

Una comisión de expertos designada por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, constituida por representantes de las distintas Administraciones, trabajaron durante un tiempo en la elaboración de dicho Plan.

Este Plan fue sometido a la consulta de los representantes de las Administraciones Públicas, de expertos en Gerontología, de Sociedades Científicas, del

Consejo Estatal de las Personas Mayores, y de Asociaciones y Federaciones de Personas Mayores. Fruto de todos estos trabajos, y con el visto bueno de la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales, se aprueba en el Consejo de Ministros de 29 de Agosto de 2003.

En nuestra sociedad envejecida confluyen cambios de tipo muy diverso. La transformación de las estructuras y dinámicas familiares, de la posición de la mujer, como de las relaciones entre mujeres y hombres, de la organización del trabajo o de los medios para comunicarse son algunas de las modificaciones que permiten ilustrar el contexto cambiante en el que las personas envejecen.

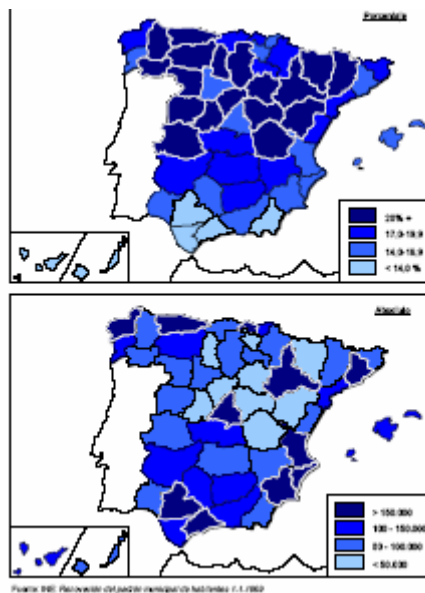
Por otra parte, emergen nuevos contenidos para las diferentes etapas vitales, se perfilan nuevos significados. El retraso en la emancipación de los jóvenes produce nuevos contenidos en la etapa inicial de la adultez del mismo modo que las jubilaciones anticipadas lo hacen en relación a la de adultez superior confiriéndole un contenido de "vejez prematura", o generando una positivación de la vejez a través de su "rejuvenecimiento" (IMSERSO, 2002). Los nuevos significados no son homogéneos para todas las personas que tienen la misma edad cronológica, mientras que ésta es compartida, la variedad caracteriza las situaciones de las personas y la manera como enfrentan cada etapa, también la etapa de la vejez. Para las personas mayores se amplían los contenidos de esa etapa vital en ámbitos y esferas diversas.

En España, ha sido a partir del siglo XX cuando se ha vivido una revolución de la longevidad que explica el proceso de envejecimiento. Esta situación es llamativa en España, desde este grupo de edad crecerá en porcentajes muy superiores al resto de la población. Según las estadísticas, el grupo de 85 y más años crecerá un 80% en los próximos veinte años, mientras que el de 20 a 34 años perderá casi un tercio de sus efectivos. *(Tabla 4)*

Los octogenarios son ahora el 3'9% de la población (el 23'2% de los mayores). En 2050 serán el 10% de toda la población española. Mientras en los años 80 se superaban los dos millares, en el 2000 alcanzaron la cifra de 5.702.

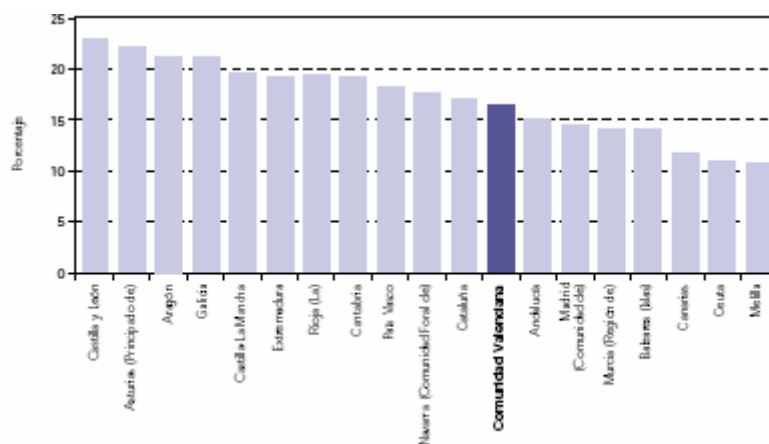
Hace unos años (1994-95) y basándose en el censo de población de 1991, el Instituto Nacional de Estadística calculó que España empezaría a perder población en 2010. Pero debido a los cambios, sobre todo los inmigratorios, anuncian esa disminución hacia 2026. (tabla 5)

Tabla 5
Distribución provincial de las personas de 65 y más años
(En porcentaje y en cifras absolutas) 1999



En los municipios más grandes de España (Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, Zaragoza y Málaga) residen tantos mayores como en los 6.000 más pequeños. (Gráfico 6)

Gráfico 6
PERSONAS MAYORES POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS, 2004. PORCENTAJES



Fuente: INE. INEBASE: Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2003. INE, 2004.

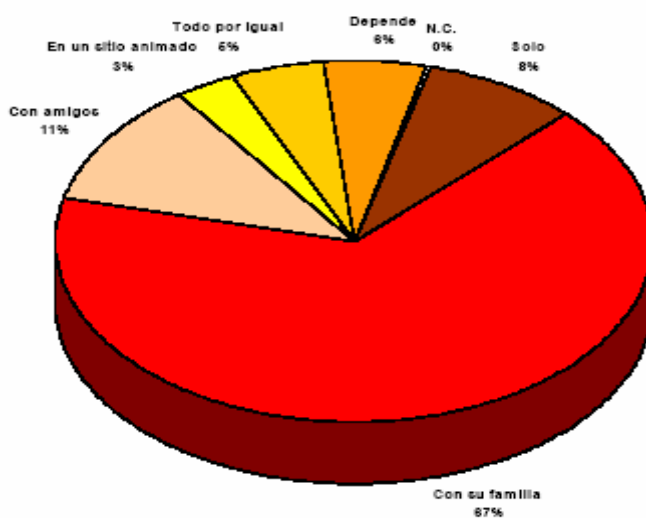
Una de las transformaciones más importantes que ha experimentado la sociedad española de las últimas décadas se refiere al nivel de instrucción general de la población y a la importancia de los conocimientos y de la educación en la vida individual y colectiva. Los mayores, sin embargo, no han llegado, al menos por lo que se refiere a la educación reglada, a alcanzar esta revolución. No obstante se han hecho esfuerzos significativos como son los cursos de las Universidades para Mayores, que ayudan a cambiar las formas de vida y su relación con el resto de la sociedad. No obstante, el nivel de instrucción de los mayores no es todavía comparable al de la población más joven, especialmente por lo que se refiere a las mujeres que superan los 70 años.

Las preferencias de los mayores con respecto al tiempo libre indican que, aunque la mayoría prefiere un ocio activo, hay una proporción importante, 18,6% que prefiere pasar su tiempo libre sin actividades programadas. En términos absolutos serían aproximadamente un millón trescientas mil personas. Con respecto a la compañía en el tiempo de ocio, la opción mayoritaria es la familia (66,5%), seguida, muy de lejos, por los amigos (10,9%). La opción de pasar el tiempo libre en soledad aumenta con la edad, y es la preferida del 8,4% de los mayores. (Gráfico 7)

Uno de los objetivos de dicho Plan de Acción es: *"Promover la autonomía y la participación plena de las personas mayores en la Comunidad, en base a los principios del 'Envejecimiento activo'.* (Objetivo 1 del Plan).

Y una de las estrategias diseñadas es: *"Promover un enfoque renovado y positivo del envejecimiento como fase de la vida llena de posibilidades de realización personal y socia"*. (Estrategia 1º del 1º objetivo del Plan)

Gráfico 7
Preferencias de la población mayor respecto a su tiempo de ocio, 1998



Fuente: INE, Encuesta de Presupuestos Familiares, 1998.

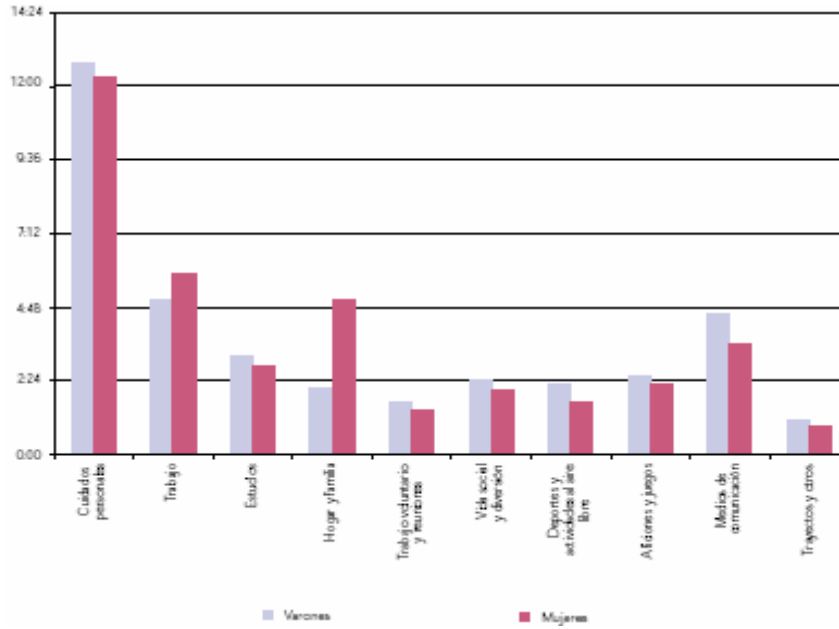
Dentro de esta estrategia de impulsar medidas de prevención y de promoción de la salud fomentando el autocuidado y la prevención de las dependencias (Pág. 63 del Plan).

En el Gráfico 8 nos muestra con las personas mayores en su mayor porcentaje pasan mucho tiempo en cuidarse. Para ello el Plan elabora una serie de medidas las cuales son básicas para la formulación de este proyecto.

Gráfico 8

DEDICACIÓN MEDIA DE LOS MAYORES A DISTINTAS ACTIVIDADES EN EL TRANCURSO DEL DÍA, SEGÚN SEXO, 2002-2003

Fuente: INE. INEBASE: Encuesta de Empleo del Tiempo, 2002-2003. INE 2004.



ANÁLISIS DE LA REALIDAD:

Mediante la recogida de datos se pretende conseguir una aproximación a la problemática que plantea el colectivo de las personas mayores en el municipio, lo cual nos va a permitir planificar las actuaciones con una cierta tendencia de futuro.

Actuaciones que plantean, en un principio, proporcionar una óptima funcionalidad del dentro, teniendo en cuenta las instalaciones y los profesionales con los que se contará.

Los objetivos propuestos, en un principio, fueron los siguientes:

- ✓ Posibilitar un centro donde los mayores pudiesen encontrar apoyo y asesoramiento para buscar el recurso pertinente mediante la coordinación con otras instituciones orientados a la tercera edad.
- ✓ Realizar una asistencia preventiva.
- ✓ Ofertar tratamientos para las patologías más comunes en este colectivo.
- ✓ Potenciar estilos de vida activos y saludables.
- ✓ Promoción de actividades sociales para la mejora de la calidad de vida.

Partiendo de estas premisas de inicio, planteo recabar información de los futuros usuarios sobre las preferencias individuales con respecto a los servicios que podrían prestarse en el centro, para lo cual elaboro un sencillo cuestionario en el que se solicitaban: datos personales (fecha nacimiento, profesión, nacionalidad, sexo...) y a continuación se detallaban los posibles y distintos servicios que podríamos ofertar para que puntuasen en orden de preferencia.

El total de cuestionarios que se han podido recoger es de 115, pero debidamente cumplimentados, es de 88, siendo los resultados de las prioridades con respecto a los distintos servicios que se relacionan:

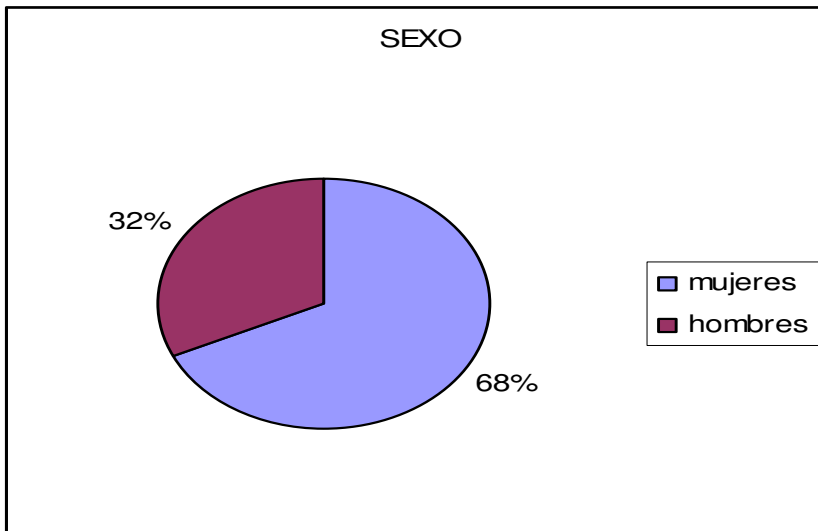
1. Valoración geriátrica integral, prevención y mantenimiento de la salud..... 115
2. Rehabilitación y fisioterapia..... 105
3. Talleres ocupacionales / cognitivos..... 73
4. Actividades socio/recreativas..... 69

5. Peluquería.....	43
6. Podología.....	66
7. Hidroterapia.....	68
8. Cafetería.....	26

En cuanto a los resultados pormenorizados de la valoración nos encontramos:

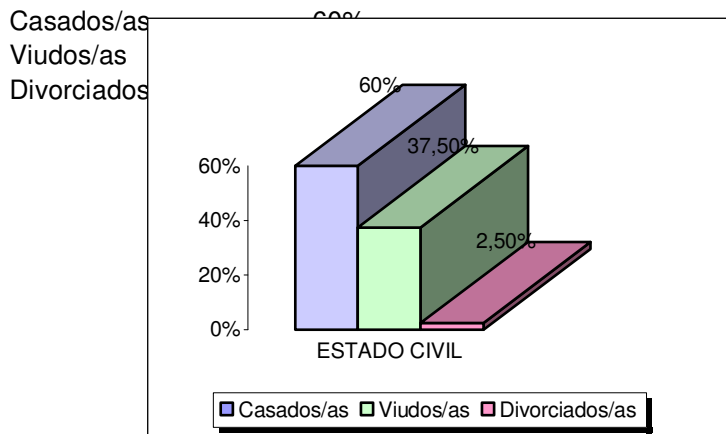
1. DATOS PERSONALES:

1.1.) Sexo



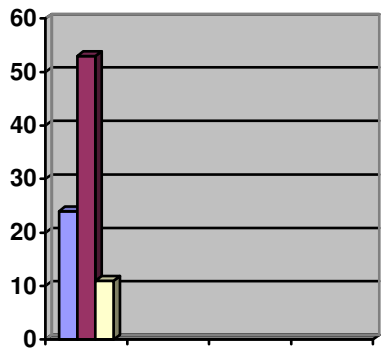
Mujeres..... 60
Hombres.... 28

1.2.) Estado Civil



Casados/as..... 53 pers.
Viudos/as..... 33 “
Divorciados/as... 2 “

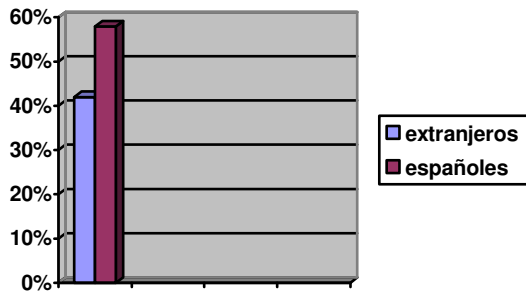
1.3.) Convivencia



Solo/as..... 24 pers.
 Con cónyuge..... 53 “
 Con familiares..... 11 “

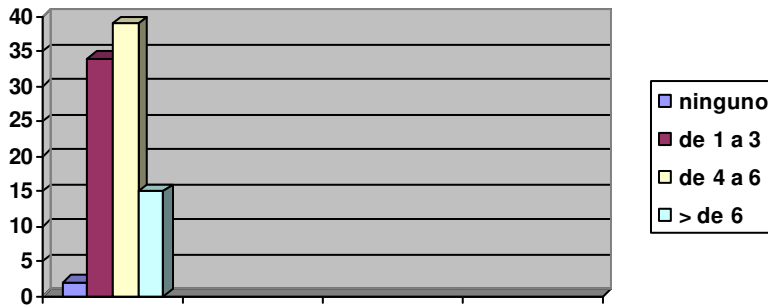
1.4.) Nacionalidad

Españoles..... 51 personas
 Extranjeros..... 37 personas

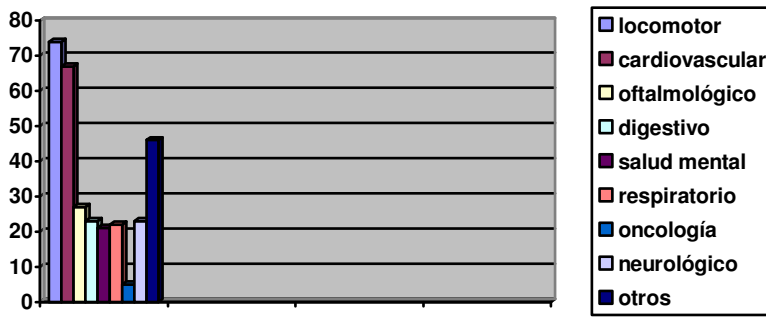


2. VALORACIÓN MÉDICA:

2.1.) Nº Fármacos Consumidos



2.2.) Patologías presentes



Locomotor..... 75 pers.

Respiratorio..... 22 pers.

Cardiovascular..... 67 “

Oncología..... 5 “

Oftalmológico..... 27 “

Neurológico..... 23 “

Digestivo..... 23 “

Otros..... 46 “

Salud mental/psicólogo..... 21 pers.

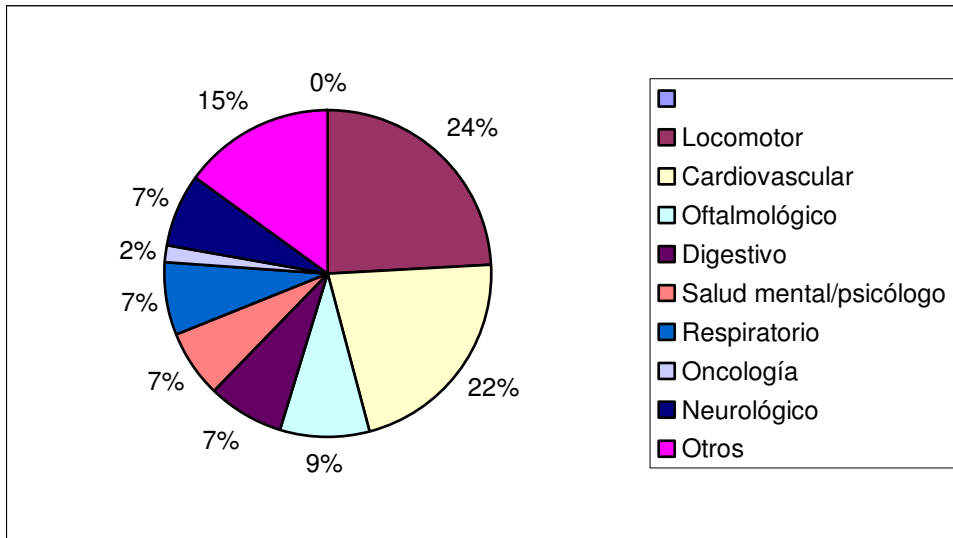


Tabla de patologías en porcentajes

Como comentarios a los anteriores resultados, podemos decir que se confirma la tendencia del colectivo de la tercera edad, en cuanto a la mayor prevaencia de mujeres con respecto a hombres; mayor incidencia de contestación en personas casadas que viudas/os; destacar el 27% de personas que viven solas tanto viudos/as como divorciados.

También destacar la incidencia de la nacionalidad, aunque hay mayor porcentaje de españoles, al ser un municipio turístico la incidencia de extranjeros afincados tiende a ser alta y pero en los dos últimos años comienzan a querer integrarse en este tipo de servicios.

Dentro de las patologías señaladas destacar la del aparato locomotor con dolencias como dolores cervicales y lumbares, seguida del cardiovascular. Aunque tenemos algunas coincidencias en los porcentajes, destacaría el número de personas que presentan algún problema asociado a la consulta con psicólogo.

Esto hace pensar que a veces es mejor intervenir primero sobre ese problema-trastorno psicológico, y que una vez superado o aceptado, la persona podrá estar a gusto en aquello que en un principio se le había pautado o que ella misma había elegido.

Reseñar el alto porcentaje existente en el consumo de fármacos (entre 4 y 6 fármacos por persona).

Podemos decir, que con este corto cuestionario y con las pocas pero suficientes encuestas recogidas podemos afirmar la idea positiva del proyecto.

Además de estas escuetas preguntas, se podrían formular otro tipo de indicadores más específicos. Indicadores que nos ayudaría a obtener una valoración psico-social más completa de la persona como puede ser:

- ✓ La escala de Katz: con la que valoraremos la capacidad de autocuidados básicos (vestirse, lavarse...)
- ✓ La escala de Lawton: obtendremos la capacidad de manejo en actividades más complejas como prepararse la comida, viajar...
- ✓ Para valorar la capacidad cognitiva usaríamos el: Mini mental Test; y como complemento, ante casos de demencia: el Test del Informador y el Test del Reloj.
- ✓ También es importante tener una visión de cómo se encuentra de estado de ánimo la persona que va a disfrutar de las actividades, para ello realizaríamos la Escala de Depresión Geriátrica (GDS).
- ✓ También conocer a nivel social cómo percibe la persona su calidad e vida, y ello lo conseguiremos con la Escala de Moral de Filadelfia.

Con estos resultados, además de las propuestas de cada profesional para obtener sus propios datos, conseguiríamos una valoración geriátrica integral de las personas.

PLANIFICACIÓN:

La planificación se aborda estableciéndose las áreas prioritarias sobre las que se va a intervenir:

- A. Área médica: obtener una visión lo más completa posible del usuario en cuanto a antecedentes, factores de riesgo...
- B. Área fisioterápica: demostrar que con el ejercicio, reeducación del cuerpo mejoran las capacidades y permite mayor autonomía.
- C. Área psico-social: motivar a los mayores en la participación y superación de dificultades.
- D. Área recreativa: reeducación para el tiempo libre.

"Un hombre no envejece cuando se le arruga la piel sino cuando se arrugan sus sueños y sus esperanzas". Graffiti callejero

❖ OBJETIVOS:

Objetivos Generales

- Tender a mejorar la calidad de vida y salud integral.
- Potenciar y desarrollar las capacidades y habilidades.
- Poner los medios para que las personas mayores vivan muchos años llenos de felicidad, dignidad e ilusión.

Objetivos Específicos

- ✓ Estudiar la situación, necesidades y demandas de las personas mayores que asisten al centro.
- ✓ Mantener el nivel de salud de los usuarios a través del control y seguimiento.
- ✓ Recuperar y/o mantener el máximo grado de autonomía personal que permitan sus potencialidades.
- ✓ Prevenir deterioros que se debe a los procesos patológicos y al envejecimiento biológico del organismo.

- ✓ Luchar contra la inactividad porque influye en su adaptación social y autoestima.
- ✓ Ofrecer un marco adecuado donde pueda desarrollar relaciones y actividades sociales.
- ✓ Ayudar a potenciar y desarrollar las capacidades, habilidades y destrezas creativas e imaginarias.
- ✓ Prevenir el inmovilismo mental y afectivo.
- ✓ Facilitar y fomentar la continuidad de los antiguos hobbies, de los anteriores hábitos de vida y, siempre que se a posible, incluso el tipo de trabajo.
- ✓ Facilitar el conocimiento y la utilización de los servicios y recursos que la sociedad pone a disposición de las personas de tercera edad.

❖ METODOLOGÍA:

- Establecer actividades distintas en diferentes salas que sean llevadas por varios profesionales.
- Realización de una historia clínica completa (tanto médica, rehabilitadora y social). Necesidades y demandas.
- Establecer prioridades en cada usuario, tratamientos individualizados.
- Revisar periódicamente las actividades (tanto lúdicas como las rehabilitadotas) y horarios con los distintos profesionales.
- Revisar con la Asociación de la Tercera Edad del municipio el desarrollo de las actividades y propuestas.
- Distribuir las actividades según el esfuerzo que se vaya a realizar.
- Las actividades individuales por la tarde, y las grupales por la mañana.
- Cada profesional deberá emplear una parte de sus jornada en trabajo burocrático (anotaciones, cambios...).

❖ ACTIVIDADES:

Las actividades tendrán tres características:

- Desarrollo: crear condiciones adecuadas para que los usuarios resuelvan por sí mismos sus problemas comunes.
- Relación: fomentar el encuentro interpersonal y grupal. Instaurar el diálogo y la comunicación.
- Creatividad: promover la iniciativa, impulsar la responsabilidad, tanto individual como grupal.

Estas características, al mismo tiempo, se escudran en dos acciones:

- Participación: individual y grupal.
- Convivencia: a través de la comunicación, la cohesión como grupo.

Las actividades que vamos a enumerar van dirigidas a todas las personas que cumplan con los requisitos establecidos por el centro, ya sean del propio municipio como de los alrededores.

1. Actividades para la Salud en General: actividades preventivas dirigidas a mejorar la salud y el bienestar de los futuros usuarios, como:
 - alimentación y nutrición
 - higiene preventiva
 - educación y promoción de la salud...

2. Actividades para la Salud Mental: aquellas dirigidas a mantener las funciones mentales, aumentar la autoestima, eliminar ansiedades...como:
 - talleres de memoria, y estimulación cognitiva
 - risoterapia
 - talleres de autoestima y habilidades sociales, programas de demencias...

3. Actividades de Fisioterapia: dirigidas a mantener o recuperar la máxima movilidad posible, asegurando o restaurando la independencia y la confianza, como:
 - charlas de higiene postural
 - varios tipos de gimnasia (respiratoria, equilibrio, mantenimiento, de columna...)
 - rehabilitación individual (terapia manual, ultrasonidos, infrarrojos...)

4. Actividades Corporales: actividades que pueden complementarse con las de fisioterapia, tales como:

- yoga
- tai-chi
- método Pilates, expresión corporal...

5. Actividades Artísticas: en las que desarrollarán sus destrezas y creatividad, actividades que a su vez servirán para ampliar redes sociales, tales como:

- taller de pintura
- taller de cerámica
- taller de costura, pintar sobre tela, patchwork...

Estas actividades nos darán pie a realizar exposiciones en el centro de los trabajos realizados y así hacerles sentirles útiles y partícipes; además sus familiares podrán observar lo que realizan sus "viejos".

6. Actividades Ocupacionales: orientadas a la adquisición de conocimientos, como:

- informática e internet
- taller de lectura
- vídeo forum, musicoterapia...

7. Actividades que nos puedan plantear otros organismos o asociaciones y que puedan beneficiarse tanto los usuarios como los que no lo son (exposiciones, charlas, conferencias...)

Cada actividad, una vez en funcionamiento del centro, tendrá elaborado una justificación de esa actividades, qué se pretende con ella, ventajas y desventajas antes la tercer edad.

❖ TÉCNICAS:

Las técnicas empleadas en las que fundamento el proyecto son básicamente:

- ✦ Cuestionario para conocer las prioridades en los servicios y posibles patologías con las que trabajar, de los futuros usuarios.
- ✦ Información y observación sobre otros centros de municipios próximos.

Seguidamente, establezco los instrumentos y técnicas que se podrían utilizar una vez que se pusiera en marcha el proyecto:

- ✦ Ficha de Alta: recogida de información básica de los usuarios.
- ✦ Carné de usuario/a: documento acreditativo como socio/a.
- ✦ Folleto informativo sobre las actividades, servicios y horarios del centro.
- ✦ Ficha de Inscripción a Actividades: elección del tipo de actividad a realizar y del turno/grupo.
- ✦ Realización de una Historia Clínica (consulta médica y psicológica)
- ✦ Escalas de depresión, deterioro cognitivo, estado de ánimo, el nivel de independencia que se tiene.
- ✦ Cuestionario relativo a la evolución de los cursos (satisfacción en cuanto a profesorado, horarios, temario...)
- ✦ Registros de los turnos (control de citas) de los distintos servicios.
- ✦ Registro de seguimiento de las actuaciones de cada individuo.
- ✦ Registro de seguimiento de los programas (control de presencias, de pagos...)
- ✦ Historia social que comprenda un estudio de la demanda, tramitación y seguimiento de cualquier tipo de actuación social.

Estos registros de datos se efectuarán a lo largo de la puesta en marcha del proyecto, pero además se cuantificarán de diferente forma con objeto de posibilitar adaptaciones y rectificaciones.

❖ TEMPORALIZACIÓN:

Se ha dedicado a la fase de recogida de datos un periodo de dos meses, además de estudiar y conocer el funcionamiento de otros centros similares.

Durante la recogida de datos, he mantenido charlas con trabajadores sociales de centros sociales próximos donde he recogido he hecho acopio de información que podía ayudarme a elaborar el proyecto como: el funcionamiento del centro, actividades que desarrollaban, requisitos...

Con todo lo reunido he podido elaborar este proyecto, además de la consulta de libros sobre animación, tipologías de centros...

La puesta en marcha llevará más tiempo (quizás se quede en un proyecto) ya que no es sólo plantearlo sino también contar con recursos financieros.

❖ LOCALIZACIÓN:

Dicho Centro Social se ubicaría en la población de Benidorm (Alicante), en concreto en la zona llamada Rincón de Loix, en la llamada zona de levante.

Benidorm tiene una población que va en aumento, cerca de los 65.000 habitantes, pero que de cara a la tercera edad no cuenta con suficientes recursos por lo que esta idea creo que podría tener muy buen resultado. En la actualidad cuenta sólo con un centro social situado a la parte contraria del pueblo con lo que no llega a cubrir todas las zonas.

Para llegar al centro no habría inconveniente, ya que hay combinaciones de autobuses interurbanos prácticamente cada media hora.

❖ RECURSOS:

✕ RECURSOS HUMANOS:

- Dirección: dirigir y coordinar el funcionamiento del centro.
- Médico: responsable del servicio médico y fisioterápico. Se encargará de la valoración geriátrica integral.
- Psicólogo/a: apoyo psicológico en los ámbitos clínico, social y comunitario.
- Trabajador/a Social: informa y orienta en materia de recursos de servicios sociales y recursos del centro.
- Fisioterapeuta: seguimiento y evaluación de los tratamiento fisioterápicos.

✖ RECURSOS MATERIALES:

En principio contar con las instalaciones del propio centro. Todas las salas con las que conste el centro, aparatajes, y material que se precise para llevar a cabo las actividades.

✖ RECURSOS FINANCIEROS:

Se tendrán en cuenta los propios ingresos del centro por las actividades y los tratamientos.

Los procedentes de subvenciones por parte de la administración local y la autonómica.

EJECUCIÓN:

La ejecución de este proyecto, y creo que sería positivo para la población de la tercera edad, resulta muy costoso (sobre todo económicamente); por lo que de momento el planteamiento de ejecución que se va a indicar a continuación describirá el desarrollo de un centro en teórico-hipotético funcionamiento.

Para explicar la puesta en marcha de este proyecto vamos a explicar a continuación sobre qué requisitos nos vamos a basar, características de la población, calendarización de las actividades...

Para ser usuarios del centro:

- Toda persona mayor que tenga cumplidos los 60 años.
- No padecer enfermedades infecto-contagiosas ni psicopatías susceptibles de alterar la normal convivencia del centro. En cualquier momento, y en los casos que se considere oportuno se solicitará informe médico.
- Residentes del municipio, preferentemente pensionistas.

El perfil de estos usuarios puede ser diverso, pudiendo establecerse una clasificación en diferentes niveles de atención: preventivo, rehabilitador y socio-asistencial. Nos podemos encontrar con:

- a) Personas totalmente autónomas.
- b) Personas mayores que ya tienen unas limitaciones y que han ocasionado disminuciones físicas y en muchos casos de sus capacidades de relación social.
- c) Personas mayores que a pesar de haber hecho ya una rehabilitación, precisan continuar con ejercicios de mantenimiento, pero que muchas veces por su situación emocional son incapaces de realizarlos solos.
- d) Personas mayores que pueden continuar en activo laboralmente, para los cuales se ofertarán ciertos programas.

Los documentos que deberán aportar a la hora de inscribirse como usuarios serían los siguientes:

- o Certificado de empadronamiento ó documento que acredite que es residente del municipio.

- Documento donde se acredite que es pensionista (como la tarjeta cultural)
- Cartilla de la Seguridad Social (SIP)
- 2 fotos (tamaño carné)
- D.N.I., Tarjeta residencia/pasaporte
- En caso de solicitar tratamiento rehabilitador, deberá aportar informe de su médico de cabecera o especialista

Previo cumplimiento de los requisitos establecidos, a través de la obtención de los correspondientes documentos acreditativos, la condición de usuario se adquirirá:

1. cumplimentando la solicitud de admisión.
2. la realización de un documento acreditativo, carné de socio.
3. una vez inscrito el nuevo/a usuario/a se hace entrega de toda la información posible sobre actividades, servicios y horarios.

Para la admisión en las actividades se cumplimentará el impreso correspondiente. Las admisiones se realizarán por riguroso orden de entrada. Para participar en los talleres, actividades se abrirá (todos los años) un plazo de inscripción, a partir del cual y en caso de ser necesario, se establecería una lista de espera en la que se irían inscribiendo nuevos usuarios a lo largo de todo el año y con la que se irían cubriendo las vacantes que se puedan producir.

Para la admisión en el servicio de rehabilitación o psicólogo, el usuario deberá presentar un informe de su médico o especialista y pasar la pertinente revisión por el médico del centro. Previo a la consulta médica, se plantea la idea que los usuarios pasen primero consulta con la trabajadora social, la cual realizaría los tests (Katz, Lawton, Mini-mental, Depresión y Moral) y así también comprobar / detectar alguna problemática social y poder derivarlo al profesional o recurso que corresponda, si es necesario, siempre previa consulta con el médico.

Tanto las citas del médico, psicólogo, trabajadora social serán dadas por el profesional a la administrativa del centro para que así queden registradas y que de a los usuarios un recordatorio de la cita. Las citas con el podólogo o con la peluquera serán los mismos profesionales quien las den.

Enfocar el trabajo con personas mayores desde un enfoque multidimensional, reconociendo la necesidad de tener en cuenta tanto el funcionamiento biológico como el psicológico y el social de la persona facilitará la coordinación entre profesionales y por tanto ofrecer una atención de calidad. Un profesional debe ayudar a que el resto de profesionales entiendan la información especializada resultante de su trabajo y debe conocer los procesos del trabajo en equipo. Además de disponer de conocimientos básicos sobre las patologías más frecuentes en este grupo de edad, los profesionales deben conocer los procesos de interacción entre los componentes biológico, psicológico y social ya que en muchas ocasiones pueden interactuar entre ellas y pueden interferir en la expresión de los problemas de los mayores lo que interfiere igualmente en la calidad de vida de la persona mayor.

El centro contaría con la siguiente plantilla:

- MÉDICO: organizará y supervisará la labor de los fisioterapeutas y colaborará con el psicólogo. Elaborará una historia clínica completa del usuario-paciente.
- PSICÓLOGO/A: prevenir, diagnosticar e intervenir en los posibles trastornos y / o patologías. Prestar apoyo en los ámbitos clínico, social y comunitario en los que pueda verse involucrado el usuario-paciente. Realizar talleres especializados de autoestima, ansiedad, memoria...
- TRABAJADOR/A SOCIAL: informar sobre los programas del centro; informar y orientar en materia re recursos sociales así como atender los problemas sociales que surjan; tareas administrativas; realizar programas de preparación a la jubilación, voluntariado...
- FISIOTERPAUETA: ejercerá sus funciones bajo las indicaciones del médico. Realizará el seguimiento y evaluación de los tratamientos de fisioterapia. Coordinará las diferentes gimnasias o terapias que se realicen.
- ADMINISTRATIVA: será la que se encargue de la recepción de los usuarios ayudándoles a la rellenar la solicitud de admisión en el centro y en actividades. Se encargará de entregar el folleto a los usuarios informándoles del funcionamiento del centro. A su vez, atenderán las llamadas y darán las citas de médico, psicólogo, trabajadora social, bien por teléfono o en la propia recepción.
- MONITORES: para la realización de los diversos talleres. Serán personal autónomo

del centro.

- PELUQUERA y PODÓLOGO: realizarán las funciones específicas de su profesión. Serán personal externo del centro, es decir, personal autónomo.

La plantilla, a parte de demostrar sus conocimientos, debe demostrar habilidades de comunicación (paciencia, empatía, palabras sencillas...) sino también conocer la red de servicios, instituciones a las que podemos derivar para mejorar su calidad de vida.

Esta plantilla interdisciplinar ejercerá su labor en las diferentes áreas de la intervención que podremos clasificar:

- prevención y mantenimiento de la salud
- rehabilitación preventiva
- información y formación
- actividades físico-deportivas
- talleres ocupacionales
- área social y educativa
- área de ocio y convivencia

Estas áreas de intervención se desarrollarán en las diferentes instalaciones con las que contará el centro como:

- gimnasio con vestuario (para señoras y caballeros)
- salas para tratamientos individuales de rehabilitación
- varios despachos para: médico, psicólogo/trabajadora social)
- sala para reuniones del personal
- sala para el podólogo
- peluquería
- sala polivalente
- sala enmoquetada para talleres como yoga, tai-chi
- sala preparada para las actividades artísticas
- sala para talleres de informática

Las actividades descritas en el punto de Planificación serán distribuidas en las diferentes salas que tendrá el centro. Las actividades externas a la programación normal del centro se establecerán según al aforo de las salas.

En cuanto a la temporalización, tanto de las actividades como de los servicios se plantea de la siguiente forma:

- Las actividades artísticas, corporales y ocupacionales se realizarían en el periodo de octubre de un año a junio del siguiente año (Ej.: empezarían en octubre 2006 hasta junio 2007)
- Las actividades de rehabilitación y de mantenimiento se conservarían durante todo el año, ya que los problemas patológicos persisten, no desaparecen.
- La asistencia a otras actividades como charlas, conferencias... se establecen también durante todo el año.

EVALUACIÓN:

El objetivo general del proyecto es el adecuado, la necesidad de creación también es real, aunque quizás el estudio efectuado sea insuficiente.

En este proyecto todo es evaluable, desde el diseño del centro, distribución de las salas, el equipamiento hasta la mejora de las actividades o profesionales.

Los objetivos generales pautados pueden ser realizables a largo plazo, y los específicos a corto plazo. Todos ellos nos orientan a ofrecer a este colectivo de la tercera edad una mejora en la calidad de vida.

Dichos objetivos, tanto los generales como los específicos, serán evaluados por todos los profesionales del centro en las diversas reuniones interdisciplinares que se irían sucediendo a lo largo del año.

Las técnicas a utilizar en estas evaluaciones son básicamente dos:

- la observación
- las encuestas/cuestionarios

Evaluación mixta:

Cada profesional deberá evaluar su trabajo, ver si es necesario modificar algún aspecto (horarios, falta de material...). Con ello, se expondría en las reuniones interdisciplinares, lo que nos aportaría participación y mejorar la comunicación y con ello mejorar la productividad del centro.

Dichas reuniones podrían realizarse cada dos meses, a excepción de situaciones puntuales en las que se precise una reunión urgente.

Evaluación interna:

Para la evaluación de las actividades, se tendría en cuenta la elaboración de un cuestionario de satisfacción sobre el taller, monitor, material, estructura de las clases... La cual es llevada a cabo por los usuarios implicado en la actividad, y nos pueden proporcionar un feed-back continuo, de modo que se puedan ir incorporando las mejoras necesarias.

Esta evaluación se tendría en cuenta cada vez que finalizara una actividad. El profesional encargado de recoger los datos podría ser la trabajadora social, ya que es la

que más contacto puede tener con los que realizan las actividades. Dichos datos serían revisados a su vez por el coordinador del centro.

Evaluación externa:

Otra forma de recoger datos sería mediante la creación de un cuestionario de satisfacción general, que podría estar a la vista de los usuarios en la recepción del centro. Dicho cuestionario contaría con indicadores como: limpieza del centro, atención del personal si la persona ha hecho uso de algún servicio y especificar cual, sugerencias en cuanto a actividades, etc.

CONCLUSIONES

Desde mi punto de vista, creo que el proyecto sería positivo para la población de la tercera edad ya que el municipio no cuenta con muchos recursos como este.

Aunque la idea estaba clara, el tener que plantear objetivos, estrategias, técnicas me ha llevado mucho tiempo y no me ha resultado fácil.

Plasmar la idea, como he dicho antes no ha sido fácil, ya que se tienen que tener en cuenta muchas cosas y que no te das cuenta de ello hasta que no te entrevistas con profesionales y te van exponiendo sus planteamientos primeros y cómo luego han ido modificándolos por cualquier motivo.

Esto te hace pensar en lo que cuesta poner en marcha lo que tienes pensado desde hace tiempo, y que resulta ser una ilusión, una utopía porque los números te hacen ver la realidad, y que esa idea se queda en eso, en una idea.

En cuanto a mi persona, he de decir que me ha hecho involucrarme mucho. Soy una persona tímida, que para presentarme me cuesta mucho (aunque por mi trabajo no debería ser así), pero aún así esto ha hecho que vaya a los centros, me presente como trabajadora social y pueda exponer el trabajo que estaba realizando.

Ha hecho que vuelva de nuevo a la universidad a documentarme en bibliografía y datos, cosa que no hacía creo que desde que acabé la carrera.

El curso me parece perfecto, ya que te impone una disciplina de trabajo (que reconozco que necesito), que hace que te "pongas las pilas" para poder entregar los trabajos a tiempo y que no dejes de aprender sobre lo que te gusta.

En definitiva, ha sido positiva esta experiencia ya que nunca había estudiado de esta forma. He creado un hábito en mí, ya que me había vuelto un poco cómoda, y es estar al día en cuanto a leyes nuevas, recursos, lecturas nuevas... y esto va a hacer, posiblemente, plantearme otros estudios complementarios a mi profesión.

Gracias por todo esto.

BIBLIOGRAFÍA:

- ☆ Cordero, Liliana y otros (2003): *“Trabajo social con adultos mayores: intervención profesional desde una perspectiva clínica”*. Buenos Aires: Espacio editorial.
- ☆ Elizasu, Carolina (2001): *“La animación con personas mayores”*. Madrid: Editorial CCS.
- ☆ Pérez Serrano, Gloria (2004): *“¿Cómo intervenir en personas mayores?”*. Madrid: Editorial DYKINSON S.L.
- ☆ Pérez Serrano, Gloria (2004): *“Elaboración de Proyectos Sociales. Casos prácticos”*. Madrid: Narcea Ediciones S.A.
- ☆ *“Plan de acción para las personas mayores 2003-2007”*. Madrid: Ministerios de Trabajo y Asuntos Sociales.
- ☆ Varios autores (1989): *“Hacia una vejez nueva”*. I Simposio de Gerontología de Castilla y León. Salamanca. Editorial San Esteban.
- ☆ Vario autores (1999): *“Cuidados de la vejez: el apoyo informal”*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- ☆ Rodríguez Cabrero, Gregorio (1997): *“Participación social de las personas mayores”*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- ☆ www.bsocial.gva.es
- ☆ www.imsersomayores.csic.es
- ☆ www.ine.es
- ☆ www.pensamientos.org
- ☆ www.seg-social.es/imserso/index.html

ANEXOS:

1) Cuestionario realizado para la planificación

Fecha:

SEXO

Hombre

Mujer

NACIONALIDAD

Nacionalidad española

Nacionalidad extranjera

ESTADO CIVIL

Casado/a

Viudo/a

Divorciado/separado

CONVIVENCIA

Solo/a

Con cónyuge

Con familia

PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES

Locomotor

Cardiovascular

Oftalmológico

Digestivo

Neurológico

Respiratorio

Oncológico

Salud mental/Psicólogo

Otros

Nº FÁRMACOS

Ninguno

de 1-3

de 4-6

> de 6

SERVICIOS DE UN CENTRO (por orden de preferencia)

() Valoración geriátrica integral, prevención y mantenimiento de la salud

() Rehabilitación y fisioterapia

() Talleres ocupacionales / cognitivos

() Actividades socio/recreativas

() Peluquería

() Podología

- () Hidroterapia
- () Cafetería