

Artículo de Terapia Ocupacional

**“PROYECTO DE PREVENCIÓN DEL DETERIORO Y FOMENTO DE LA AUTONOMÍA”
Programa de Activación para Mayores en la Comunidad.**

*Autora: M^a Jesús Velasco Marchante.
Terapeuta Ocupacional.*

INTRODUCCIÓN

Desde la Entidad Local Menor de Aguas Nuevas (Albacete), se ha llevado a cabo el proyecto denominado: **“Autonomía y Prevención en Personas Mayores”**, a lo largo de los meses de Septiembre, Octubre, Noviembre y Diciembre de 2008, dentro de la comunidad.

En este trabajo, pretendí un acercamiento a desarrollar la Terapia Ocupacional en personas mayores, con una visión lo más global posible, tanto del usuario, como de la profesión en sí, viendo al participante desde todos los aspectos de la persona, como “ser ocupacional”, teniendo en cuenta los intereses y necesidades de todos y cada uno de ellos, e intentado aportar aquellas actividades significativas y buscando unos fines y metas importantes para ellos, siempre ciñéndonos, bajo común acuerdo, a metas posibles y alcanzables.

Con esto quiero decir, que las actividades y los diferentes Módulos de que el Proyecto se componía, intentaban abarcar tanto aspectos *físicos y biológicos, como cognitivos, emocionales, sociales y culturales (Willard y Spackmam, 2001).*

Pretendí que este Proyecto, enfocado a la prevención del deterioro y fomento de la autonomía personal, se pareciera lo más posible a un “Programa de Activación” definido por Durante, P. y Noya, B. (2004), como un *“servicio dirigido a mejorar la calidad de vida de los individuos ofreciéndoles la oportunidad de participar en actividades saludables y satisfactorias, facilitando su desenvolvimiento, dirigidos a un entorno que promueva la elección, sea estimulante y proporcione oportunidades para experimentar comportamientos competentes en un contexto social seguro. [...] Se enfatiza la importancia de la sensación de control y libre elección del individuo como causa del bienestar.”*

En el siguiente artículo, haré una explicación del trabajo realizado durante esos meses, de forma no demasiado profunda, explicando las ideas generales, para intentar aportar ideas a la hora de llevar a cabo proyectos similares.

DESARROLLO DEL PROYECTO

Primeramente, y gracias a la trabajadora social de la localidad, se realizó un estudio sobre la población mayor de 65 años: sus características, situación social, estado de salud y situación posible de deterioro, según las demandas y solicitudes que presentaba dicho colectivo, así como de sus familiares y cuidadores.

Debía recopilar toda la información posible previamente, aunque este punto, inevitablemente puede no ser completo antes de comenzar el proyecto, por lo que se irá haciendo a lo largo de todo el proceso.

También llevé a cabo una serie de tareas en la comunidad, previas a la implementación del Proyecto, como publicitarlo y ponerme en contacto con los servicios sanitarios de la localidad, para informar y mantener cierta comunicación con ellos, que en determinados casos podría ser muy valiosa. Más adelante detallaré más esto.

En resumen: según la información disponible, se propuso un proyecto enfocado a tratar de cubrir las demandas detectadas, promoviendo a su vez la autonomía, la educación sanitaria y la recuperación y mantenimiento físico y funcional.

De este modo, basándome en todos estos datos y en la fundamentación y los objetivos de un “Programa de Activación”, así como en aquellos planteados por la población, y según mis propios objetivos y mi propia experiencia, realicé una programación para los meses en que este proyecto se desarrolló:

El Proyecto, se compuso de múltiples actividades diferenciadas en los siguientes módulos:

- ❖ Módulo 1: *Terapia Cognitiva y entrenamiento de las Funciones Mentales.*
- ❖ Módulo 2: sobre *Gimnasia Geriátrica y Psicomotricidad.*
- ❖ Módulo 3: *Laborterapia.*
- ❖ Módulo 4: *Ocio y Tiempo Libre, Terapia Recreativa.*
- ❖ Modulo 5: *Educación para la Salud y Asesoramiento a Familiares y Cuidadores.*
- ❖ Módulo 6: *Programa de Terapia Ocupacional en el Domicilio.*

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO

El “Programa de Prevención y Fomento de la Autonomía para Personas Mayores”, está dirigido a mayores de 60-65 años, con posibilidad de encontrarse en situación de inicio del deterioro propio del envejecimiento. De modo que en principio, está dirigido tanto a personas sanas, como a personas en situación de algún nivel o tipo de discapacidad, buscando, así, cubrir objetivos de **Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria.**

Actividades previas al desarrollo del Proyecto /a las Actividades Modulares

Antes del comienzo de las actividades que componían los Módulos y el proyecto en sí, fue necesaria cierta preparación de éste, además de tareas como:

- Publicitar, informar y hacer llegar al máximo número de la población, el Proyecto, su contenido, objetivos generales previos y posibles beneficios, animando a la gente a participar en él.
- Contactar e informar a los Servicios de Salud de la localidad, para trabajar conjuntamente por el beneficio de los usuarios, dando así la posibilidad de derivar ellos mismos directamente, a cualquier persona que creyeran conveniente su participación, facilitando así también, la llegada de los informes necesarios para el óptimo funcionamiento del Proyecto y máximo beneficio del participante.
- Además, antes y a lo largo del proceso fue necesario llevar a cabo valoraciones e informes individuales de cada uno de los participantes, sopesando y acordando entre éste y yo misma, los objetivos que esperaban alcanzar, realizando una base de datos.
- También fue necesario hacer una valoración y análisis previo y posterior de las actividades realizadas, su implicación y comparación de resultados esperados y resultados obtenidos con ellas.

Horarios y Distribución del tiempo.

Desde un principio, antes de conocer a los participantes, y basándome en el funcionamiento del “Centro de Día Municipal de San Pedro” (Albacete), dirigido por Almudena Valverde del Pozo, Terapeuta Ocupacional y Directora de dicho centro, quien me ayudó con sus ideas y apoyo, me planteé, que las actividades se desarrollaran en dos turnos en el Centro.

De modo que la distribución quedó del siguiente modo: Actividades en el Centro Social de lunes a jueves, y dejando un día para realizar visitas a domicilio. La distribución resultante fue la siguiente:

1- De lunes a jueves, en el Centro Social Polivalente de la localidad, en dos turnos, con los siguientes horarios:

a. Primer Turno: de 9:30 a 11:00 h

b. Segundo Turno: de 11:30 a 13:00 h

Al mismo tiempo, cada turno se dividía en dos periodos de 45 minutos, de modo que en el primer periodo realizábamos las actividades de Terapia Cognitiva, Entrenamiento de la Memoria y también se desarrollaron actividades puntuales del Módulo de Educación Sanitaria (charlas, proyección de vídeos, etc.).

Durante el segundo periodo, dentro de cada turno, las actividades consistían en Ejercicio físico, Gerontogimnasia, Psicomotricidad, Ocio y Recreativas, etc. Algunas de estas actividades, las realizamos al aire libre, siempre que fue posible.

** Un dato importante a señalar es que los turnos propuestos, fueron establecidos principalmente, para una mejor acomodación a los horarios de los usuarios, y no se siguió como pauta para ello, el nivel de deterioro de éstos, debido a que fue prioritario, adaptarse a los horarios que mejor les convenían a las personas interesadas, facilitando de este modo la participación y favoreciendo la sensación de control y participación libre y responsable de cada uno. Así mismo, debía dejar cierto grado de flexibilidad en cuanto a los horarios y días de asistencia, no sin dejar de fomentar la responsabilidad de cada uno en su mejoría, pero, eso sí, evitando el sentimiento de control externo que pudiera surgir por no ser flexible.*

Por supuesto, todo esto, sin dejar de animar la importancia de la participación diaria y completa.

2- Viernes: visitas y tratamientos domiciliarios,

a. de 9:15 a 13:15 h, distribuido en sesiones individuales de unos 40 a 45 minutos por paciente.

Los viernes, decidí dedicarlos a realizar tratamientos, seguimientos y asesoramiento domiciliario de algunos participantes de los que asistían al Centro Social, porque debido a determinadas características particulares, así lo vi conveniente. Sin embargo, principalmente, dejé este día para visitar a personas, que por sus circunstancias, no podían acudir al Centro, pero que sin embargo eran posibles beneficiarios de un Tratamiento Domiciliario.

Realizaba 4, o 5 visitas por día (según las circunstancias) aunque exactamente fueron 4 los casos que traté directa y únicamente en el domicilio, con una distribución de unos 40 a 45 minutos por paciente.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

Como ya he dicho, en principio, estaba dirigido a mayores de 65 años, con posibilidad de encontrarse en situación de inicio del deterioro, propio del envejecimiento, o con alguna patología añadida, pero con el suficiente nivel de autonomía para poder acceder voluntaria e independientemente al Centro. Sin embargo, al también llegar a personas en el domicilio, incluía a otro grupo cuyas características funcionales no eran tan buenas, aunque debían igualmente, cumplir un mínimo de funcionalidad o recursos sociales y asistenciales en el hogar, suficientes para asegurar la continuidad del tratamiento y mis indicaciones a lo largo del resto de la semana.

Características Clínicas

En cuanto al nivel de deterioro, o patologías que presentaban, y explicado muy a groso modo, decir que acerca de los que asisten al Centro Social, encontramos las patologías propias del envejecimiento, sobre todo en el aspecto físico:

- Enfermedades reumáticas, óseas y articulares, distrofias musculares no patológicas, propias también de un estilo de vida poco activo o del descenso de las actividad, igual que pérdida en la rapidez de reacción, a nivel neuromuscular.
- Diabetes, alteraciones sensoriales (auditivas y/o visuales).
- En casos particulares, encontramos Insuficiencia Cardíaca, ligera Insuficiencia Respiratoria, Hipertensión,...
- Intervenciones quirúrgicas, de prótesis de cadera, rodilla, o intervenciones renales.
- También encontramos algún caso en el que se denota de manera incipiente alguna enfermedad de tipo cognitivo, con deterioro de ciertas funciones mentales (afectación de la memoria, atención y orientación) así como por otro lado, personas que ya se encuentran diagnosticadas de algún tipo de demencia, principalmente Demencia de tipo Alzheimer en estadios iniciales.
- Alteraciones en el estado de ánimo (depresión, ansiedad,...) en ocasiones, debido a falsas creencias en cuanto a su situación cognitiva, por lo que otro de los objetivos planteados fue hacer desaparecer esas creencias, ayudando a reconocer situaciones de olvidos “normales” y benignos, diferenciándolas de procesos realmente patológicos.
- Sin embargo, igualmente encontrábamos algunas personas prácticamente sanas y muy autónomas que querían seguir activos y manteniendo ese mismo nivel de autonomía, o mejorar en cierta medida a nivel cognitivo o físico.

En cuanto a las personas beneficiarias del tratamiento domiciliario, sus patologías eran:

- Demencia Senil tipo Alzheimer muy avanzado, postrado en cama
- Demencia Senil tipo Alzheimer en estadio inicial
- ACV de repetición
- Parkinson
- En todos ellos, y principalmente en el primer caso que presentaba total dependencia, encontrábamos por una u otra razón, alteraciones en el desempeño de las ABVDs y AIVDs.

Características Socio-Económicas Y Culturales De Los Usuarios:

La mayoría de las personas que acudían al Centro, eran amas de casa con todavía bastantes responsabilidades en el hogar, ya que aunque sólo vivían con su marido o un hijo, solían tener ciertas cargas familiares aún de los hijos y nietos. También asistían algunos hombres, aunque menos, cuya situación ocupacional era más desahogada, ya que ellos no tenían la responsabilidad del hogar, aunque no les faltaban tareas que podían seguir manteniendo como cuidar algún pequeño huerto o animales de granja.

- Alguno presentaba dificultades a la hora de mantener relaciones sociales.
- Otros presentaban cierta situación de soledad
- Carencias en el ocio por falta de recursos
- Mal uso del tiempo libre del mucho que podían disponer

Su situación económica era media, así como su nivel cultural, entre bajo y medio, llegando a haber algún caso de analfabetismo.

En cuanto a las personas que visitaba en el domicilio, todas tenían los suficientes apoyos sociales y humanos para su cuidado y bienestar, bien de familiares cercanos (esposa/o principalmente) o de contar con una cuidadora informal contratada. Sobre el nivel cultural y económico, no distaba mucho de lo dicho anteriormente.

Resumiendo: todos estos datos, lo único que hacen notar una vez más es la heterogeneidad de las personas mayores y que, como vemos, suelen presentar un amplio abanico de deficiencias y patologías.

IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO

Una vez recogida la información, conocidos los participantes reales, sus intereses y preferencias previas, etc., se establecieron, conjuntamente cuáles eran los principales problemas, y establecimos la prioridades. De este modo se establecieron unos objetivos generales, que ya de por sí pueden existir en cualquier programa similar a éste, pero después, según cada uno de los módulos y según, como ya he dicho, contando con la opinión, demandas y preferencias de los participantes, se establecieron una serie de objetivos específicos.

OBJETIVOS GENERALES

Los objetivos generales de un programa de Activación (Durante, P. y Noya, B.- 2004) son los siguientes:

- Promover la participación activa y voluntaria.
- Despertar el interés hacia las acciones
- Sacar a la luz las habilidades y destrezas y facilitar que sea consciente de ellas.
- Estimular la confianza en sí mismo.
- Promover la libre expresión, tanto en las acciones como en las verbalizaciones.
- Estimular los contactos con el entorno (físico, social y cultural).
- Promover la utilización de actividades adecuadas, que sean estimulantes y de su interés.
- Crear oportunidades para que pueda desarrollar y acrecentar sus intereses.

Además de todo esto, también me propuse los siguientes objetivos generales:

- Evitar el aislamiento social.
- Potenciar y mantener la autonomía funcional: físico- cognitivo-afectivo.
- Mejorar posibles situaciones patológicas.
- Mejorar la autoestima y la calidad de vida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Como ya he dicho, según cada Módulo, me propuse, junto con los intereses de los participantes una serie de objetivos específicos, para intentar conseguir en el mayor grado posible, los objetivos generales. El hacer esto así, es bien sabido que hace que sea más fácil seleccionar las actividades a utilizar para ir más directamente al punto concreto que se desea modificar. Además, el hecho de sopesarlos con los participantes, hace que sea posible establecerlos más fácilmente, ya que surgen de necesidades concretas que ellos mismos demandaban o expresaban. (Polonio López, B., Durante Molina, P., y Noya Arnáiz, B., 2003)

Cada Módulo servía para unos objetivos diferenciados. Estos objetivos debían ser realistas, claros, medibles y evaluables.

Por supuesto, establecer los unos objetivos concretos, hacía posible una selección más exacta de las actividades a realizar en cada unos de los módulos, y según los participantes de cada uno de los turnos.

Todo esto, también es aplicable a los tratamientos domiciliarios.

(Por lo extenso de este punto no he creído conveniente incluir en detalle todos y cada uno de los objetivos planteados).

DESARROLLO GENERAL DE LAS ACTIVIDADES

Actividades previas a las Actividades Modulares

Antes del comienzo de las actividades que componían los Módulos y el proyecto en sí, fue necesaria cierta preparación de éste, además de tareas como:

- Publicitar, informar y hacer llegar al máximo número de la población, el Proyecto, su contenido, objetivos generales previos y posibles beneficios, animando a la gente a participar en él.
- Contactar e informar a los Servicios de Salud de la localidad, para trabajar conjuntamente por el beneficio de los usuarios, dando así la posibilidad de derivar ellos mismos directamente, a cualquier persona que creyeran conveniente su participación, facilitando así también, la llegada de los informes necesarios para el óptimo funcionamiento del Proyecto y máximo beneficio del participante.
- Además, antes y a lo largo del proceso fue necesario llevar a cabo valoraciones e informes individuales de cada uno de los participantes, sopesando y acordando entre éste y yo misma, los objetivos que esperaban alcanzar, realizando una base de datos de los participantes.
- También fue necesario hacer una valoración y análisis previo y posterior de las actividades realizadas, su implicación y comparación de resultados esperados y resultados obtenidos con ellas.

Actividades Modulares

1. En cuanto a las **actividades desarrolladas en el Centro** y llevadas a cabo de lunes a jueves, fueron seleccionadas, teniendo en cuenta distintos criterios, entre los que estaba la opinión y preferencias de los participantes y las necesidades principales detectadas, ya que sobre todo, debía priorizar unas sobre otras, debido, también al poco tiempo con el que contaba para el desarrollo total del Proyecto.

Antes, ya he hecho una descripción muy general del tipo de actividades dependiendo del horario, así que no me repetiré, ya que creo que puede ser suficiente explicación.

Únicamente, sólo añadiré, que todas las actividades debían poder ser graduadas y adaptadas en dificultad y forma de presentarlas y desarrollarlas, según las características, limitaciones, nivel cultural, etc. de todos y cada uno de los usuarios.

2. En cuanto a los **Tratamientos Domiciliarios**, haré una descripción de las actividades, explicando por encima los objetivos planteados, aunque es difícil generalizar objetivos y tratamientos en estos casos, porque eran tan heterogéneos, que las actividades distaban mucho entre ellas. Sin embargo, volviendo a citar a Durante, P., puedo decir que los objetivos en el Tratamiento Domiciliario eran:

- . Promocionar la salud, dando asistencia a problemas específicos.
- . Dar prioridad al mantenimiento de la función y potenciación de la autonomía, intentando liberar en lo posible la carga del cuidador principal.
- . Asesorar y aconsejar al enfermo y al cuidador, para mantener la autonomía del primero y mantener la salud física y psíquica del segundo.
- . Intervenir para proporcionar una intervención de carácter rehabilitador en el domicilio, enseñando y promoviendo actividades de este tipo, adecuadas según el caso.

En este punto, era de vital importancia involucrar totalmente al paciente y a sus cuidadores en la autogestión del programa de actividades y recomendaciones establecido, potenciando su responsabilidad en el proceso, y explicando de modo perfectamente comprensible, el porqué de cada una de las opciones y/o decisiones tomadas, contando siempre con su opinión y aprobación, para que se involucren lo máximo posible.

En el domicilio, mi intervención se dirigió principalmente a paliar en lo posible las limitaciones que padecieran, realizando un tratamiento rehabilitador, conservador y/o compensador de los componentes de la función que tuvieran afectados según el caso, es decir: una intervención sobre el paciente y los déficits causados por la patología, así como en adaptar las actividades para disminuir las demandas de éstas.

Sin embargo, también se amplió mi intervención a evaluar el domicilio, realizando las recomendaciones necesarias, a la hora de prevenir accidentes y facilitar la movilidad en él; también dar consejos a la hora de organizar el tiempo en el hogar, potenciar la autonomía y la participación del paciente en las actividades y tareas del hogar, e intentar estimular y favorecer las relaciones sociales y las salidas del hogar. Por supuesto, también debía orientar y educar a los familiares y cuidadores para el máximo beneficio de éstos y del paciente, ya que sobre todo, como sólo acudía a los domicilios una vez por semana, era imprescindible que ellos continuasen y mantuvieran las recomendaciones que les diera.

Actividades Extraordinarias

- * Dentro de este Proyecto además, a través de la Animadora Sociocultural del área PRAS, nos pusimos en contacto con la Asociación ADAM de Albacete, que ofertaban una serie de talleres de los que los usuarios de este Proyecto, podían beneficiarse. Se eligió realizar un **“TALLER DE RISOTERAPIA”**, impartido por una psicóloga de dicha Asociación, que constó de 7 sesiones, con una duración de aproximadamente dos horas por sesión, todos los viernes por la mañana desde el día 10 de Octubre y destinado a aquellas personas que lo desearan, no interfiriendo en nada con mi trabajo, ya que yo los viernes, como ya he comentado, lo dedicaba a tratamientos individuales en el domicilio.

De este modo, encontramos incluido en el Proyecto, un taller, que resulta novedoso y trabaja aspectos de la salud, que en un primer momento no se pensó trabajar, por lo que resalta aún más lo completo que este resultó.

IMPLEMENTACIÓN

A lo largo de todo el proceso de actividades, fue necesaria una constante adaptación de las actividades, según las nuevas demandas del ambiente, de los participantes, de los usuarios, y de las circunstancias generales. Sin embargo, sí se respetaron las líneas generales en cuanto a los horarios y distribución del tiempo y las actividades.

RESULTADOS ESPERADOS/ RESULTADOS OBTENIDOS.

Al finalizar el Proyecto, debí realizar una evaluación de los resultados, que, desgraciadamente no fue lo completa que yo hubiera querido, sin embargo puedo dejar constancia de los siguientes datos:

Cuantitativamente hablando, en cuanto al número de asistentes, se esperaba la participación de al menos 30 personas, incluyendo aquellos a los que visitaba en el domicilio, y el Resultado obtenido ha sido de una **participación media total de 31,3 usuarios/ día**, aunque el número total de participantes desde que se comenzó hasta que se finalizó fue de **36 participantes**, (más los 4 casos que asistía en el domicilio, lo que hace un total de **40**) que asistieron en mayor o menor medida, o bien empezaron más tarde, o bien tuvieron que dejarlo antes por

problemas personales o médicos, pero que tanto ellos como sus familiares, estaban interesados en la continuidad en próximos proyectos similares a este.

Cualitativamente, refiriéndonos al grado de mejora y obtención de los objetivos propuestos, los resultados esperados no se pueden medir demasiado objetivamente, por falta de tiempo para tomarlos y de tiempo para llevar a cabo el tratamiento. Sin embargo sí hubieron algunos casos específicos, donde el mismo usuario ha manifestado una mejora notable, tanto por él mismo, como por los que están a sus alrededor. Objetivamente, no puedo dejar constancia de los resultados, sin embargo, y gracias a lo manifestado por los participantes, a unas Encuestas de Satisfacción que les pasé y que ellos mismos rellenaron, y a mis observaciones, así como los mismos comentarios y apreciaciones de unos usuarios hacia otros, me atrevo a decir que se obtuvieron las siguientes mejoras:

- *mejora en la agilidad, flexibilidad y amplitud articular general.*
- *mejora funcional en ABVD en casos particulares de participantes con enfermedades como ACV y Párkinson.*
- *mejora en la concentración y memorización de datos concretos (sobre todo explicaciones orales) gracias a la mejora en la atención y en el aprendizaje de trucos mnemotécnicos.*
- *en Educación Sanitaria, se trató el tema de la Ergonomía e Higiene Postural para prevenir y aliviar problemas de espalda, que en, al menos, un 15% de los casos fue aprendido y llevado a la práctica en el día a día por los participantes.*
- *mejora de la autoestima, sensación de bienestar emocional y prevención del aislamiento en casos particulares y especialmente preocupantes en este aspecto, así como mejora general en las relaciones interpersonales de todos los participantes.*
- *Desarrollo y descubrimiento de nuevas destrezas manuales con las actividades de Laborterapia, fomentando el esparcimiento creativo y nuevas aficiones o retomar aficiones olvidadas.*
- *Estimulación de la participación y mantenimiento del contacto social.*

EVALUACIÓN/ INDICADORES DE LA OBTENCIÓN DE RESULTADOS.

En este Proyecto, se utilizaron diferentes pruebas y test para conocer la situación inicial del usuario al comienzo por varias razones:

- Para conocer lo mejor posible las características de los participantes, y para el buen funcionamiento del Proyecto y con el fin de prevenir posibles situaciones de riesgo
- Prevenir y evitar situaciones de riesgo debido a esfuerzos excesivos u otras complicaciones por mareos, vértigos, bajadas de glucosa, etc.
- Para hacer más fiable y objetivo la obtención de resultados y llegado el caso poder comparar la situación al inicio y al finalizar el Proyecto.

Lo primero que se les pedía era un informe de su médico donde se me pudiera informar de diagnóstico principal, autorización para los ejercicios físicos a realizar, recomendaciones y limitaciones o restricciones médicas si las hubiera, sin embargo, esto no fue posible en todos los casos, de hacer a tiempo.

Así mismo, les realizaba, según los participantes demandaban y acudían al servicio, los siguientes test, propios de valoraciones geriátricas:

- Escala de Valoración de la Autonomía en Actividades Básicas de la Vida Diaria de BARTHEL

- Test de Valoración del Estado Cognitivo Mini Mental State de Lobo y cols.
- También se les pidió a todos que llevaran de la farmacia su peso y talla para conocer su IMC y poder dejar constancia así, si existía situación de sobrepeso y observar si a lo largo del proyecto existía algún cambio en él.

Además de esto, en casos específicos se realizaron otras evaluaciones mediante test estructurados, semiestructurados y la observación como:

- Valoración del Equilibrio y la Marcha de Tinetti/ Valoración de MM. II.
- Valoración de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Lawton
- Valoración de MM.SS.
- Valoración del hogar: eliminación de obstáculos, y facilitación de las tareas de autocuidado del usuario.
- Escala de Depresión Geriátrica (GDS) abreviada.
- Valoración de Recursos Sociales.

VALORACIÓN GENERAL DEL PROYECTO/ CONCLUSIONES.

La valoración general del proyecto y basándonos en los resultados obtenidos en las encuestas de Satisfacción, podemos decir que el Proyecto ha sido satisfactorio en cuanto:

- I. Creación de un recurso para las personas mayores del municipio.
- II. Potenciar la participación de los mayores en diversas actividades.
- III. Fomentar la participación de los hombres en las actividades del centro que suelen ser el colectivo con más tiempo libre y peor utilizado.
- IV. Desarrollar una serie de actividades que contemplen un bienestar y mejora en los tres campos de intervención terapéutica (biopsicosocial).
- V. Beneficio de la actividad y el quehacer en la mejora y/o mantenimiento de la salud de los usuarios, retrasando en la medida de lo posible el proceso de envejecimiento.
- VI. Mejora de la Autoestima, de las relaciones interpersonales, y del estado de ánimo general.
- VII. Creación de una serie de rutinas cotidianas en el usuario y responsabilidades como pueden ser: asistir al centro diariamente, respetar horarios, adquirir hábitos de higiene, convivir con personas en su misma situación, etc.
- VIII. Que los mayores vean el Proyecto como una oportunidad donde compartir experiencias, fomentar el diálogo, el respeto, la convivencia, la participación, la comprensión, el apoyo, etc.

Resumiendo: se pudieron satisfacer las expectativas creadas tanto por los profesionales, como por los usuarios, respecto a lo que se esperaba conseguir con un Proyecto de este tipo. De modo que esperamos que esta experiencia pueda ser continua y ampliable a más localidades.

DIFICULTADES ENCONTRADAS

Algunas de las dificultades encontradas para el buen funcionamiento del Proyecto ha sido el miedo de algunos mayores a enfrentarse a actividades que creen por encima de sus posibilidades, tanto a nivel físico como intelectual, o a formas de pensar de las personas mayores, como la creencia entre las mujeres de que su tiempo lo deben pasar en casa con los cónyuges y para los hijos y/o nietos, y no realizando actividades satisfactorias y en

beneficio personal. Y que los hombres del lugar acudan más a las actividades del Proyecto y no sólo a la cafetería del Hogar del Mayor.

Estas situaciones son problemas muy generalizados en la población rural por las creencias de las personas mayores, que, a su vez, podrían eliminarse creando la rutina y este servicio de una manera habitual y permanente.

Otra de las dificultades encontradas a lo largo del desarrollo del Trabajo, fue que algunos usuarios, se incorporaron tras haber comenzado, incluso, alguno ya en los últimos días, por diversas razones, lo cual ocasionó, como podréis imaginar, cierta alteración en el grupo.

Otros no pudieron asistir con la frecuencia deseada, también por diferentes razones, como asuntos personales que resolver, problemas médicos, etc.

Todo ellos, exigía por mi parte una adaptación constante al grupo tanto para favorecer un buen ambiente entre ellos, como a la hora de presentar y elegir las actividades a realizar.

Sin embargo y para concluir, sólo señalar que el colectivo de mayores (y sus familiares) cada vez demandan más la existencia de servicios y recursos como el propuesto, ya que la población anciana es cada vez mayor, y cada vez también se vive más años, lo que crea la necesidad de promover un envejecimiento saludable, promoviendo la actividad, la independencia, la autonomía, la permanencia en el propio domicilio y la comunidad y, por supuesto, una calidad de vida digna, lo que da, cada vez más sentido al desarrollo de Proyectos como este.

BIBLIOGRAFÍA

Durante Molina, P. y Pedro Tarrés, P. "Terapia Ocupacional en geriatría: Principios y Práctica". Barcelona, Ed. Masson, 2004.

Polonio López, B., Durante Molina, P., Noya Arnáiz, B. "Conceptos Fundamentales De Terapia Ocupacional". Madrid. Ed. Médica Panamericana, 2003.

Clark, F. y Larson, E.: Desarrollo de una disciplina académica: la ciencia de la Ocupación; En "Willard and Spackman: Terapia Ocupacional". Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. 2001.

Matilla Mora, R. "Intervención en el domicilio del anciano desde la terapia ocupacional".
<http://www.terapia-ocupacional.com/articulos>.