

Nivel de salud y autonomía en los Centros de Día para mayores

Anna Soldevila Benet¹

Jaume March Llanes²

¹Departamento de Pedagogía y Psicología

²Departamento de Ciencias Médicas Básicas

Universidad de Lleida

Resumen

Fundamento: Nuestro interés se centra en conocer el estado de salud en general y el nivel de autonomía en las actividades de vida diaria de los usuarios de los Centros de Día.

Método: El estudio consistió en la administración de un cuestionario diseñado por los propios investigadores y validado mediante una prueba de jueces. El cuestionario contenía 50 preguntas referentes a los diversos aspectos analizados. La muestra incluyó todos los centros de día situados en la provincia de Lleida.

Resultados: El estudio de las variables sobre nivel de autonomía en las actividades de vida diaria y salud muestran que el 65% de los usuarios de los Centros de Día padecen alguna enfermedad. Por otro lado, el estado de salud se relaciona con la edad y con el tipo de centro. En cuanto a la percepción subjetiva, el resultado principal fue que un 44% de las personas mayores destacan las limitaciones provocadas por su estado de salud.

Conclusiones: Los resultados de la encuesta ponen de manifiesto la necesidad de aplicar programas de educación para la salud, debido al gran número de usuarios que en estos Centros de Día presentan problemas de salud. Además, también se ha puesto de manifiesto una necesidad de mejora del grado de aceptación de las limitaciones impuestas por el propio estado de salud. Estas adaptaciones servirían, sin duda, para prevenir y promover la salud y así aumentar la calidad de vida de las personas mayores.

Palabras clave: Centro de Día. Estado de salud. Actividades de vida diaria. Educación para la salud.

Summary

Background: Our interest is centred on the description of two aspects related to the daily centres, the global state of health and the autonomy level in daily occupation of their users.

Method: Study consisted of running a questionnaire designed by the investigators and validated through a judges test. Questionnaire contained 50 items referring to the different analysed blocks. All daily centres located in the province of Lleida (SPAIN) were included in the study.

Results: Variables about global state of health and autonomy level in daily occupation showed that 65% of

daily centre users suffered from any kind of disease. Moreover, state of health depends on age and type of centre. Finally, the most relevant result, related to the subjective perception of the own state of health, is that 44% of users emphasise the limitations generated by their state of health.

Conclusions: Results verify a necessity of applying educational programs on health, due to the large number of users showing healthy troubles in these centres. The other main aspect that needs to be improved is to work with users in order to accept the limitations generated by their own state of health. These adaptations will serve to promote health and life quality of users of daily centers.

Key words: Daily centre (senior sitzen). State of health. Daily occupation and healthy education.

Introducción

Los términos "prevención" y "promoción" en salud se pueden enmarcar dentro de un concepto más amplio que es el de educación para la salud. La promoción de la salud implica implantar comportamientos saludables cuando no existen en la persona o en las comunidades.

En la reunión mundial celebrada en Alma Ata (1972) la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió como salud: "Un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la mera ausencia de enfermedad o dolencia".

En la actualidad, la salud comienza a entenderse como un proceso dinámico, responsable, participativo y equilibrado, con la meta fijada en un estado ideal, al cual siempre podemos acercarnos. Se trata de fomentar la salud incidiendo en la mejora de los estilos de vida y del entorno.

En 1991, el Plan de Salud de Cataluña hace una nueva reformulación: "La salud es conseguir el más elevado nivel de bienestar físico, mental y social de capacidad de funcionamiento que permitan los fac-

Correspondencia:
Anna Soldevila Benet
Departamento
de Pedagogía y Psicología
Facultad de Ciencias
de la Educación
Prta de la Caparrella, s/n
25192 Lleida
E-mail:
soldevila@pip.udl.es

tores sociales y ambientales en que vive sumergido el individuo y la colectividad". Con lo que, el nivel de bienestar depende de determinantes sociales y ambientales y no es un estado ideal alcanzable de la misma manera por todos. A la vez, la funcionalidad de la persona también es una medida de su salud, de su adaptación al medio. Por otro lado, la salud no es materia individual, sino colectiva; la salud es cosa de todos.

García Huete¹, la define como: "el estado de bienestar psicológico y social universal en equilibrio con el medio y de forma sostenida". Así, desde la perspectiva de promoción de la salud y de la prevención del envejecimiento patológico el objetivo es llegar a las etapas tardías de la vida en las mejores condiciones posibles (en los niveles de funcional, psíquico y social). Para ello es fundamental la detección precoz de la enfermedad y la actuación sobre los factores de riesgo, entre los que se incluyen los aspectos psíquicos y sociales que afectan el estado de salud del individuo que envejece. No se debe olvidar que en la ancianidad la prevención debe incluir el bienestar (por tanto, la salud) de la familia y otros cuidadores como forma de conseguir mantener al anciano en las mejores condiciones posibles.

La prevención del envejecimiento patológico contempla la detección precoz de factores de riesgo para poder incidir tempranamente en ellos, para eliminarlos o paliar sus efectos. Se suele hablar todavía de salud en contraposición a enfermedad, entendiendo la primera como ausencia de enfermedad. No obstante, autores Patrick y Ericson², Martínez Vizcaino y Lozano Muñoz³, Fernández-Ballesteros⁴, emplean el binomio salud-calidad de vida, como factores interlazados.

Los términos salud y enfermedad quedan cualificados por las circunstancias históricas, geográficas, culturales y sociales, y resulta difícil definir lo que constituye una vejez normal desde el punto de vista físico, pues lo que para unos constituye enfermedad y limitación, para otros supone mera molestia que no impide desempeñar los mismos roles que en la vida adulta (Moragas⁵).

Pero, ¿cómo definir el envejecimiento saludable?. Las causas habría que buscarlas en factores genéticos, originales y hereditarios de cada persona, y en factores del medio ambiente material y psicosocial.

La diferenciación entre lo normal y lo patológico en la vejez tiene importantes implicaciones sociales y clínicas. Así en la medida en que se interpretan cambios derivados de un proceso patológico como cambios normales, se dificultará la puesta en práctica de

intervenciones (en el ámbito social o clínico) que podrían ser eficaces para el mantenimiento de la salud y bienestar de los individuos de más edad. (Izal y Montorio⁶).

No hay que olvidar la variabilidad interindividual e intraindividual. La heterogeneidad aumenta a lo largo de la vida, adquiriendo una especial significación en la edad avanzada. La vejez no es una enfermedad en sí misma, pero la probabilidad de enfermar en la vejez y que la enfermedad origine consecuencias negativas en el organismo es mucho mayor que en otras etapas de la vida. Ello puede detectarse fácilmente a través de datos demográficos sobre epidemiología y mortalidad. Es decir, la frecuencia de los factores de mortalidad, incluida la enfermedad, incrementa exponencialmente con la edad.

Mantener la salud se hace difícil en las personas mayores cuando a los cambios normales del proceso de envejecimiento hay que sumarles los propios de una determinada enfermedad (artritis, diabetes, problemas de corazón o respiratorios, etc.).

Las enfermedades a menudo se pueden tratar paliar los efectos de sus consecuencias. La psicología de la salud tiene como objetivos la prevención de la enfermedad y la mejora de la calidad de vida de quienes padecen enfermedades o discapacidades. También contribuyen a la mejora de la calidad de vida la autonomía en las habilidades funcionales también llamadas actividades de vida diaria, las cuales se pueden definir según Fernández-Ballesteros⁷ como aquel conjunto de destrezas que se requieren para llevar a cabo una vida independiente y que poseen las personas para desenvolverse por sí mismas en un entorno próximo.

El propósito del presente estudio es el estudio de los problemas de salud que presentan los usuarios de los Centros de Día para personas mayores y describir el nivel de autonomía con relación a las actividades cotidianas de dichos mayores. Así, la finalidad última es generar una pauta sobre qué tipo de programas de educación para la salud es necesario llevar a cabo. Ya que, como ya se ha comentado, es fundamental apostar por la prevención y la promoción de la salud, mediante la educación, para poder mejorar la calidad de vida de los usuarios de los Centros de Día para mayores.

Material y métodos

Para poder llevar a cabo nuestro objetivo de conocer el estado de salud general que presentan los usua-

rios o clientes de los Centros de Día y el nivel de autonomía que presentan en cuanto a actividades de la vida diaria, ya sean básicas o instrumentales, se ha seleccionado como población de estudio todas las personas mayores que ocupan una plaza en los Centros de Día de la provincia de Lleida. Los criterios de exclusión aplicados han sido la presencia de algún tipo de trastorno psiquiátrico o diagnóstico de demencia a fin de poder garantizar la fiabilidad de las respuestas dadas por los usuarios.

En cuanto a la procedencia de la muestra se han incluido en el estudio todos los Centros de Día de la provincia de Lleida, tanto públicos, ICASS o ayuntamientos, como privados, de iniciativa mercantil o social. La población final resultante ha sido de 80 sujetos.

El estudio que a continuación se presenta ha sido realizado a lo largo del año 2000, en los diferentes Centros de Día para personas mayores en la provincia de Lleida. La técnica empleada en el proceso de investigación ha sido el cuestionario. El cuestionario fue diseñado por los investigadores y validado mediante la prueba de jueces.

El cuestionario fue administrado de forma individualizada a cada uno de los usuarios y en el propio centro, hecho que ha permitido visitar las instalaciones de los centros, mantener entrevistas informales con los responsables de dirección de los centros y con los profesionales de atención directa.

Las variables estudiadas han sido el estado de salud en relación la edad, al tipo de Centro de Día, y a la

percepción subjetiva de salud y el nivel de autonomía en las actividades de vida diaria.

Resultados

En la Tabla 1 se puede observar la muestra estudiada la cual se ha desglosado en función de a quien corresponde la gestión del centro atendiendo a la titularidad del mismo además de identificar el área geográfica.

Los resultados obtenidos (Figura 1) reflejan que el 65% de los usuarios de los Centros de Día de Lleida, según opinión de los mismos, se les ha diagnosticado alguna enfermedad o padecen alguna dolencia crónica.

Estado de salud

Primero, cuanto a qué cambios le supone a la persona mayor en el día a día esta dolencia crónica o enfermedad, se pueden apreciar algunas particularidades significativas:

- Del grupo de personas a las que se le ha diagnosticado alguna enfermedad o padecen alguna dolencia crónica, el 39% ha de tomar medicación cada día.
- Entre los 61 y los 65 años, se observa que hay un importante número de personas que deben utilizar prótesis, en su mayoría auditivas y utiliza

Lleida provincia	Privado		Público		Total
	I. Social	I. Mercantil	ICASS**	Ayunt.	
Alta Ribagorça			1		1
Garrigues			9*	7	16
Pallars Jussà			3*		3
Pallars Sobirà				1	1
Pla d'Urgell	9				9
Segarra	2				2
Segrià				4	
Lleida ciudad	5	7	12	10	38
Urgell	2		1*	5	8
Val d'Aran			1		1
Totales	18	7	27	27	80

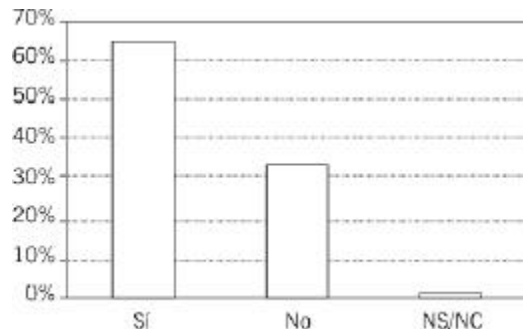
Tabla 1.
Muestra objeto de estudio

* Centros públicos dados a gestión

Fuente: Elaboración propia con datos actualizados a enero de 2000.

** ICASS: Instituto Catalán de Atención y Servicios Sociales

Figura 1.
Enfermedades diagnosticadas o dolencias crónicas



- bastón, seguido de otro colectivo que toma medicación, hace dieta.
- Entre los 66 y los 70 años, se encuentran la mayoría de personas que necesitan atención especial (oxígeno, sonda, etc.). A menudo motivo suficiente para plantearse la asistencia a un Centro de Día, por parte de los familiares más directos.
- Entre los 71 y los 75 años empiezan a necesitar algún tipo de ayuda para desplazarse: silla, andador, bastón.
- Entre los 76 y los 80 años, puede verse un colectivo que necesita curas a menudo. Se observa que empiezan a ser significativos los problemas de movilidad, necesitando la persona valerse de algún tipo de ayuda, a fin de mantener su autonomía.
- Entre los 81 y los 85 años, se acentúa el número de personas con problemas de motricidad, que utilizan andador o silla de ruedas.
- Más de 85 años. La mitad de las personas que utilizan silla de ruedas y un tercio de los que usan andador corresponde a esta franja de edad, al igual que la mitad de personas que toman medicación o hace dieta por motivos de salud corresponde a esta edad.

Segundo, cuanto a la relación entre problemas de salud y edad:

- Las personas menores de 61 años que acuden a los Centros de Día de presentan algún trastorno del tipo: demencias en estadios incipientes o enfermedad de Alzheimer en las primeras fases. La persona en cuestión no sabe exactamente a que obedecen sus síntomas: falta de memoria, desorientación, etc. En estos estadios atribuyen estas manifestaciones inherentes al proceso de envejecimiento, la cual cosa retarda el diagnóstico, y el consiguiente tratamiento farmacológico y de psicoestimulación.

- Entre los 61 y los 65 años, los problemas que aquejan a los usuarios de los Centro de Día son los relacionados con: pérdida de memoria, desorientación espacio-temporal, etc. La mitad de las personas que lo manifiestan corresponden a esa edad, y la otra mitad cabe situarla entre los 76-80 años. Todo parece apuntar que el inicio de un proceso de demencia ya sea en etapa pre-senil o senil propicia la asistencia a un Centro de Día. No encontrar datos significativos en edades posteriores no quiere decir que no los haya, al ser enfermedades progresivas, el estar en un estadio o fase más avanzada hace imposible aplicar un cuestionario y que las opiniones dadas por el encuestado sean fiables.
- Entre los 66 y los 70 años, años posteriores a la jubilación ordinaria, se observa que la totalidad de las personas que manifiestan tener problemas de falta de ánimo, desmotivación, desinterés por las personas y las cosas, corresponden a esta franja de edad. La mayoría de gerontólogos remarca la importancia de la preparación a la jubilación a lo largo de la edad adulta.
- Los problemas de movilidad a partir de los 71 años aumentan, al igual que los problemas respiratorios y cardiovasculares, y también los problemas relacionados con los órganos sensoriales (especialmente vista y oído).

Tercero, si se analiza la variable tipo de centro, parece existir una tendencia a que en los centros públicos gestionados por el Instituto Catalán de Atención y Servicios Sociales (ICASS) hay un porcentaje más alto de personas que necesitan atención médica especial (sonda, oxígeno), y que en los centros públicos dados a gestión hay un porcentaje elevado de personas que necesitan curas a menudo, utilizar andador, tomar medicación, llevan prótesis u utilizan la silla de ruedas. Se intuye a raíz de los datos obtenidos que en los centros privados, acuden personas con pocos problemas de salud, o éstos son más llevaderos, y por el contrario, para ser admitido en un Centro de Día público es necesario tener un estado de salud más precario, necesitar de atenciones y cuidados frecuentes, ser menos autónomo.

Cuarto, en relación con la variable salud subjetiva, como puede observarse en la Figura 2, el 44% de las personas que tienen alguna enfermedad diagnosticada o padecen alguna dolencia crónica manifiesta que no les impide hacer aquello que quieren, frente a un 28% que atribuyen no poder hacer aquello que quieren a los problemas de salud. Además, se observa que un 24% de las personas que manifiestan no poder hacer lo que quieren por problemas de salud, lo atribuyen a problemas de movilidad.

Actividades de vida diaria

Antes de plantearse la intervención educativa con un grupo de usuarios de un Centro de Día es preciso evaluar el grado de autonomía en la vida diaria que presentan los futuros participantes, para ello pueden aplicarse una de las muchas escalas existentes para tal fin, y complementarse con otras técnicas, como puede ser la observación directa, entrevistas, etc.

En relación a la evaluación de las Actividades de Vida Diaria se han distinguido 2 tipos de actividades, en la Tabla 2 se referencian los instrumentos mayormente utilizados en nuestro país para evaluarlas.

Pero para una primera aproximación, y para la totalidad de la población objeto de estudio se procedió a elaborar por parte del equipo investigador una escala inspirada en las anteriores pero más breve, ya que la finalidad perseguida era conocer en términos generales el grado de autonomía de las personas mayores que acuden a los Centros de Día. Para proceder al análisis de los datos obtenidos en el estudio se han diferenciado entre actividades básicas e instrumentales de vida diaria, entendiéndose por "necesita vigilancia" que la persona mayor prefiere no estar sola porque se siente insegura y por "necesita ayuda" que la persona mayor es incapaz de realizarla de forma autónoma, es decir, reconoce su dependencia para realizarla.

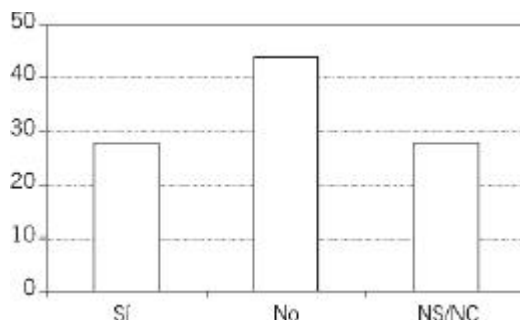


Figura 2. Salud subjetiva: ¿su enfermedad o dolencia crónica le impide hacer lo que quiere?

Con relación a las actividades básicas de vida diaria se ha observado que las actividades donde la persona es menos autónoma son: Bañarse o ducharse, realizar tareas domésticas sencillas y aquellas en que la persona es más autónoma son: ir al baño, control de esfínteres y comer solo. Necesitando vigilancia por la noche y para subir y bajar escaleras. En todos los Centros de Día se da respuesta a la actividad de baño, es utilizada especialmente por parejas de personas mayores que no pueden ayudarse entre ellos, o bien, personas que viven solas, personas con movilidad restringida, etc. Respecto a quedarse solo por las noches más que tratarse de una incapacidad, hay miedo o temor a que pueda suceder algo durante la noche, recuerda un poco a los miedos infantiles, de ahí que prefieran vigilancia, léase compañía. Los porcentajes obtenidos en cada ítem analizado pueden verse en la Tabla 3.

Actividades básicas de vida diaria (ABVD).

- Índice de Katz de AVD (Katz, *et al.* 1963, 1970).
- Índice de Barthel (1965).
- Escala de incapacidad física del hospital de la Cruz Roja.

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

- Índice para las AIVD de Lawton y Brody (1963).

Tabla 2. Instrumentos evaluación AVD

Tipo A: Básicas	Autónomo %	Necesita Vigilancia %	Necesita ayuda %
Levantarse y meterse en la cama	81		19
Vestirse y desvestirse	75	2	23
Bañarse o ducharse	58	5	38
Ir al baño. Control esfínteres.	86	3	11
Comer solo/a	94	3	2
Quedarse solo/al durante la noche	69	13	19
Subir y bajar escaleras	79	13	19
Realizar tareas domésticas sencillas	71	4	25
Caminar, pasear	79		21
Responsabilizarse objetos personales	73	5	22

Tabla 3. Actividades básicas de vida diaria

En relación a las actividades instrumentales de vida diaria aquellas en que la persona mayor presenta menos autonomía son: arreglarse las uñas de los pies, e ir al médico, entre las que necesita vigilancia la de tomar la medicación prescrita y son más autónomos en la actividad de utilizar el teléfono. De ahí que en la mayoría de Centros de Día para mayores cuenten con servicio de podología, y en todos con atención médica. A raíz de los resultados obtenidos se valora positivamente para aquellas personas que vivan solas complementar el Centro de Día con servicios de teleasistencia o telealarma, útil por las noches y los fines de semana, dado que la persona mayor tiene las habilidades funcionales necesarias para utilizarlo. No obstante, se encontró solo una usuaria que lo utilizaba. Los porcentajes obtenidos en cada ítem analizado pueden verse en la Tabla 4.

Si se correlaciona si a una persona se le ha diagnosticado una enfermedad o padece una dolencia crónica y necesita ayuda en las actividades de vida diaria se obtiene los siguientes porcentajes apreciables en la Tabla 5.

Discusión

A raíz de los resultados obtenidos, más de la mitad de los usuarios o clientes de los Centros de Día de Lleida tienen problemas de salud y de autonomía en las habilidades funcionales, nos cuestionamos ¿por qué no se dan proyectos educativos para la salud desde la interdisciplinariedad?, ¿en qué posición queda relegada la educación para la salud?, ¿qué profesiones deberían encargarse de ella?, ¿qué pasos se deberían seguir para elaborar un programa de educación para la salud?.

En la realidad se ha podido constatar que todos los Centros de Día garantizan la atención médica (diagnóstico enfermedades, seguimiento y control evolución enfermedad, curas, medicación, etc.), es más, en todos los centros se dispone de personal encargado de la rehabilitación física, en su mayoría fisioterapeutas, y de instalaciones adecuadas a tal fin, no obstante, en pocos centros hay terapeutas ocupacionales o educadores sociales, y en ningún centro existe un programa de educación para la salud, que abarque los aspectos de prevención y promoción de

Tabla 4.
Actividades instrumentales de vida diaria

Tipo B: Instrumentales	Autonomo %	Neces. Vigilancia %	Necesita ayuda %
Arreglarse las uñas de los pies	34		66
Ir de compras	53	1	46
Utilizar el teléfono	71	1	28
Utilizar el transporte público	54	6	39
Ir al médico	46	3	51
Tomar la medicación prescrita	54	9	38
Llevar las cuentas	48	4	49
Realizar pequeños arreglos en casa, limpiar, cuidar la ropa, cocinar.	51	3	46
Capacidad de utilizar dinero con independencia.	51	1	48

Tabla 5.
Relación padecer enfermedad y necesidad de ayuda en AVD

Tipo A: Básicas	Porcentaje %	Tipo B: Instrumentales	Porcentaje %
Levantarse y meterse en la cama	80	Arreglarse las uñas de los pies	75,5
Vestirse y desvestirse	77,8	Ir de compras	73
Bañarse o ducharse	76,7	Utilizar el teléfono	81,8
Ir al baño. Control esfínteres.	88,9	Utilizar el transporte público	71
Comer solo/a	100	Ir al médico	70,7
Quedarse solo/al durante la noche	66,7	Tomar la medicación prescrita	73,3
Subir y bajar escaleras	76,5	Llevar las cuentas	69,2
Realizar tareas domésticas sencillas	80	Realizar pequeños arreglos en casa, limpiar, cuidar la ropa, cocinar.	73
Caminar, pasear	76,5	Capacidad de utilizar dinero con independencia.	71,1
Responsabilizarse objetos personales	76,5		

Evaluación inicial contextual

- Análisis de la realidad: características sociodemográficas, culturales y nivel de salud de la población objeto de estudio, y de la percepción que tienen de los problemas de salud.
- Análisis de los factores que inciden en el comportamiento de salud: situaciones de riesgo y percepciones sociales del riesgo, intereses, preocupaciones y prioridades en cuanto al tema de la salud, conocimiento, actitudes y hábitos de salud.
- Delimitación de las necesidades y priorización. Contrastación entre las necesidades percibidas por la población diana y las aportaciones de los expertos conocedores del contexto, establecer prioridades en función de las posibilidades de actuación en cuanto a recursos, temporización de la actuación.
- Análisis del problema identificado (gravedad, extensión, frecuencia, posibilidad de incidir en los cambios, evaluación, necesidades percibidas por la población).
- Estudio de la viabilidad de trabajar con grupos focales (pequeños grupos homogéneos, en cuanto a edad, género, colectivos implicados, etc) los problemas, las causas y las posibles soluciones.
- Trabajar los estereotipos que se han ido construyendo a través de las influencias de los medios de comunicación, publicidad, desmitificar ciertas problemáticas que puedan crear alarma social dificultando la intervención educativa.
- Implicar a toda la comunidad, buscando soluciones a los problemas y evitar su aparición o reaparición.
- Coordinarse los diferentes sectores implicados, reforzando acciones para obtener mayor soporte.
- La acción educativa debería comportar cambios en las personas, en los políticos, en el ambiente y la organización.

Objetivos

- Incrementar los conocimientos sobre la salud.
- Desarrollar estilos de vida saludables.
- Prevenir enfermedades u accidentes.
- Reducir las limitaciones ocasionadas por enfermedad u accidentes.
- Asumir las limitaciones funcionales y las incapacidades ocasionadas por problemas de salud.
- Mejorar la calidad de vida de las personas con problemas de salud.
- Prevenir trastornos(articulares, musculares, cardiorespiratorios) favorecidos por la inactividad física.
- Mantener la capacidad física, psíquica y social .
- Realizar actividades placenteras que impliquen actividades físicas.
- Conseguir un bienestar físico, psicológico (equilibrio emocional) y social.
- Conservar la independencia, la autonomía física y psicológica.

Contenidos

- Educación sanitaria:
- Estilos de vida: ejercicio físico, alimentación e higiene.
- Hábitos tóxicos: tabaco, alcohol, y otras drogas.
- Promoción de la salud física y psíquica
- Mantenimiento de la dignidad y la autoestima de la persona mayor.
- Medicación: cumplimiento de las prescripciones facultativas, automedicación.
- Proceso de envejecimiento normal versus envejecimiento patológico. Enfermedades crónicas: aceptación, adaptación, conocimiento del envejecimiento natural, prevención de complicaciones, tener cuidado de uno mismo, conocer el tratamiento a seguir y su administración.
- Prevención de accidentes: domésticos, de tráfico, etc.
- Los sucesos vitales: pérdidas de seres queridos, de poder adquisitivo, de funciones motoras o intelectuales, de roles sociales, de muerte.

Metodología

- Métodos o estrategias metodológicas: dinámicas de grupo (debates, dramatizaciones...), talleres, exposiciones orales, enseñanza directa, observación y repetición, persuasión, técnicas de resolución de problemas. Etc. Motivadora que favorezca las relaciones interpersonales, que resulte agradable y gratificante a la persona mayor, a fin de garantizar la motivación y la aceptación de los programas, proyectos u actividades.

Actividades

- Respondiendo a las siguientes características: intencionalidad, finalidad, sistematización, vivencialidad.
- Según la situación de aprendizaje podemos dividir las actividades en individualizadas, individuales, grupales y comunitarias.
- Según el grado de autonomía de realización: dirigidas, semidirigidas u autónomas.
- Según el grado de libertad de acción: obligatorias, optativas o sugeridas.
- Componentes básicos para diseñar actividades: nombre actividad, presentación, estructura y secuencia, espacio, tiempo, participantes, recursos y materiales, normas o condiciones, evaluación.

Recursos

- Adecuados a los recursos humanos, financieros y materiales (de infraestructura, de equipamiento de materiales específicos) disponibles.

Evaluación

- Continuación y final utilizando como instrumentos la observación directa, entrevistas semiestructuradas y cuestionarios. Y como criterios de evaluación: la efectividad, la eficacia, la eficiencia y el impacto.

*Tabla 6.
Propuesta programa
de educación
para la salud*

la salud. Por lo cual, se apuesta por movilizar los recursos humanos disponibles (médico/as, enfermero/as, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionales, educadores sociales, etc) a fin de constituir equipos interdisciplinarios que lleven a cabo el diseño, la implementación y la evaluación de programas educativos de prevención y promoción de la salud, los cuáles podrían ser llevados a la práctica por educadores sociales como profesionales de la intervención educativa.

Por lo que se podría decir que los Centros de Día han dado respuesta a aquellas personas que empiezan a tener problemas de dependencia por motivos de salud, ya que cubre las necesidades básicas para atender a la persona mayor sin necesidad de privarla de su entorno más inmediato (familia, vecindario, amigos).

A continuación en la Tabla 6, se propone una propuesta de programa de educación para la salud a desarrollar en los Centros de Día de Lleida, cuyos destinatarios serían los usuarios, familiares o cuidadores de las personas mayores.

Bibliografía

1. García E. Prevención y promoción en salud en la vejez. En: Fernández-Ballesteros (dir). *Gerontología social*. Madrid: Psicología Pirámide, 2000.
2. Patrick DL, Erickson P. Health estatuas and health policy. *Quality of life in health care evaluation and resource allocation*. New York: Oxford University Press, 1992.
3. Martínez V, Lozano A. *Calidad de vida en ancianos*. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, 1998.
4. Fernández-Ballesteros, R, Zamarrón MD, Maciá A. *Calidad de vida en los distintos contextos*. Madrid: INSERSO, 1996.
5. Moragas R. *Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona: Herder, 1991.
6. Izal M, Montorio I. *Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Síntesis, 1999.
7. Fernández-Ballesteros R, Moya R, Iñiguez J, Zamarrón MD. *Qué es la psicología de la vejez*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1999.