



Universidad de Valladolid

TRABAJO FIN DE GRADO

TRABAJO SOCIAL

**“ESTUDIO Y PROPUESTA DE ELABORACIÓN DE
PROYECTOS DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR”**

Realizado por:

NEKANE TERÉS RODANÉS

Tutora:

M.^a Teres del Álamo Martín

Curso Académico:

2017-2018

INDICE

Resumen	1
1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. CONTEXTO-JUSTIFICACIÓN	3
2.1 Atención centrada en la persona.....	3
2.1.1 Conceptualización y principios de la Atención Centrada en la Persona	4
2.1.2 Principios y criterios	6
2.1.3 Comparativa enfoque actual y enfoque tradicional	8
2.1.4 Relación de la Atención Centrada en la Persona con los Proyectos de Vida .	8
2.1.5 Enfoque de atención más personalizado: Modelo Housing	9
2.1.6 Alternativa a las formas tradicionales de atención a personas mayores: Centros multiservicios y unidades de convivencia	11
2.1.7 Bases científicas y normativas sobre las que se asienta el modelo.	13
2.1.8 Promulgación de nuevos derechos sociales y consensos internacionales:	14
2.1.9 Conclusiones de evaluación de políticas avanzadas.	14
2.2 Calidad de vida.....	15
2.3 Envejecimiento activo	18
2.4 Estudios y experiencias sobre los proyectos de vida.....	19
3. ELABORACIÓN DE PROYECTOS DE VIDA.....	24
3.1 Concepto y propuestas	24
3.2 Autoconocimiento	25
3.3 Misión personal	29
3.4 Formulación de objetivos	29
3.5 Formulación de estrategias.....	30
4. CONCLUSIONES	31
BIBLIOGRAFÍA	33

Resumen

Varias son las organizaciones, asociaciones, colectivos e instituciones que apoyan la presencia de proyectos de vida y sus beneficios tanto en la propia persona mayor como en la sociedad. La elaboración de proyectos de vida en el adulto mayor se ha vuelto una necesidad y esto se debe a los cambios que se han producido en la atención a las personas mayores. Conceptos como calidad de vida, atención centrada en la persona y envejecimiento activo son esenciales para entender esta evolución en las actuaciones e intervenciones en este sector. El adulto mayor ha pasado de ser concebido como mero receptor de servicios a ser protagonista de la intervención, tomando decisiones acerca de todo lo que le compete. Para conseguir que la persona sea el eje central de la actuación es necesario conocer su pasado, su presente y sus planes de futuro, y aquí es donde los proyectos de vida se convierten en una herramienta para el cambio. En el presente trabajo se pretende establecer una relación entre los conceptos antes mencionados y los proyectos de vida además de justificar en base a experiencias los beneficios que produce un proyecto de vida. Por último se hace una propuesta de elaboración de proyectos de vida en base a una serie de actividades.

Palabras clave: proyecto de vida, calidad de vida, atención centrada en la persona, envejecimiento activo, propósitos en la vida, historia de vida.

1. INTRODUCCIÓN

El objetivo de este trabajo es demostrar la necesidad e importancia de la presencia de proyectos de vida en el adulto mayor. Los proyectos de vida en el adulto mayor se han convertido en una herramienta eficaz para conocer el pasado, presente y futuro de las personas mayores. Las nuevas formas de entender y atender a las personas mayores han llevado a que los proyectos de vida se conviertan en un instrumento que permita personalizar la actuación e intervención.

La primera parte de este trabajo contextualizará los proyectos de vida, relacionando éstos con otros conceptos como lo son la atención centrada en la persona, la calidad de vida o el envejecimiento activo. Esta relación se basa en la idea de reciprocidad que estos conceptos tienen, ya que todos comparten ideas acerca de la atención a las personas mayores. También se hará referencia a normativa que aborda los proyectos de vida, a nuevas ideas y formas de intervención con personas mayores como lo son el Modelo Housing, los centro multiservicios o las unidades de convivencia.

Tras esta conceptualización se hace un análisis de diversos estudios que demuestran los beneficios que los proyectos de vida producen en las personas mayores así como la importancia de tener propósitos en la vida por los que seguir luchando. En este apartado también se hace referencia a la apuesta por parte de diferentes empresas y organizaciones, de herramientas para elaborar proyectos de vida, como por ejemplo plataformas online para elaborar historias de vida.

En el siguiente apartado se hace una propuesta de elaboración de proyectos de vida. Se citan diferentes conceptos de lo que es un proyecto de vida y se exponen diferentes propuestas acerca de cómo elaborar un proyecto de vida. Tras esto se recogen una serie de actividades destinadas a conocer a la persona mayor, su pasado, su presente y su futuro y éstas se dividen en subapartados: autoconocimiento, misión personal, formulación de objetivos y formulación de estrategias.

El último apartado está destinado a las conclusiones, donde se recogen las ideas más relevantes, las dificultades que se han encontrado y el aprendizaje que ha aportado.

2. CONTEXTO-JUSTIFICACIÓN

El concepto proyecto de vida se puede definir como un plan de futuro trazado, un esquema vital que encaja en el orden de prioridades, valores y expectativas de una persona que como dueña de su destino decide cómo quiere vivir.

El proyecto de vida es una construcción que tiene lugar a lo largo de la vida de la persona y se trata de un cuestionamiento constante sobre el sentido de esta, el estilo de vida y la búsqueda del equilibrio entre los distintos contextos en los que la persona se relaciona (Romero Rodríguez, 2004). Cuando se habla de proyectos de vida, se relaciona el concepto con otros como lo son la intervención centrada en la persona, la calidad de vida o el envejecimiento activo. Para justificar el por qué es necesario y positivo la elaboración de proyectos de vida se analizarán diversos estudios, investigaciones e informes, así como los impactos que éstos han tenido en diferentes poblaciones de personas mayores.

2.1 Atención centrada en la persona

La preocupación por buscar la calidad de la atención a las personas mayores no es algo nuevo. En los últimos años, en nuestro país se han introducido cambios que persiguen mejorar los equipamientos, los sistemas organizativos y los modelos de atención y que han tenido su reflejo en la aprobación de normas jurídicas de diferente rango. En concreto en la Comunidad Castellano Leonesas ha aprobado en el año pasado el Decreto 14/2017, de 27 de julio, de autorización y funcionamiento de los centros de carácter social para la atención a las personas mayores en Castilla y León en el cual en sus disposiciones generales se refieren a conceptos anteriormente mencionados, como lo son la autodeterminación, los proyectos de vida, la atención centrada en la persona y la calidad de vida. Define el proyecto de vida como: “La proyección individual que realiza cada persona sobre todas las dimensiones que forman parte de su desarrollo personal y social, e incluye tanto sus metas como los apoyos informales de las personas de su entorno familiar y social, los apoyos normales existentes en su comunidad y los apoyos proporcionados por los servicios sociales”.

Este Decreto, introduce en el primer pilar del nuevo modelo de atención a las personas mayores, la necesidad de la planificación vital centrada en la persona y de la creación de proyectos de vida. Además, se obliga a que en todas las residencias de personas mayores se elaboren proyectos de vida.

El segundo pilar hace referencia a un cambio en los objetivos y cometidos de los profesionales que realizan su labor en centros de personas mayores. En este nuevo modelo de atención, las decisiones sobre los apoyos que recibe la persona los tomará la propia persona. La persona elige cómo quiere vivir y cómo quiere ser tratada, es la responsable de tomar las decisiones sobre su proyecto de vida.

El tercer pilar nos habla de un nuevo modelo de atención, el modelo centrado en la persona. Este modelo gira en torno a los deseos y expectativas que las personas mayores han incluido en sus proyectos de vida.

A lo largo del Decreto se expone que las personas son las responsables de decidir sobre su futuro y su forma de vida a través de los proyectos de vida, y los apoyos y la atención que reciban estarán orientados a respetar su proyecto de vida y a ayudar que sea ejecutado. Además, en la primera de sus disposiciones finales expone que: “En el plazo de un año desde la entrada en vigor de la presente norma, por la consejería competente en materia de servicios sociales se establecerá el contenido y la estructura del proyecto de vida de los usuarios. Una vez publicado y en el plazo de un año desde esa fecha, los centros que determina el presente decreto deberán contar con el correspondiente proyecto de vida”

2.1.1 Conceptualización y principios de la Atención Centrada en la Persona

El origen de la atención centrada en la persona se le atribuye a la psicología humanística, concretamente a Carl Rogers (1961) y a la idea que éste tiene de la persona como el centro de interés. Le da importancia al significado que cada persona da a su propia existencia, entiende como valor central de la persona la dignidad, la capacidad de ésta de decidir, de autorrealizarse y el interés de que cada persona desarrolle su pleno potencial. Las propuestas de Rogers se han ido extendiendo hacia otros campos de intervención, como la salud y así se habla de salud centrada en el paciente (Epstein A.S. et al. 2018) o la educación, en la atención a las personas con discapacidad (López, A.,

Marín, A.I., y De la Parte, J.M. 2004) o de las personas mayores que abordaremos a lo largo de nuestro Trabajo de Fin de Grado.

Existen diversas definiciones de lo que es la atención centrada en la persona (ACP) y éstas varían dependiendo del campo de actuación, pero todas coinciden en que es un enfoque de la intervención en el que las personas usuarias son el eje de la intervención, siendo ellas las principales protagonistas en lo relacionado con su salud, sus cuidados y su vida cotidiana. El centro de la atención y, por tanto, de la organización y de los procesos asistenciales, es cada persona, desde el reconocimiento de su dignidad como ser humano y desde el respeto a su proyecto de vida. Desde el campo de la salud The United States Agency for International Development (USAID) define la ACP como “un enfoque en la atención que conscientemente adopta la perspectiva del paciente. Esta perspectiva se caracteriza por dimensiones como el respeto a los valores del paciente, a sus preferencias y necesidades expresadas, así como por la coordinación e integración de la atención, la información, la comunicación y educación, el confort físico, el apoyo emocional y el alivio del miedo y ansiedad, la implicación de la familia y amigos, o la transición y la continuidad” (Harkness, 2005).

En el campo de la atención a las personas con discapacidad, Rodríguez (2010) afirma que la ACP “es la que se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva”.

En cuanto a la atención centrada en las personas mayores, Martínez (2011) señala que “es un enfoque de la atención donde la persona, desde su autodeterminación en relación a su calidad de vida, es el eje central de las intervenciones profesionales”.

En este trabajo nos vamos a centrar en el ámbito de las personas mayores, así el objetivo de ACP es la búsqueda de una mejora de la calidad de vida, dando máxima importancia al ejercicio de su autonomía y a su bienestar subjetivo. Cada persona tendrá la autoridad para decidir sobre su futuro y sobre su propio proyecto de vida. La planificación desde la persona está planeada para un futuro, posible y deseable proyecto vital propio, estableciendo una relación entre el bienestar psicoafectivo y el desarrollo personal, es decir, disponer de un proyecto vital, poder hacer realidad sueños y deseos, desarrollar áreas de la vida para lograr el máximo potencial, mejorar capacidades, empoderarse, sentirse útil. (Rodríguez 2010).

2.1.2 Principios y criterios

Los principios y criterios en los que se sustenta el modelo son los siguientes (Rodríguez 2010):

- Principio de autonomía. El control sobre su propia vida, la toma de decisiones sobre asuntos importantes o sobre las rutinas diarias son derechos que las personas residentes en un centro tienen. Hace referencia a la autogestión y autogobierno. Se basa en los criterios de diversidad y promoción de la autodeterminación. La misión del centro, compartida por todo su personal, debe ser la provisión de los apoyos que necesita la persona por su situación de dependencia, y, al tiempo, los que requiere para mantener e incluso incrementar su capacidad de autodeterminación y el ejercicio de sus derechos de ciudadanía.
- Principio de participación. Este principio defiende que las personas en situación de fragilidad, discapacidad o dependencia tienen derecho a seguir participando de la vida del centro y de su comunidad, de la toma de decisiones y derecho a seguir desarrollando una vida personal plena y elegida por ellos mismos. Los criterios de accesibilidad e interdisciplinariedad hacen referencia a la inclusión de elementos facilitadores que mejoren el funcionamiento del centro y reduzcan la discapacidad y a la aplicación de técnicas de trabajo en equipo que incluyan a todos los agentes afectados.
- Principio de integralidad. La persona es un ser multidimensional en la que interactúan aspectos biológicos, psicológicos y sociales. El criterio de globalidad alude a la importancia de que los centros satisfagan las necesidades biomédicas, emocionales y sociales de la persona. La dimensión emocional y afectiva cobra un importante papel en la vida de las personas que se encuentran en una residencia, por lo que es muy necesario trabajar la involucración de la familia y de otras redes sociales de la persona en el centro, así como incorporar esta faceta en las intervenciones profesionales.
- Principios de individualidad e intimidad. A la hora de ejercer sus derechos todas

las personas son iguales pero cada una de ellas es única y diferente al resto. El derecho a la privacidad e intimidad es un derecho inalienable. Los criterios de flexibilidad y atención personalizada refieren a la adaptación de los programas y servicios que ofrece el centro a las necesidades individuales de las personas. Los programas y servicios del centro deben considerar siempre el estilo de vida y la biografía de cada persona.

- Principio de integración social. La inclusión y participación de personas en situación de fragilidad, discapacidad o dependencia en las actividades del centro, del entorno y de la comunidad es un derecho. Son miembros activos de la comunidad y como tal tienen los mismos derechos que el resto de la población. Los criterios de proximidad y enfoque comunitario aluden a la importancia de que las diferentes alternativas de alojamiento que se planifiquen han de situarse en el entorno más próximo y cercano donde viven las personas así como evitar realizar todas las actividades dentro del centro y abrirse a la comunidad. Menciona los programas intergeneracionales como beneficioso para ambos sectores y la importancia de promover iniciativas dirigidas a la propia sociedad con el fin de desterrar estereotipos e imágenes sociales negativas sobre las personas que están en residencias u otro tipo de alojamiento.
- Principios de independencia y bienestar. Todas las personas residentes han de tener acceso a programas informativos para la prevención de la dependencia y la promoción de su autonomía y la mejora de su bienestar subjetivo. Los criterios de prevención y rehabilitación hacen referencia a la inclusión en las actuaciones que se realicen en las residencias de contenidos dirigidos a la promoción de la salud, incremento del bienestar y prevención de enfermedades.
- Principio de continuidad de cuidados. La atención y cuidados que precisan recibir las personas residentes en un centro deben ser de manera continuada y adaptada a las circunstancias cambiantes de su proceso. Los criterios de coordinación y convergencia aluden a la necesidad de establecer mecanismos formales y estructurados de coordinación y complementariedad entre los alojamientos y resto de recursos sociales y sanitarios para adaptar la atención a

cada proceso. También se debe tener en cuenta el apoyo informal con el que cuenta la persona.

2.1.3 Comparativa enfoque actual y enfoque tradicional

En el siguiente cuadro se pueden ver las aportaciones que hace el modelo centrado en la persona comparado con otro modelo más tradicional como lo es el modelo centrado en el servicio:

CARACTERÍSTICAS DE LOS DIFERENTES MODELOS DE ATENCIÓN	
MODELOS CENTRADOS EN LA PERSONA	MODELOS CENTRADOS EN EL SERVICIO
Sitúan su foco en capacidades y habilidades	Se centran en los déficits y necesidades
Se comparten decisiones	Las decisiones dependen de los/as profesionales
Ven a la gente dentro de su entorno habitual	Encuadran a la gente en el contexto de los servicios sociales
Esbozan un estilo de vida con un ilimitado número de experiencias deseables	Planean la vida compuesta de programas con un número limitado de opciones
Se centran en la calidad de vida	Se centran en cubrir las plazas de un servicio
Crean equipos para solucionar los problemas	Confían en equipos interdisciplinarios
Animan a los que trabajan directamente a tomar decisiones	Delegan el trabajo en los que trabajan directamente
Organizan acciones para usuarios/as, familias y trabajadores/as	Organizan reuniones para los/as profesionales
Las nuevas iniciativas valen la pena incluso si tienen un pequeño comienzo	Las nuevas iniciativas sólo valen si pueden implantarse a gran escala
Utilizan un lenguaje familiar y claro	Manejan un lenguaje clínico y con tecnicismos
Su intervención es global y se centra en el plan de vida de las personas	Su intervención prioriza aspectos, conductas alteradas, patologías, etc.

Tomado de Sevilla; Abellán; Herrera; Pardo; Casas; Fernández. 2009. Un concepto de Planificación Centrada en la Personas para el siglo XXI. [Cuadro].

2.1.4 Relación de la Atención Centrada en la Persona con los Proyectos de Vida

En relación con los proyectos de vida, el Informe de envejecimiento en red sobre la atención centrada en la persona (2015), la define como un modelo que busca principalmente la mejora de la calidad de vida de las personas que necesitan cuidados. Explica que la atención centrada en la persona consiste en un modelo profesionalizado

que busca la calidad de vida y además el apoyo a los proyectos de vida. En relación con la calidad de vida propone una atención en la que la persona es protagonista activa de su intervención y en relación con el apoyo a los proyectos de vida explica la necesidad de conocer, respetar, apoyar y ayudar a las personas con sus proyectos de vida. Un aspecto importante en el modelo de atención centrado en la persona es conocer a la persona y apoyar su autodeterminación. Esto quiere decir que la persona es la que decide qué quiere hacer, cuáles son sus deseos y expectativas y cómo quiere ser tratada. Busca la calidad de vida integral de las personas, teniendo en cuenta sus gustos, ritmos en la vida cotidiana... Y para ello menciona como instrumentos básicos para una atención personalizada la historia de vida, la participación efectiva y los planes de atención y vida.

La Organización Mundial de la Salud (2005) también establece una relación entre la atención centrada en la persona y los proyectos de vida. Explica que, en el modelo de atención centrado en la persona, la persona es el eje alrededor del cual gira la intervención. Enumera una lista de funciones que los profesionales, y por ende las instituciones, tanto públicas como privadas, deben adoptar. Entre estas funciones nos encontramos con el apoyo a los proyectos de vida de las personas mayores facilitando la capacidad de decidir por sí mismas, es decir, facilitar su autodeterminación.

2.1.5 Enfoque de atención más personalizado: Modelo Housing

En los servicios gerontológicos la aplicación del enfoque de la Atención Centrada en la Persona ha tenido lugar sobre todo en los recursos residenciales, donde se busca una atención más personalizada y en la que los usuarios puedan tomar decisiones. En los distintos países que se caracterizan por un mayor avance en cuanto a políticas sociosanitarias, hace ya varias décadas que se han puesto en marcha iniciativas para reorientar los recursos residenciales, apartándose de modelos organizativos medicalizados e institucionales hacia lo que algunos autores recientemente han denominado como modelos Housing (Rodríguez, 2012; Díaz-Veiga y Sancho, 2102), buscando ofrecer cuidados profesionales de calidad en lugares que parezcan y funcionen como una casa y creando recursos realmente orientados a las personas que allí viven (Díaz-Veiga y Sancho, 2012, 2014).

Realizando una recopilación de las aportaciones de diversos autores (Díaz y Sancho 2012, 2014; IMSERSO, 2005; Leichsenring & Strümpel, 1998; Rodríguez, 2012, 2013; Yanguas, 2007), cabe destacar algunas características comunes de los diferentes tipos de alojamientos que pueden ser englobados en el concepto de modelo de alojamiento Housing:

- Combinan la existencia de espacios privados que protegen la intimidad (habitación individual) con otros comunes que permiten la actividad social (salón, cocina, jardines, etc.).
- Apuestan por la organización en pequeñas unidades de convivencia (entre 6-20 personas).
- Admiten y animan a que las personas lleven sus propiedades (muebles, pertenencias) para construir un “hogar propio y significativo”.
- Buscan un modo de vida parecido al hogar y proponen un abordaje terapéutico desde la realización de las actividades cotidianas y significativas para cada persona (cocinar, cuidar las plantas, salir a la compra, mantener contacto con otras personas, realizar sus aficiones, etc.).
- Ofrecen atención profesional durante las 24 horas, integrando en la vivienda cuidados personales durante todo el día para las personas con altos niveles de dependencia.
- La atención se organiza desde el grupo de personas, desde sus ritmos y preferencias. La organización de la actividad cotidiana la deciden las personas mayores junto con los profesionales que les cuidan. Las actividades del día no se planifican desde horarios estrictos vinculados a las tareas asistenciales.
- Defienden la idea de “vivienda para toda la vida”, lo que implica que las personas que viven allí permanecen, si así lo desean hasta el final, no viéndose obligadas a trasladarse a otro recurso ante procesos de deterioro.

- Otorgan a las familias y allegados un papel central, facilitando su incorporación en la vida cotidiana de cada unidad.
- Son recursos integrados en el entorno. Por eso se facilitan salidas por el barrio (hacer la compra, dar paseos, ir a una cafetería, usar servicios culturales...) y el contacto con los vecinos y la comunidad.
- Las plantas y animales de compañía son frecuentes en estos alojamientos. También suelen tener un espacio o rincón donde puedan acercarse y jugar los niños y niñas.
- Los gerocultores/as son polivalentes y cuentan con una formación importante. Además de ofrecer cuidados personales y soporte para la realización del conjunto de actividades cotidiana, es primordial la capacidad de escucha y las habilidades para buscar oportunidades y actividades que desarrollen autonomía, independencia y bienestar en las personas.
- Se orientan desde la atención centrada en la persona, teniendo en cuenta el modo de vida y preferencias de cada persona, permitiendo y apoyando que ésta dirija su vida cotidiana, lo que incluye intervenir no sólo desde la protección de la seguridad sino también desde la asunción de ciertos riesgos.

2.1.6 Alternativa a las formas tradicionales de atención a personas mayores: Centros multiservicios y unidades de convivencia

En Castilla y León se aprobó el Decreto 2/2016 de 4 de febrero de autorización y funcionamiento de los centros de carácter social para la atención a las personas mayores en Castilla y León, que introdujo la idea de los centros multiservicios y de las unidades de convivencia como alternativa a las formas tradicionales de atención a las personas mayores. Posteriormente fue derogada y se reguló en el Decreto 14/2017 de 27 de julio

anteriormente mencionado. Como resultado surgió el modelo conocido como “En mi casa”, diseñado e impulsado por la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León. Este modelo convierte las residencias en centros multiservicios que buscan cubrir las necesidades de aquellas personas mayores que siguen viviendo en sus casas, y en unidades de convivencia en las que se ofrece una atención de calidad, personalizada y flexible alejados del modelo hospitalario y cercano a la idea de un verdadero hogar. Este modelo aboga por la promoción de la autonomía que se manifiesta en ideas como la elección de horarios en la actividad diurna, la elección de la propia imagen, de los menús y de las actividades con las que la persona ocupa su tiempo libre.

La planificación centrada en la persona es un aspecto importante, e incluye la importancia de la historia de vida como herramienta para conocer a la persona, su pasado, acontecimientos importantes en su vida, capacidades, ilusiones, relaciones... Y los proyectos de vida como documento en el que se recogen las metas que la persona se propone, sus sueños, preferencias, objetivos, gustos, intereses y los apoyos necesarios para conseguirlos. Incluye novedades en los elementos organizativos, así las personas mayores tendrán un profesional de referencia el cual guiará y apoyará a la persona y le ayudará a elaborar su historia de vida y su proyecto de vida. Incluye también la integración de la familia y su participación y colaboración en los procesos de su familiar, la diversidad en los menús con opciones para elegir, la ausencia de uniformes, la realización de actividades incluidas en la cotidianeidad del hogar, evitar rotaciones de los profesionales y la existencia de coordinación de la Unidad de Convivencia por un profesional.

Por último hace referencia a los elementos arquitectónicos y a la importancia de la existencia de una unidad de convivencia, una estructura espacial con dimensión y ambiente de hogar, en la que conviva un grupo de personas mayores a quienes se les proporciona los apoyos necesarios para que sigan desarrollando su proyecto de vida, habitaciones individuales de ocupación doble (hasta el 50% de las plazas serán de uso doble y el resto de uso individual, con baño privado), una cocina, un comedor y una sala de estar.

2.1.7 Bases científicas y normativas sobre las que se asienta el modelo.

Una síntesis de las bases científicas y normativas sobre las que se asienta el modelo de atención centrado en la persona se ofrecen en el siguiente esquema (Rodríguez 2012):

La evidencia científica producida:

- Prevención primaria, secundaria y terciaria en la comprensión de la morbilidad y de la reducción de la dependencia (Gómez y cols, 2003).
- Modelo psicosocial de intervención. (Baltes y Baltes, 1990; Moos y Lemke, 1979)
- El fortalecimiento de las capacidades preservadas para promover autonomía personal y reducir el exceso de dependencia (Janicki y Ansello, 2000, Little, 1988)
- Modelo de calidad de vida (Ballesteros, 1997; Schalock y Verdugo, 2003)
- El modelo del envejecimiento activo (OMS, 2002)
- El respeto por los deseos de las personas destinatarias de los programas, (Verdugo, 2006; IMSERSO, 2009)
- La planificación centrada en la persona (López y cols.,2004)
- La atención centrada en la persona con demencia (Kitwood, 1997; Brooker, 2004,2005,2007; Chenoweth, 2009)

2.1.8 Promulgación de nuevos derechos sociales y consensos internacionales:

Normativas: Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad; la LAPAD; las nuevas Leyes autonómicas de Servicios Sociales.

- La OMS y sus clasificaciones sobre la discapacidad.
- Los Planes Internacionales de Naciones Unidas sobre el Envejecimiento.
- La OCDE y sus recomendaciones para la atención a las personas mayores en situación de dependencia.
- La rehabilitación basada en la comunidad (RBC), suscrita conjuntamente por la OMS, la UNESCO y la OIT.

2.1.9 Conclusiones de evaluación de políticas avanzadas.

- La atención integral de carácter sociosanitario puede llevarse a cabo bien desde la integración (Países Nórdicos), o mediante la coordinación de servicios (Francia). En España teniendo en cuenta la configuración de nuestros sistemas de Salud y de Servicios Sociales, es recomendable que se avance mediante el modelo de coordinación. (Regato, P. y Sancho, T. 1999).
- La atención integral centrada en la persona requiere necesariamente la coordinación entre niveles y sectores asistenciales socios sanitarios, pero también es precisa la complementariedad con otros ámbitos (vivienda, educación...).
- La importancia de la utilización de las tecnologías de apoyo (teleasistencia avanzada, productos de apoyo, domótica) para apoyar la autonomía personal y la vida independiente.

- En los planes y programas hay que plantearse también apoyos para la interacción, participación y a la inclusión social.
- Evidencias satisfactorias de la aplicación del modelo de atención integral centrado en la persona, asentado en el aseguramiento del ejercicio de los derechos y en la dignidad humana en el ámbito internacional (EEUU, Canadá, Países Nórdicos).
- La propuesta del Reino Unido sobre “sistema completo”, basado en la organización de los servicios en torno a la persona.
- Modelo Housing, desde el que se apuesta por el desarrollo diversificado de una amplia gama de apoyos y servicios para que las personas puedan seguir viviendo en su casa, incluso cuando presentan niveles importantes de dependencia. Modelo que es de aplicación también a diferentes tipos de alojamientos cuyo diseño ambiental se asemejan al concepto hogar, y donde además de proporcionar los cuidados necesarios, se trabaja según el modelo de atención centrada en la persona.

2.2 Calidad de vida

Otro concepto relacionado con el proyecto de vida es el de calidad de vida, entendido como fin último de la atención e intervención con personas mayores.

La Organización Mundial de la Salud (2005) define la calidad de vida como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas y sus inquietudes.”

La calidad de vida aumenta cuando las personas perciben que pueden participar en

decisiones que afectan a sus vidas (Schalock, 1997), asimismo la participación plena y la aceptación de la persona en la comunidad es otro principio importante de la calidad de vida en las personas.

Verdugo (2011) nos plantea la calidad de vida como “un concepto identificado con el movimiento de avance, innovación y cambio en las prácticas profesionales y en los servicios, permitiendo promover actuaciones a nivel de la persona, de la organización y del sistema social”. Conlleva un movimiento de avance e innovación en prácticas y servicios, generando resultados que se traducen en la vida cotidiana de las personas con discapacidad, de los centros y servicios y de la sociedad. Ese movimiento de avance se traduce en un cambio conceptual de las tareas cotidianas que se fundamenta en:

- Pasar de un sistema centrado en las limitaciones de la persona a otra centrada en el contexto y en la interacción, que supone un enfoque ecológico.
- Pasar de un sistema centrado en la eficacia de los servicios, programas y actividades a otro que se centre en los avances en la calidad de vida y los cambios y mejoras deben reflejarse en cada persona.
- Pasar de un sistema centrado en los profesionales a otro que tenga en cuenta a la persona y a sus familiares (Verdugo, 2011).

El nuevo modelo de calidad se fundamenta en las dimensiones de calidad de vida desarrolladas por Schalock y Verdugo (2003). Ambos autores nos plantean 8 dimensiones de calidad de vida a la vez que proponen indicadores e ítems para su evaluación.

- 1) Dimensión de Bienestar emocional que tiene en cuenta los sentimientos como la satisfacción, tanto a nivel personal y vital, el auto concepto de sí mismo, a partir de los sentimientos de seguridad-inseguridad y de capacidad-incapacidad, así como la ausencia de estrés que contiene aspectos relacionados con la motivación, el humor, el comportamiento, la ansiedad y la depresión.
- 2) Dimensión de relaciones personales a partir de la interacción y el mantenimiento de relaciones de cercanía (participar en actividades, tener amigos estables, buena relación con su familia,) y si manifiesta sentirse querido por las personas

importantes a partir de contactos sociales positivos y gratificantes.

- 3) Dimensión de Bienestar material que contempla aspectos de capacidad económica, ahorros y aspectos materiales suficientes que le permitan de vida confortable, saludable y satisfactoria.
- 4) Dimensión de Desarrollo personal que tenga en cuenta las competencias y habilidades sociales, la utilidad social, la participación en la elaboración del propio proyecto vital. El aprovechamiento de oportunidades de desarrollo personal y aprendizaje de nuevas o la posibilidad de integrarse en el mundo con motivación y desarrollo de las competencias personales, la conducta adaptativa y el desarrollo de estrategias de comunicación.
- 5) Dimensión de Bienestar físico desde la atención sanitaria (preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.); tiene en cuenta los aspectos de dolor, medicación y como inciden en su estado de salud y le permiten llevar una actividad normal. El bienestar físico permite desarrollar actividades de la vida diaria desde las capacidades y se ve facilitado con ayudas técnicas si las necesita.
- 6) Dimensión de autodeterminación que se fundamenta en el proyecto de vida personal, en la posibilidad de elegir, de tener opciones. En ella aparecen las metas y valores, las preferencias, objetivos e intereses personales. Estos aspectos facilitan la toma de decisiones y permiten que la persona tenga la opción de defender ideas y opiniones. La autonomía personal, como derecho fundamental que asiste a cada ser, permite organizar la propia vida y tomar decisiones sobre temas de propia incumbencia.
- 7) Dimensión de Inclusión social valorando si se da rechazo y discriminación por parte de los demás. Podemos valorarlo a partir de saber si la relación con sus amigos es amplia o limitada, si utiliza entornos de ocio comunitarios. La inclusión puede medirse desde la participación y la accesibilidad que permite romper barreras físicas que dificultan la integración social.

- 8) Dimensión de la Defensa los derechos que contempla el derecho a la Intimidad el derecho al respeto medible desde el trato recibido en su entorno. Es importante indagar sobre el grado de conocimiento y disfrute de los derechos propios de ciudadanía.

Inés Alcalde Merino y Milagros Laspeñas García (2005), inician su libro “Ocio en los mayores: Calidad de vida” con esta frase: “El ocio no es sólo un componente de la calidad de vida, sino la esencia de ella” (John Neulinger). Introducen el ocio como una dimensión importante en la mejora de la calidad de vida y de desarrollo de los proyectos de vida. Entienden el ocio como un espacio para incrementar el bienestar y la calidad de vida. Son varias las áreas personales que cubren las actividades de ocio, entre las que están la recreativa, la de identidad, la de sociabilidad... Ámbitos que tienen una relación directa en el bienestar subjetivo y en la calidad de vida. Un envejecimiento positivo y adaptado supone un tiempo de ocio que tenga en cuenta las necesidades personales y de desarrollo de los mayores. Que les permita sentirse personas activas y útiles, con un proyecto de vida, con seguridad y confianza en sí mismas en la etapa que están viviendo, y que potencie y reconstruya las redes de relaciones sociales y favorezca la participación social del mayor.

2.3 Envejecimiento activo

El envejecimiento activo es otro concepto ligado a los anteriores. Puede entenderse como un modelo que busca que esta etapa de la vida se caracterice por la calidad de vida, es decir, por la satisfacción y bienestar personal, por la actividad, por la consecución de proyectos personales nuevos o todavía inacabados y el desarrollo de iniciativas personal y socialmente valiosas. Lo podemos definir como el "proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez" (OMS, 2002). Es un modelo que busca que las personas puedan envejecer siendo protagonistas de sus vidas, tomando decisiones acerca de su estilo de vida y con poder de participación. Promueve una actitud proactiva y que la

persona se desarrolle y potencie sus capacidades hasta el final de sus días. También hace referencia a la calidad del ocio en los centros para personas mayores y aboga por una promoción de prácticas de ocio más interesantes, valiosas y enriquecedoras, donde incluye los proyectos de vida. (IMSERSO, 2011)

En relación con el envejecimiento activo, la UNESCO abre las puertas a la idea del envejecimiento activo tras la Conferencia de Hamburgo en julio de 1997 y lo hace a través de la acción educativa. Carmen Orte Socías y Martí March Cerdá (2014), definen el envejecimiento activo como un componente importante de aprendizaje y la educación de las personas mayores como un medio para generar mejoras en la vida personal y social de las personas mayores. Plantean la educación gerontológica no solo como una necesidad social, económica, política y cultural, sino también como un principio ético que debe regir las políticas sociales.

Harry Moody (1976) publica en la revista *Educational Gerontology* los cuatro modelos que orientan la educación de las personas mayores. El primer modelo aborda la educación en los mayores desde el rechazo, entendiendo esta como un gasto de dinero y de esfuerzo innecesarios. El segundo modelo une la educación a la justicia social, pero no entiende la educación como un elemento de mejora sino como un elemento de entretenimiento de las personas mayores. El tercer modelo que plantea, hace referencia a la actividad y participación, donde la educación es una prolongación de las habilidades de los mayores y de sus experiencias y cómo estas pueden intervenir en los problemas de la sociedad. Por último el cuarto modelo lo relaciona con la autorrealización que lo fundamenta sobre la idea de educación permanente, de aprendizaje a lo largo de la vida. Está ligado a una mejora de la calidad de vida al mejorar la autoestima de las personas mayores a través de su contribución a la sociedad. Carmen Orte Socías y Martí March Cerdá establecen una relación estrecha entre envejecimiento activo como parte de la educación gerontológica que a su vez hace que a través de la participación y de la mejora de la autoestima, las personas consigan mejoras en su calidad de vida.

2.4 Estudios y experiencias sobre los proyectos de vida

Tras el análisis de los distintos conceptos relacionados con los proyectos de vida, se considera imprescindible aludir a algunos estudios y experiencias que muestran los

beneficios de la elaboración de proyectos de vida en la población de personas mayores.

Existen evidencias que alertan sobre los perjuicios que ocasiona carecer de un proyecto vital, así Vidal (1999) afirma que no tener esperanza o falta de sentido a la vida, sentimiento de abandono y la autopercepción de ser una persona inútil y carente de proyectos, incrementa la frecuencia de padecer enfermedades mentales como la depresión y aumenta el riesgo de suicidio en las personas mayores. De aquí recalca la necesidad de tener un proyecto de vida, un motivo y una razón por la que persistir y luchar.

Acosta Ocampo (2011) establece también una relación entre la aparición de enfermedades mentales, principalmente la depresión, con la falta de sentido en la vida. Esto es consecuencia de la falta de motivos para vivir y la necesidad de un pensamiento reflexivo ante la realidad.

En su estudio relacionado con la depresión, Espinoza y Pérez (2000) afirman que la pérdida de poder, estatus social, salud, disminución de esperanzas y proyectos que provoca la jubilación y el envejecimiento, favorecen la aparición de depresión. Además aumenta la tasa de mortalidad entre la edad de jubilación y los 75 años, a causa del desaliento que produce la pérdida de papel social y la carencia de un proyecto vital.

Arboleda Aparicio (2007) asocia la carencia de tener sentido en la vida con el estar rodeado de un ambiente de mismidad, frustración, enfado, dependencia e incluso fracaso, y esta carencia hace que las personas mayores perciban la realidad desde un solo punto de vista carente de sentido y de significado, dejándose llevar por las circunstancias que se le presenten. Tener un proyecto de vida dota de sentido la existencia del ser humano, con independencia de la etapa de la vida en que se encuentre, por lo tanto las personas que no asignan ningún sentido a su vida por el que continuar están destinadas a sufrir de manera consciente o inconsciente un descenso existencial y vital.

Diferentes estudios han puesto el acento en la necesidad de tener metas en la vida para lograr un envejecimiento exitoso y alcanzar el bienestar psicológico. Uno de los referentes en el estudio del bienestar psicológico en la vejez es C. Ryff (1995), la cual propone seis dimensiones dentro del modelo de bienestar: autoaceptación, dominio del entorno, propósito en la vida, relaciones positivas con otras personas, autonomía y crecimiento personal. Relaciona la autoaceptación con la actitud positiva hacia uno

mismo y hacia el pasado. El dominio del entorno lo liga a la capacidad de crear o elegir contextos, a sacar provecho de las oportunidades y a la sensación de control y competencia. El tener objetivos y metas en la vida, la sensación de llevar un rumbo y de que el pasado y el presente tienen sentido lo asocia a la dimensión de tener propósitos en la vida. Esta dimensión la asociamos a la importancia de tener un proyecto vital como parte esencial para alcanzar el bienestar psicológico. Define las relaciones positivas con otros como la capacidad de mantener relaciones estrechas con otras personas, basadas en la confianza y empatía. La autonomía la relaciona con la capacidad de resistir presiones sociales, de ser independiente, con determinación y que se autoevalúa con sus propios criterios y regula su conducta desde dentro. Por último la dimensión de crecimiento personal la asocia a la sensación de desarrollo continuo, abierto a nuevas experiencias, sigue creciendo como persona y desarrolla al máximo sus potencialidades.

Existen evidencias de los beneficios de realizar proyectos de vida, así el estudio de Alvarado e Iregui (2010) sobre preparación para la jubilación, concluye que gracias a la elaboración de un proyecto de vida, las personas mayores lograron dar sentido a sus vidas y pasar a esta etapa de transición de forma satisfactoria y tener la oportunidad de encontrar nuevos significados de lo que antes, de forma especulativa, habían pensado que iba a ser su retiro y que ahora les permitía afirmar que están viviendo la última pero una de las mejores etapas de sus vidas.

En relación con “atrasar” el reloj biológico, Jiménez Betancourt (2008) realiza un estudio sobre la presencia de proyectos de vida entre las personas mayores de un grupo de trabajo en Santiago de Cuba. En este estudio Jiménez Betancourt manifiesta que, si la persona mayor asume una vida activa, con propósitos que le den sentido a su existencia, realizando actividades que le interesen y que le mantenga participando socialmente, es decir, si logra concretar su proyecto de vida, afirma que está comprobado por la ciencia que se produce un rejuvenecimiento y se consigue “atrasar” el reloj biológico en 10 a 15 años.

Hernández Zamora (2006) concluye en su estudio sobre los proyectos de vida en el adulto mayor, que la construcción de un proyecto en la etapa de la vejez ayuda a abandonar la apatía y la desesperanza. Brinda la posibilidad de recuperar aspectos propios para una vida más plena, rescatando el derecho a sentir que se tiene futuro. El proyecto es un recurso valioso para adaptarse positivamente a la etapa de la vejez, que

enaltece la condición del hombre mediante el respeto a sí mismo y a los demás y actualiza a la vez el sentido de la vida.

A nivel internacional se pueden encontrar distintos centros que utilizan los proyectos de vida como una herramienta de mejora de la calidad de los proyectos de vida, es el caso de Meridia un centro de día en México. Gustavo Loreto, gerontólogo y cofundador de Meridia (2015), explica en un video la importancia de la elaboración de proyectos de vida en el adulto mayor. Relaciona el proyecto de vida con el desarrollo continuo de la persona y recalca la importancia que tiene el tener un propósito para levantarse cada día y cómo el tener un proyecto de vida evita la depresión.

La guía “Calidad de vida en la vejez” elaborada por la Pontificia Universidad Católica de Chile explica que: “En una sociedad donde el trabajo tiene una alta valoración, el hecho de jubilarse en algunas personas implica una crisis que los puede llevar a perder el sentido de la vida y que los obligue a replantear ciertos objetivos. Para evitar esto es necesario fomentar la preparación de la jubilación y la vejez, lo que permitirá a las personas desarrollar con antelación un proyecto vital, dándoles la posibilidad de reinventar su vida y asumir esta etapa de una forma positiva”. Además, esta guía incluye los proyectos de vida en actividades significativas que se han de realizar y añade que las personas que tienen proyectos de vida y buscan mecanismos para ejecutarlos, se mantienen más activas y con ganas de vivir.

Varias fundaciones y organizaciones están trabajando en herramientas para la elaboración de proyectos de vida, entendiendo que estos son necesarios y beneficiosos tanto para las personas mayores como para la sociedad en general. La impulsadora del proyecto Envita (2017), un proyecto que facilita la elaboración de proyectos de vida, Noelia López (Avilés, 1977), en una entrevista al periódico Faro de Vigo dice textualmente: “Recopilamos el pasado de los mayores para entender su presente y preparar su futuro. Hay que entender que estamos trabajando con personas en la etapa final de la vida y hay que facilitar que esa vida tenga sentido y ayudarles a rehacer el puzle, a recopilar a través de la narrativa esos hechos importantes y validar lo que han vivido”. Además, añade: “Es necesario empoderar y dar protagonismo a este colectivo para no desaprovechar el enorme talento que tiene. Tenemos que ser capaces de escuchar y de canalizar todo ese talento y no pensar que nos jubilamos y que ya pasamos a sentarnos y a esperar”. Por su parte la Fundación Zerbikas en su guía titulada “Aprendizaje-servicio solidario de personas mayores activas” (2015), explica que

muchas personas mayores en sus proyectos de vida están realizando iniciativas de utilidad social y comunitaria. “No solo se trata de “estar juntos” sino de “actuar juntos”, de asociarse formal o informalmente, con personas de nuestra edad o más jóvenes, en un reto intergeneracional. Asociarse para actuar, para transformar la realidad que nos rodea y que muchas veces no nos gusta”. Entiende los proyectos de vida como una herramienta para cambiar la realidad participando activamente en ella.

Dos ejemplos de herramientas creadas para facilitar la elaboración de proyectos de vida son “El libro de la memoria” y el proyecto “Envita”.

La Fundación La Caixa (1999) elaboró un libro llamado “El libro de la memoria” como herramienta para recoger toda la información personal relevante del usuario y con dos objetivos: estimular la memoria de la persona que lo escribe y proporcionar a los profesionales un documento que les permitirá conocer a la persona y su trayectoria vital. Este libro es útil como instrumento para la elaboración de la historia de vida.

Otra empresa que está creando instrumentos para la elaboración de proyectos de vida es Activiza. Esta empresa de emprendimiento social está desarrollando el proyecto Envita (2017), una plataforma online que facilita a los profesionales y a las personas mayores la elaboración de proyectos de vida. Envita divide la elaboración de los proyectos de vida en tres etapas: Recopilar el pasado (nuestro legado), entender el presente (nuestra vida actual) y preparar el futuro (nuestras decisiones). Entiende los proyectos de vida como una forma de conectar con nosotros mismos, entender cuestiones acerca de nuestro presente y tomar conciencia de nuestras voluntades y deseos

A modo de resumen podemos ver que los proyectos de vida están estrechamente relacionados con los conceptos calidad de vida, atención centrada en la persona, participación y autodeterminación. La atención centrada en la persona pretende mejorar la calidad de vida de las personas, las cuales son los ejes centrales de la intervención, las que deciden cómo quieren vivir y cómo quieren ser tratadas. Para conseguir esta mejora en la calidad de vida es necesario conocer a la persona, sus gustos, deseos, preferencias, objetivos, metas... Aquí es donde aparecen los proyectos de vida como instrumentos o herramientas necesarias para conocer a la persona y personalizar su atención. Además quedan patentes los beneficios que produce la elaboración de proyectos de vida en las personas mayores.

3. ELABORACIÓN DE PROYECTOS DE VIDA

3.1 Concepto y propuestas

Se puede definir el proyecto de vida como la forma en que las personas se plantean su existencia, para conseguir metas y deseos en relación con distintos ámbitos de desarrollo personal y social (el trabajo, la familia, la red social de apoyos y afectos, los intereses y aficiones, etc.) (Biel et al., 2014).

Existen múltiples formas de elaborar proyectos de vida, pero todas coinciden en el mismo objetivo: conocer a la persona y adaptar la actuación profesional y la intervención a la misma con el fin de mejorar su calidad de vida.

La Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (2014) denomina el proyecto de vida como Plan de Vida y Atención (PVA) y lo define como “una hoja de ruta basada en los resultados obtenidos previamente en la valoración y diagnóstico de los deseos, capacidades y necesidades de la persona. Incluye la historia de vida y punto de partida, los sueños o imágenes de futuro (deseos, lo que es importante para la persona, proyectos, aspiraciones), los objetivos a alcanzar y prioridades, las preocupaciones y obstáculos, sus capacidades, los apoyos que necesita, el Plan de acción y los compromisos.” Además de a conocer a la persona, el PVA ayuda a los profesionales a respetar las preferencias y el estilo de vida del residente.

La Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (2014) propone una serie de mapas básicos útiles a nivel práctico para el desarrollo de los PVA. Algunos de esos mapas son los siguientes:

- Mapa biográfico. Puede reflejar, entre otros los siguientes aspectos: antecedentes, lugar y fecha de nacimiento, nombre y apodo, situación y estructura familiar, origen (lengua materna, dialectos, otros idiomas, región, etc.) Educación y estudios, trabajo, aficiones, lugares significativos y experiencias importantes en las diferentes etapas de la vida. Organización horaria previa de

sus hábitos (ritmo de vida durante las 24 horas).

- Mapa de salud, actividades diarias y preferencias. Puede reflejar, entre otros los siguientes aspectos: historial de salud y psicosocial, aspectos que considera importantes para su salud, estilo de vida y organización actual del día, ritmo de vida durante las 24h, aspectos actuales, preferencias, aficiones, gustos, actividades y ocio. Hábitos de sueño, apoyos de personal de cuidados y ayudas técnicas.
- Mapa de relaciones sociales. Puede reflejar, entre otros los siguientes aspectos: Personas más importantes en su vida (tipo de relación, trato actual y expectativas), historial social, comportamientos, normas y valores, habilidades y capacidades, estilo social de vida (relación con familia, amigos y antiguos compañeros de trabajo) y riesgo social.
- Mapa de sueños, miedos y esperanzas. Puede reflejar, entre otros los siguientes aspectos: sueños, metas logradas y metas por cumplir, expectativa ante el futuro. Preferencias de futuro. Miedos y temores. Existencia o no de testamento vital.

Avila (2009) propone una serie de pasos y actividades para elaborar un proyecto de vida y los divide en cuatro apartados: autoconocimiento, misión personal, formulación de objetivos y formulación de estrategias.

3.2 Autoconocimiento

El primero paso consiste en hacer que la persona se conozca y pueda trabajar sobre que aquello que es y tiene. El proyecto de vida se basa en la historia de vida de la persona mayor, por lo que es necesario conocer a la persona y recoger su biografía por escrito. La historia de vida es un referente para la atención y el trato individualizado y personalizado. En ella se recoge un resumen de su vida, acontecimientos importantes, lugares y personas relevantes para la persona mayor. También nos permitirá conocer las

experiencias personales del residente, su historia, su pasado, y la manera en cómo ha ido formando la persona que es actualmente, de modo que pueda entender mejor su desarrollo y cómo esto influye en su presente y su futuro. Además de recoger su biografía se puede hacer uso de una línea del tiempo en la que se ubican los eventos que más han marcado la vida del residente. En cada evento se intentaría escribir qué fue lo que sucedió, cómo cambió eso su personalidad o forma de ver las cosas, quienes estuvieron involucrados y qué se hizo para aprender de esas experiencias.

En el proceso de autoconocimiento es importante que se haga un espacio para generar un diagnóstico personal, que permita al residente con ayuda de un profesional detectar y reconocer a nivel interno las fortalezas y debilidades como persona y a nivel externo las oportunidades y amenazas del entorno. Dentro del ámbito interno, las fortalezas serían aquellas cualidades positivas que representan una ventaja para el residente y que le ayudarán a conseguir aquello que quiere, y las debilidades serían las cualidades negativas que significan una dificultad para el logro de los objetivos. En cuanto al ámbito externo, se entienden las oportunidades como aquellas circunstancias que se dan o podrían darse dentro de su entorno y que podrían beneficiarle para alcanzar sus metas, y las amenazas serán las situaciones que probablemente representen un riesgo o peligro en su medio y pudieran dificultar el cumplimiento de sus metas (Ávila 2009). Ávila (2009) propone un cuadro para el análisis interno y otro para el externo y añade una columna para que la persona puntúe de 0 a 10 la importancia que cada aspecto tiene para la consecución de su proyecto de vida. Los cuadros que propone son los siguientes:

A nivel interno se analizarán las fortalezas y debilidades.

Factores de exploración	Fortalezas	Importancia del 0 al 10	Debilidades	Importancia del 0 al 10
Físicos				
Intelectuales				
Educativo-Culturales				
Socioeconómicos				
Emocionales				
Espirituales				

Una vez recogida la información anterior, el residente tiene que identificar sus áreas de oportunidad y asignarles prioridad, así con los datos anteriormente expuestos se cubrirá otro cuadro:

<p>DEBILIDADES MÁS SIGNIFICATIVAS</p> <p>(Aquellas que tengan un nivel de importancia del 5 al 10)</p> <p>Estos son los puntos a los que se les debe dar mayor prioridad y trabajar para mejorarlos.</p>	<p>FORTALEZAS MÁS SIGNIFICATIVAS</p> <p>(Aquellas que tengan un nivel de importancia del 5 al 10)</p> <p>Estos elementos serán los que se deberán mantener con un buen rendimiento.</p>
<p>DEBILIDADES MENOS SIGNIFICATIVAS</p> <p>(Aquellas que tengan un nivel de importancia del 0 al 4)</p> <p>Estos puntos se deberán revisar periódicamente para que disminuyan y no se vuelvan significativos.</p>	<p>FORTALEZAS MENOS SIGNIFICATIVAS</p> <p>(Aquellas que tengan un nivel de importancia del 0 al 4)</p> <p>No nos debemos preocupar por estos puntos.</p>

Factores de exploración	Oportunidades	Importancia del 0 al 10	Amenazas	Importancia del 0 al 10
Familia				
Amigos				
Entorno social				
Entorno económico				
Entorno cultural				

Entorno tecnológico				
--------------------------------	--	--	--	--

A nivel externo la persona mayor analizará aquellos factores del entorno que le afectan.

Con la información recogida en el cuadro anterior se procederá a cubrir el siguiente con el nivel de probabilidad que los elementos analizados tienen de ocurrir.

SITUACIÓN IDEAL (Oportunidades más significativas y amenazas poco significativas)	SITUACIÓN MADURA (Oportunidades menos significativas y amenazas poco significativas)
SITUACIÓN ESPECULATIVA (Oportunidades más significativas y amenazas más significativas)	SITUACIÓN CONFLICTIVA (Oportunidades menos significativas y amenazas más significativas)

Finalmente se procederá a hacer un análisis global de los niveles interno y externo. Este análisis se plasmará utilizando la Matriz DAFO.

FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES Esta es una situación muy ventajosa para el crecimiento y desarrollo personal, por lo que se debe prestar mucha atención a estos elementos, mantenerlos y potenciarlos. Si se consigue existe mucha probabilidad de éxito.	DEBILIDADES Y OPORTUNIDADES Esta es una situación conveniente que permitirá explorar y trabajar otras opciones de su entorno que le ayuden a transformar sus debilidades en fortalezas.
FORTALEZAS Y AMENAZAS Esta también es una situación conveniente pues permite explotar las fortalezas personales y utilizarlas con inteligencia para aminorar las amenazas del entorno.	DEBILIDADES Y AMENAZAS Esta es una situación crítica, ya que tiene una alta probabilidad de fracasar y comprometer el desarrollo personal, por lo que tiene que poner mucha atención y trabajar mucho por eliminar las debilidades y mejorar el entorno.

3.3 Misión personal

El segundo paso está orientado a conocer el propósito del residente, su misión personal. Ávila (2009) afirma que las personas tienen que buscar un propósito, una misión personal, y que esta será "la guía máxima que seguir y que permitirá a la persona enfocarse en las cosas realmente importantes y le ayudará a tomar las decisiones correctas". Conocer y entender la misión personal es indispensable para realizar un Proyecto de Vida y alcanzar los objetivos propuestos de una forma ordenada y congruente. Propone una serie de preguntas que ayudarán al residente a conocerse y a establecer un propósito en su vida. Estas preguntas son las siguientes (Ávila 2009):

- ¿Cómo te gustaría ser recordado?
- ¿Qué cosas te motivan e inspiran a vivir?
- ¿Qué factores tienen mayor influencia en tus decisiones?
- ¿Cuál es tu filosofía de vida?
- ¿Por qué razones haces las cosas?
- ¿Qué le da significado a tu vida?
- ¿Cuáles son tus deseos y aspiraciones más profundas?

3.4 Formulación de objetivos

El tercer paso está orientado a formular objetivos y planificar logros y metas. Los objetivos que el residente formule estarán estrechamente relacionados con su misión personal. El residente deberá plantear sus objetivos personales en función de sus principios y valores y deberán ser positivos y beneficiosos tanto para él como para su entorno. Las características que debe tomar en cuenta al momento de redactar sus objetivos son (Ávila 2009):

- Deben ser realistas: es necesario que al momento de formular sus objetivos tomen en cuenta sus capacidades (físicas, económicas, materiales, espirituales, etc.) y si la situación o problema es susceptible de solución, puede

lo contrario corre el riesgo de plantearse metas inalcanzables que le generen frustración y enojo.

- Deben ser específicos: debe poder traducir sus objetivos en resultados o estados deseados de su comportamiento o de sus actitudes, pues de este modo le será más fácil detectar qué recursos y esfuerzos son necesarios para que los alcance.
- Deben ser mensurables: esto se refiere a la posibilidad que tiene de saber si sus objetivos se han cumplido o no y en qué medida, para ello debe traducirlos en factores que pueda cuantificar; pueden referirse a cuestiones de tiempo (en cuántos meses lograrás algo), de cantidad (cuántos kilos bajaras, cuánto dinero ahorraras, etc.) o de especie (qué carrera terminarás, qué resultado obtendrás en un examen).
- Deben ser valiosos: es muy importante que sus objetivos tengan un significado relevante para él, que de verdad desee alcanzarlos, pues de otra forma sus objetivos no tendrán valor motivacional para ser alcanzados.

3.5 Formulación de estrategias

El último paso tiene como propósito formular estrategias que permitan al residente lograr los objetivos que se ha propuesto. Esta formulación de estrategias permitirá saber qué hay que hacer y que actividades hay que llevar a cabo para conseguir los objetivos establecidos. Una vez que se tengan claros cuáles son los objetivos del residente, es necesario que se establezcan de qué manera puede alcanzarlos. Establecer estrategias de acción, permitirá saber qué tipo de esfuerzos se deben realizar, cuándo y cómo se deben realizar y qué elementos y/o recursos se necesitan para poder hacerlo. Esta fase permitirá generar uno o varios planes con cursos de acción específicos, que permitirán al residente alcanzar las metas y, por lo tanto, la misión personal.

4. CONCLUSIONES

A modo de conclusión podemos decir que ha quedado evidente la necesidad de que las personas mayores tengan proyectos de vida. Esta afirmación está basada en los diferentes estudios antes mencionados, los cuales muestran los beneficios que éstos aportan. Así podemos concluir que:

- El carecer de un proyecto y el no tener esperanzas o sentido en la vida, ligado al sentimiento de abandono, incrementa la frecuencia de padecer enfermedades mentales como la depresión y aumenta el riesgo de suicidio en las personas mayores (Vidal 1999).
- La pérdida de poder, estatus social, salud, disminución de esperanzas y proyectos que provoca la jubilación y el envejecimiento aumenta la tasa de mortalidad entre la edad de jubilación y los 75 años, a causa del desaliento que produce la pérdida de papel social y la carencia de un proyecto vital (Espinoza y Pérez 2000).
- Tener un proyecto de vida dota de sentido la existencia del ser humano, con independencia de la etapa de la vida en que se encuentre, por lo tanto, las personas que no asignan ningún sentido a su vida por el que continuar están destinadas a sufrir de manera consciente o inconsciente un descenso existencial y vital (Arboleda Aparicio 2007).
- Si la persona mayor asume una vida activa, con propósitos que le den sentido a su existencia, realizando actividades que le interesen y que le mantenga participando socialmente, es decir, si logra concretar su proyecto de vida, afirma que está comprobado por la ciencia que se produce un rejuvenecimiento y se consigue “atrasar” el reloj biológico en 10 a 15 años. (Betancourt 2008).
- La construcción de un proyecto en la etapa de la vejez ayuda a abandonar la apatía y la desesperanza y brinda la posibilidad de recuperar aspectos propios

para una vida más plena, rescatando el derecho a sentir que se tiene futuro (Hernández Zamora 2006).

Así se puede entender el proyecto de vida como un recurso valioso para adaptarse positivamente a la etapa de la vejez, que enaltece la condición del hombre mediante el respeto a sí mismo y a los demás y actualiza a la vez el sentido de la vida.

En cuanto a las dificultades encontradas a la hora de realizar este trabajo se puede mencionar la falta de bibliografía específica sobre proyectos de vida así como experiencias ya contrastadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acosta Ocampo, C.I. (2011). *El sentido de la vida humana en adultos mayores. Enfoque socioeducativo*. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
2. Alcalde, M. y Laspeñas, M. (2005). Ocio en los mayores: Calidad de vida. En J. Miró (coord.), *Envejecimiento, salud y dependencia* (págs. 43-62). Universidad de La Rioja.
3. Alvarado, D. Iregui, G. y Carvajal, L. (2010). *Narraciones de la calidad, sentido y proyecto de vida en el proceso de jubilación de una mujer que trabajó durante 34 años en la Caja Agraria*. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Psicología, Bogotá D.C. Obtenido de:
<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/8009/tesis90.pdf;sequence=1>
4. Arboleda Aparicio, J.C. (2007). *Pensamiento lateral y aprendizaje*. Bogotá: Magisterio.
5. Avila, P. (2009). *Manual de Proyecto de Vida Completo*. Retrieved from <https://es.scribd.com/document/13638628/Manual-de-Proyecto-de-Vida-Completo>.
6. Baltes M.M. y Baltes P.B., (1990): *Successful aging, perspectives from the behavioral sciences*, Cambridge University Press.
7. Betancourt Jiménez, E. (2008). *El Proyecto de vida en el adulto mayor*. MEDISAN, 12(2).
8. Biel, S., Bohórquez Rodríguez, A., Corral Fernández, J., Escobar Flores, P., Hidalgo Izquierdo, C., & Jaudenes, T. et al. (2014). 50 RECOMENDACIONES DE PLANIFICACIÓN Y ATENCIÓN GERONTOLÓGICA CENTRADA EN

LA PERSONA. GRUPO DE CALIDAD. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA. Retrieved from https://www.segg.es/media/descargas/50_Recomendaciones_PAGCP_SEGG.pdf

[f](#)

9. Brooker, D. (2004). What is person-centered care in dementia? Reviews in Clinical Gerontology, 13, 215–222.
10. Brooker, D. (2005). Dementia care mapping: a review of the research literature. Gerontologist, 45, 11–18.
11. Brooker, D. (2007). Person Centered Dementia Care: Making Services Better. London: Jessica Kingsley pp 160
12. Casco, J. (2017). Noelia Lopez: "Recopilamos el pasado de los mayores para entender su presente y preparar su futuro." Retrieved from <https://www.farodevigo.es/economia/2017/12/20/noelia-lopez-recopilamos-pasado-mayores/1806877.html>
13. Chenoweth, L. et al. (2009) "Caring for Aged Dementia Care Resident Study (Cadres) of Person Centred Care, Dementia Care Mapping, and Usual Care in Dementia: a Cluster Randomised Trial". The Lancet Neurology, 8, 4, pp.317-325.
14. DECRETO 14/2017, de 27 de julio, de autorización y funcionamiento de los centros de carácter social para la atención a las personas mayores en Castilla y León. (2017). Retrieved from <http://bocyl.jcyl.es/boletines/2017/07/31/pdf/BOCYL-D-31072017-1.pdf>
15. Díaz-Veiga, P., y Sancho, M. (2012). Unidades de Convivencia. Alojamientos de personas mayores para 'vivir como en casa. Informes Portal Mayores, nº 132.

16. Envejecimiento en Red (2015). “Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de junio de 2015”. Madrid, Informes en Red, nº 13.
17. Envita · Escribe tu Libro de Vida, porque tu vida merece su propio libro. (2017). Retrieved from <http://envita.es/#proyecto-vital>.
18. Epstein A.S., O'Reilly E.M., Shuk E., Romano D., Li Y., Breitbart W., Volandes A.E. A Randomized Trial of Acceptability and Effects of Values-Based Advance Care Planning in Outpatient Oncology: Person-Centered Oncologic Care and Choices. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2018.
19. Fernández-Ballesteros, R. (1997): “Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales”, en Anuario de Psicología, 73.
20. Gómez J., Sepúlveda D. e Isaac M. (2003): Reducción de la dependencia en el anciano. Servicio de Geriatria de la Cruz Roja. Madrid.
21. Guía calidad de vida en la vejez. Herramientas para vivir más y mejor. (2011). Retrieved from http://adultomayor.uc.cl/docs/guia_calidad_de_vida.pdf
22. Harkness, J. (2005). What is patient-centred health care? London: International Alliance of Patients' Organizations (IAPO).
23. Hernández Zamora, Z. (2006). Estudio exploratorio sobre el proyecto de vida en el adulto mayor. *Psicología y Salud*, 16 (1), 103-110.
24. IMSERSO (2005). Atención a las personas en situación de dependencia en España. Madrid: IMSERSO.
25. IMSERSO (2009): Las personas mayores en España. Informe 2008. Imsero. Madrid.
26. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). 'Envejecimiento Activo. Libro Blanco'. Ministerio de Sanidad y Política Social, Secretaría General de

- Política Social y Consumo Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Año de publicación: 2011. Páginas: 728 p. *En Español*.
27. Janicki, M.P. y Ansello, E.F. (2000): Community supports for aging adults with lifelong disabilities. Brookes. New York.
28. Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*. Buckingham: Open University Press.
29. Leichsenring, K. & Strümpel, C. (1998). *L'accueil des personnes souffrant de démence en Petites Unités de vie*. Viena: Centro Europeo de Investigación en Política Social.
30. López, A., Marín, A.I., y De la Parte, J.M. (2004). La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación. Una reflexión sobre la práctica. *Siglo Cero: Revista española sobre discapacidad intelectual*, 35(1), nº 210.
31. Marín, C., Espinoza, P. y Pérez, G. (2000). Actividad física y depression en el adulto mayor en Concepción. *Psicología del Desarrollo III*. Universidad del Desarrollo.
32. Martínez, T. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para profesionales de centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia*. Vitoria: Departamento de Empleo y Asuntos sociales. Gobierno Vasco.
33. Mendía, R. (2015). *Guía Zerbikas 7: Aprendizaje servicio-solidario. Personas mayores ACTIVAS*. Bilbao: Zerbikas Fundazioa.
34. Meridia. (Febrero de 2015). Meridia. Proyecto de vida en personas mayores. México. Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=9Nlf-XBOWEI>

35. Moody, R. H. (1976): Philosophical presuppositions of education for Old Age, *Educational Gerontology*, nº 1, pp. 1-16.
36. Moos R.H. y Lemke S., (1979): "Specialized living environments for older people", Birren JE y cols: *Handbook of the psychology of aging*. Van Nostrand Reinhold. New York.
37. OMS (2005): *Atención Centrada en la Persona*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
38. OMS (2005): *Calidad de vida*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
39. Organización Mundial de la Salud (2002). *Envejecimiento activo: un marco político*. Contribución de la OMS a la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 37(2), 74-105.
40. Peña-Casanova, Jordi (1999b): *El libro de la memoria (Historia de vida)*. Barcelona: Fundación "la Caixa".
41. Regato, P. y Sancho, T. "La coordinación sociosanitaria como eje de actuación en la comunidad", en *Atención domiciliaria. Organización y práctica*, Springer, Barcelona. 1999.
42. Rodríguez, P., *La atención integral centrada en la persona. Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia*. Serie: Informes Portal Mayores, nº 106. Madrid, CSIC/Imsero, 17 págs., 2010. Ref. 190642
 - (2012). «Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir». *Actas de la Dependencia*, 3, 6-40.
43. Rogers, C. (1961). *On becoming a person: A Therapist's View of Psychotherapy*. Boston, MA. Houghton Mifflin Company.

44. Romero Rodríguez, S. (2004). Aprender a construir proyectos profesionales y vitals. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 15(2), 337-354.
45. Ryff, C. D. (1995). Psychological Well-Being in Adult Life. *Current Directions In Psychological Science*, 4(4), 99-104. doi:10.1111/1467-8721.ep10772395
46. Schalock, R.L. (1997) Three decades of Quality of Life. Informe manuscrito.
47. Schalock, R.L. y Verdugo, M.A. (2007). Calidad de vida: manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Madrid: Alianza.
48. Schalock, R.L. y Verdugo, M.A. (2003): The concept of quality of life in human services: a handbook for human service practitioners. American Association on Mental Retardation. Washington D.C.
49. Sevilla, J., Abellán, R., Herrera, G., Pardo, C., Casas, X., y otros (2009). Un concepto de Planificación Centrada en la Persona para el siglo XXI. Fundación Adapta. Recuperado de: <http://www.miradasdeapoyo.org>.
50. SOCÍAS, C., & CERDÀ, M. (2007). Envejecimiento, educación y calidad de vida: La construcción de una gerontología educativa. *Revista Española De Pedagogía*, 65(237), 257-274. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/23766028>
51. Verdugo, M.A (2011). Modelo de Calidad de Vida aplicado a la atención residencial de personas con necesidades complejas de apoyo. Imsero. Madrid.
52. Verdugo, M.A., dir. (2006): Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Salamanca, Amarú Ed.
53. Vidal, D. A. (1999). Factores de riesgo suicidad en el anciano. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 8(2), 102-103.
54. Yanguas, J. (2007). Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer. Madrid: IMSERSO