

Programa de Voluntariado



Documentación para el voluntario



 Fundación Ramón Rey Ardid	3
La enfermedad mental	4
El envejecimiento	10
El empleo	22
El voluntariado	24



Fundación Ramón Rey Ardid

La Fundación Ramón Rey Ardid es una entidad sin ánimo de lucro que tiene como misión:

desarrollar actividades dirigidas a la integración en la sociedad de todas **las personas excluidas** o en riesgo de exclusión, mediante **una gestión eficiente** de los recursos disponibles y situando a **la persona en el centro de todas sus actividades**.

La Fundación Ramón Rey Ardid nació de la mano de la experiencia de un buen número de profesionales, que durante años, venían realizando su trabajo en el campo de la Rehabilitación Psiquiátrica en Aragón.

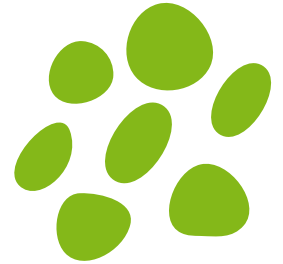
Desde que comenzó su andadura, haciéndose cargo en 1991 de una Unidad de Media Estancia de 39 camas para personas con enfermedad mental (la Residencia Profesor Rey Ardid, de la que es titular el Gobierno de Aragón), ha experimentado un importante desarrollo; en la actualidad se atienden a más de 2.500 personas, desde los diferentes recursos y áreas de la entidad.

El nombre de la Fundación honra al ilustre Catedrático de Psiquiatría Don Ramón Rey Ardid, nacido en Zaragoza en 1903 y fallecido en la misma ciudad en 1988. El Dr. Rey Ardid fue también un insigne ajedrecista, campeón de España (desde 1930 hasta 1943, año en que abandona la práctica oficial de este deporte), autor de doce libros sobre ajedrez y columnista en importantes diarios como Heraldo de Aragón y Amanecer en Zaragoza y La Vanguardia en Barcelona. Publicó más de cien trabajos científicos en revistas de España y otros países y fue innovador en la terapia de la esquizofrenia al introducir el método del "bombeo espinal", sobre el que pronunció varias conferencias en universidades de Austria y Alemania.

Para la consecución de los aspectos precedentes, la Fundación Ramón Rey Ardid lleva a cabo las siguientes actuaciones:

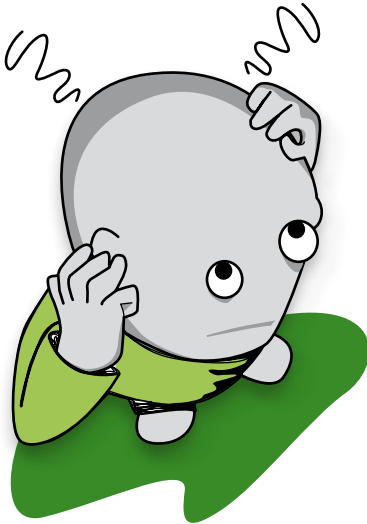
1. Realiza estudios de necesidades de los colectivos que son objetos de los fines de la Fundación.
2. Realiza programas de investigación y desarrollo.
3. Desarrolla y mantiene programas de detección temprana, prevención y promoción de la Calidad de vida de los colectivos atendidos.
4. Crea, desarrolla y mantiene recursos asistenciales, de carácter residencial y/o ambulatorio, mediante convenios con Administraciones Públicas u otras entidades de carácter mixto o privado.
5. Mantiene y desarrolla estructuras y programas de apoyo, como talleres ocupacionales, centros de día, clubes deportivos, de ocio, actividades culturales, pisos asistidos y sociales entre otros.
6. Favorece la creación de recursos, formativos, ocupacionales y laborales para la atención de personas en situación de riesgo social.
7. Evalúa y analiza las actuaciones desarrolladas con los colectivos atendidos para conseguir prestar los servicios más acordes a las necesidades específicas de estos grupos.
8. Pone en marcha campañas de promoción y difusión para conseguir la sensibilización de la sociedad ante la problemática de los colectivos objeto de nuestra atención.
9. Desarrolla programas que contribuyen a la no discriminación social por razones de edad, sexo, raza, religión, etc.
10. Acepta y desempeña tutorías de incapacitados.

Fundación Ramón Rey Ardid





La enfermedad mental



Salud y salud mental

La O.M.S. define salud como el estado de bienestar físico, psíquico y social y no sólo como ausencia de enfermedad. De acuerdo a esta definición, ¿quién puede afirmar que está realmente sano?, entenderemos la salud como algo fluctuante y de fronteras imprecisas más que un estado definido.

GINSBERG define la Salud Mental por algunas categorías como la capacidad para:

- mantenerse en un trabajo,
- tener una familia,
- evitar problemas con la Justicia,
- disfrutar de las posibilidades habituales del placer.

De acuerdo a la FEDERACIÓN MUNDIAL DE SALUD MENTAL, ésta sería el mejor estado posible dentro de las condiciones existentes. Si entendemos la salud mental de acuerdo al criterio estadístico, es decir, lo sano y normal es equivalente a la mayoría, nos encontramos con una definición poco útil.

¿Cómo consideraríamos la caries dental atendiendo a su gran frecuencia, como algo normal o como una patología como realmente es? Como conclusión podríamos decir que la salud psíquica es el resultado transitorio de un dinamismo permanente en el proceso continuo salud-enfermedad.

La enfermedad mental

¿Qué es la enfermedad mental? Características

Desde tiempos pretéritos, la enfermedad mental ha sido considerada diferente al resto de las formas de enfermar, viéndose más como una posesión que como una alteración en nuestro órgano rector: el cerebro. Con el correr de los tiempos y el avance de las ciencias médicas, muchos de los tabúes y misterios han desaparecido, convirtiendo al enfermo mental en un enfermo más. La enfermedad mental es aquel trastorno del pensamiento, emoción o conducta que producen sufrimiento en el ser humano y que alteran su integridad en el plano físico, psicológico y social (PIEDROLA).

Las enfermedades mentales son alteraciones y anomalías del pensamiento, de emociones, de conducta, de las relaciones interpersonales y de la relación social y profesional. Desde la perspectiva médico-clínica, es decir, en un plano físico y psicológico, un desorden mental sería aquel comportamiento desadaptado que, al menos aparentemente, se aparta de la realidad y que está asociado generalmente a una pérdida de libertad del sujeto que lo padece. Desde el punto de vista social, la enfermedad mental dependería fundamentalmente de la capacidad de ajuste e integración de un individuo a su entorno.

Características de la enfermedad mental:

- Reducción o pérdida de libertad del sujeto frente a sí mismo.
- Aparición de estructuras psíquicas nuevas y cualitativamente distintas a las que tienen los sanos.
- Alteración en el control de la realidad y en la interacción social.
- Severas dificultades en el control instintivo.



Factores causantes de la enfermedad mental

Las alteraciones psíquicas son la consecuencia de un conglomerado de factores que podemos clasificarlos en:

1. Factores endógenos: son los componentes de la enfermedad que heredamos y se manifiestan en nuestra constitución física.
2. Factores exógenos:
 - Componentes causales físicos y biológicos.
 - Componentes psicosociales y conductuales.

Consideramos factores precipitantes que actúan sobre los factores predisponentes alguno de los siguientes:

1. Sucesos de vida estresante, incluyen los estadios evolutivos (pubertad, matrimonio,...), y las crisis de transición o inesperadas (pérdida de empleo, sobrecarga laboral, fallecimiento de un ser querido,...).
2. Falta de soporte o integración social. El equilibrio mental requiere la aceptación de un individuo dentro de las redes sociales (emigrantes, urbanización descontrolada,...).

¿Podemos relacionar la enfermedad mental con el tipo de sociedad?

Los criterios de salud y enfermedad, más allá de la sintomatología orgánica, son relativos y parecen estar ligados a la construcción de conceptos de la propia sociedad y de cómo esta formaliza la relación entre norma y diferencia, de tal forma, que para una sociedad industrializada una esquizofrenia es una grave enfermedad mental, mientras que este mismo trastorno en una sociedad diferente convertiría al individuo en alguien ligado a los procesos mágicos, como el hechicero, dando consideración a su rol más allá de la separación de la propia dinámica social.

Tipos de enfermedades mentales

Esquizofrenia

Definición

Padecen esquizofrenia aquellas personas que, sin motivo aparente, presentan:

- una conducta anómala
- dura más de un mes ininterrumpidamente
- se caracteriza por distorsión de la percepción, del pensamiento y de las emociones
- creyendo el sujeto afectado por esta situación, que en sus sentimientos, pensamientos y actos más íntimos son compartidos por las demás personas
- llegando a sentirse de forma enfermiza el centro de todo cuanto ocurre.

Causas

- Alteraciones en la química del cerebro.
- Alteraciones en forma y el funcionamiento del cerebro.
- Predisposición genética.
- Infecciones por virus.



Síntomas

Los síntomas en la esquizofrenia son de dos grandes tipos:

- Positivos.
- Negativos.

Los síntomas más típicos de la enfermedad son:

- Trastornos del pensamiento.
- Falsas creencias.
- Alucinaciones.
- Negación de la enfermedad.
- Alteración del sentido de sí mismo.
- Cambios emocionales.
- Aislamiento.
- Falta de motivación.
- Angustia y depresión.

Tipos de esquizofrenias

- Esquizofrenia paranoide.
- Esquizofrenia hebefrénica.
- Esquizofrenia catatónica.
- Esquizofrenia indiferenciada.
- Esquizofrenia residual.

Evolución

La esquizofrenia es una enfermedad engañosa que nunca es igual de una persona a otra, porque surge de repente o lentamente sin motivos claros que lo justifiquen y va discurriendo en forma de brotes.

Tratamiento

Tratamiento médico

- Convencionales.
- Atípicos.

Psicoterapia

La palabra psicoterapia designa todos aquellos tratamientos médico-psicológicos en los que sólo interviene el diálogo terapeuta-paciente (psicoterapia individual) o diálogos entre pacientes regulados por un terapeuta (psicoterapia de grupo).

Neurosis

Definición

La neurosis se caracteriza porque la persona que la padece se angustia imaginando situaciones problemáticas que le puedan suceder, recreándose en lo negativo y complicándose la vida y su normal actividad hasta límites insospechados, conservando la capacidad de razonar coherentemente. Para considerar a una persona neurótica es preciso que:

- Los síntomas sean intensos y reaparezcan con frecuencia.
- Se percate de que esos síntomas lo perturben y desee librarse de ellos.



- El comportamiento inducido por sus síntomas sea antisocial.
- El trastorno no sea una reacción pasajera ante el estrés.

Tipos de trastornos neuróticos

- Trastorno de Angustia.
- Trastornos fóbicos.
- Trastorno Obsesivo-Compulsivo.
- Trastorno Histérico.
- Otros trastornos neuróticos:
 - Hipocondría.
 - Trastorno por estrés Postraumático.
 - Trastorno por Ansiedad Generalizada.
 - Dismorfofobia.
 - Neurosis depresiva.

Trastornos del estado de ánimo

La depresión

Definición

La depresión y la manía no son enfermedades mentales en sentido estricto, sino enfermedades del estado de ánimo. Entendemos por depresión el trastorno del humor caracterizado por sentimientos de profunda tristeza, melancolía, abatimiento y desesperanza desproporcionados a la situación, y que no responden siempre a una causa real explicable. La depresión afecta a niños, adolescentes y adultos, y puede desarrollarse en un periodo de días, semanas o meses. Existen dos tipos de depresiones según su origen:

- Depresión exógena.
- Depresión endógena.

La manía

Definición

La manía, en contraposición con el uso que hacemos de ella en el lenguaje coloquial, es la enfermedad que se caracteriza por un sentimiento contrario al de la depresión, es decir, una alegría y euforia inmotivada. La persona con un cuadro maníaco, siente una alegría y una euforia contagiosa, tiene una vitalidad desbordante y no se inhibe; tiene una autovaloración positiva lo que da lugar a la autopromoción. Sus problemas físicos son menos acusados que en el deprimido. Las personas maníacas llegan a desprestigiarse.

Trastorno bipolar o psicosis maníaco depresiva

Definición

Se da cuando una persona sufre alternativamente fases de euforia y de depresión, teniendo en cada fase los síntomas que corresponden a la enfermedad correspon-



diente. Existe una clara predisposición genética y hay quien sólo tiene una crisis, no dejándoles posteriormente residuos, ya que es una enfermedad sin deterioro una vez superada hasta que se da la próxima fase.

Trastornos de la personalidad

Definición

Son pacientes que no son enfermos mentales como tales pero presentan trastornos adaptativos en amplias áreas de la vida de relación, familia, sociales y laborales. Es difícil saber que es una personalidad normal y anormal, dónde están los límites. Es difícil saber si tiene sólo un trastorno de personalidad o una enfermedad mental por desconocer el límite entre lo normal y lo patológico.

Schneider fue quien más estudió estos trastornos e intentó establecer unos criterios objetivos para detallar el diagnóstico. Consideró que el término anormal o psicopático se refiere llanamente a una conceptualización estadística en el sentido de que los sujetos psicopáticos son los que escapan a la norma estadística. Para el CIE 10 se requieren seis elementos:

- Presentar actividades y comportamientos faltos de armonía que afectan a varios aspectos de la personalidad (afectividad, excitabilidad, control de impulsos, formas de percibir y pensar y estilo de relacionarse con los demás).
- La forma de comportamiento anormal es duradera y no se limita a episodios concretos.
- También es generalizada y desadaptativa.
- Estas manifestaciones aparecen durante la infancia o adolescencia y permanecen en la madurez.
- El trastorno conlleva un marcado grado de malestar personal.
- El trastorno se acompaña de un deterioro significativo del rendimiento profesional y social.

Los trastornos de personalidad más comunes son:

- Trastorno paranoide de la personalidad.
- Trastorno esquizoide de la personalidad.
- Trastorno disocial de la personalidad.
- Trastorno dependiente de la personalidad.
- Trastorno de la personalidad ansioso.
- Trastorno histriónico de la personalidad.
- Trastorno inestable de la personalidad tipo límite.
- Trastorno narcisista de la personalidad.

Para tener referencias respecto de estas categorías diagnósticas pueden consultarse dos de los manuales básicos que describen pormenorizadamente detalles concretos de cada una de las patologías: el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association), DSMIV y la Clasificación de Trastornos Mentales, según Criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), CIE 10.



Fundación y la salud mental

Desde el área de salud mental se presta una atención integral a las personas que padecen trastorno mental, atendiendo a las necesidades tanto clínicas como sociales que se derivan de su enfermedad.

Objetivos

Recursos sanitarios

Se ofrece una atención directa a los problemas que presentan los usuarios en los ámbitos médico, psicológico, conductual y psicopatológico, pero también en las áreas social, vida doméstica, ocupacional, ocio y laboral.

Recursos sociales

El objetivo es la integración social y laboral de personas con discapacidad, asociada a enfermedad mental. Las herramientas empleadas por el área son: la formación, la actividad ocupacional y el empleo protegido en Centros Especiales de Empleo o en empresas participadas. Además del apoyo a los usuarios para que resuelvan sus necesidades de alojamiento, disfrute del tiempo libre e integración social.



El envejecimiento

Vivir y envejecer

Para situarnos correctamente frente, o mejor al lado de, el envejecimiento y de la persona que envejece debemos entender que ser viejo no es estar enfermo.

Envejecer es natural, universal en la naturaleza, todos los seres vivos envejecen. Además llegar a edades avanzadas con una calidad de vida razonable es un logro de las sociedades modernas. También, envejecer nos da una oportunidad para aprender. Nos libera de convencionalismos y de esa soberbia tan propia de la edad adulta que nos hace creernos dueños del mundo y que nos hunde cuando nos damos cuenta de que eso no es así. Claro que no todo el mundo envejece igual. Contrariamente a lo que se cree los mayores no son “todos iguales” y por supuesto no son “como niños”. Uno envejece cómo ha vivido.

Conceptos previos

Según Bidet y Bourliere, se define como la serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas que origina el paso del tiempo sobre los seres vivos. Se caracteriza por la pérdida progresiva a través del tiempo de la capacidad de adaptación y de la capacidad de reserva del organismo ante los cambios. Los mecanismos homeostáticos se entelencen disminuyendo progresivamente su sensibilidad y amplitud.

Características del envejecimiento:

- Es intrínseco: independiente del medio ambiente, aunque este puede ejercer cierta influencia.
- Universal: afecta a todas las especies y a todos los individuos.
- Progresivo: los cambios que conlleva se acentúan a medida que avanza la edad.
- Deletéreo: conduce inexorablemente a la muerte.

Cuando se habla de la vejez siempre se entra en el tema de las edades. Las edades del hombre no son sólo una idea de la edad cronológica, sino que hay otras edades que son más importantes:

- La edad cronológica es la que corresponde al individuo en función del tiempo transcurrido desde su nacimiento. El envejecimiento se inicia a partir del momento de máxima vitalidad, alrededor de los 30 años. Socialmente se considera al individuo anciano a partir de los 65 años, edad de la jubilación.
- La edad biológica empieza a ser un poco más importante. Sería la que corresponde a un individuo en función del estado real de sus órganos y sistemas. La edad biológica de la gente sería la edad que tiene realmente su organismo.
- La edad funcional es un concepto un poco más evolucionado que trata de medir la capacidad del individuo para desenvolverse en el medio social comunitario.

Características fisiológicas del envejecimiento

En el anciano la disminución de la capacidad de adaptación debida al envejecimiento disminuye la flexibilidad de los mecanismos fisiológicos que regulan el equilibrio para mantener constante el medio interno.

En reposo no existe una marcada diferencia entre personas jóvenes y ancianas. Sin embargo, cuando aumenta la demanda fisiológica (ejercicio, enfermedad), se altera el equilibrio y es necesario que entren en funcionamiento mecanismos reguladores. El





anciano es más lento y le cuesta más volver al punto inicial, el anciano tiene disminuida su capacidad de reacción frente al estrés.



La vejez no es una enfermedad

El envejecimiento es un proceso fisiológico que acompaña a los seres vivos desde el momento de su nacimiento.

El envejecimiento es fisiológico cuando, el mayor cumpliendo parámetros biológicos adecuados a su edad, conserva intacta una gratificante relación funcional, mental y social con el medio.

Es evidente que la normalidad fisiológica en el anciano es interdependiente de su estado mental y de su entorno social, siendo necesario que estos tres niveles se encuentren en equilibrio para conseguir una adecuada calidad de vida.

El envejecimiento puede ser patológico cuando la presencia de enfermedad altera esta capacidad de relación funcional.

Los síndromes geriátricos

En los mayores debemos pensar en términos de problemas más que en enfermedades concretas aisladas. Los síndromes geriátricos son situaciones de enfermedad expresadas por un conjunto de síntomas. El origen y las manifestaciones son múltiples y la interrelación entre lo físico, lo psíquico, lo social y lo funcional es especialmente patente. Suelen tener un carácter sumatorio conduciendo, con frecuencia, a la dependencia.

Los principales síndromes geriátricos son:

- La inmovilidad.
- Alteraciones de la marcha, inestabilidad y caídas.
- La incontinencia urinaria y fecal.
- Las úlceras por presión.
- La demencia.
- El estreñimiento e impactación fecal.



- Alteraciones del sueño.
- La malnutrición.
- Delirium o síndrome confusional agudo.
- Depresión y ansiedad.

La inmovilidad

Definición

Se define como el descenso de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras.

Por encima de los 65 años el 18% de las personas tiene problemas para moverse sin ayuda y a partir de los 75 más de la mitad tiene dificultades para salir de casa.

El control de la postura y la marcha (el caminar) requieren la interrelación del Sistema Nervioso y del Músculo-esquelético, basándose en la información de los Sistemas Visual, Vestibular (equilibrio) y Propioceptivo (el que nos informa de cómo está nuestro cuerpo).

Con el envejecimiento muchos de estos aspectos se ven afectados y existe una mayor prevalencia de enfermedades crónicas de huesos y articulaciones, alteraciones visuales y auditivas, aislamiento y soledad, etc.

A su vez la inmovilidad favorece el desarrollo o la perpetuación de estas mismas alteraciones (mayor rigidez muscular, depresión, úlceras por presión, alteraciones del sueño,...) cerrándose un círculo vicioso sobre el que es preciso intervenir y que conduce a la dependencia.

Causas

- Dolor y patología osteoarticular.
- Problemas de los pies.
- Ictus.
- Debilidad generalizada.
- Alteraciones mentales.
- Déficits visuales y auditivos.
- Inestabilidad y miedo a las caídas.
- Incontinencia.
- Fármacos.
- Hospitalización.

Consecuencias del Inmovilismo

Se producen sobre todo el organismo, sobre la esfera social, afectiva, favorece los trastornos del sueño, predispone a las caídas a la malnutrición. Es factor de riesgo de úlceras de decúbito. Empeora la función articular y muscular. Aumenta el deterioro cognitivo, la incontinencia y la osteoporosis entre otros.



La inestabilidad y las caídas

Definición

Se define la caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo, contra su voluntad.

Las caídas son un fenómeno frecuente en la vejez. Cada año se cae un 30% de los mayores de 65 años. Este porcentaje aumenta con la edad, los mayores de 85 años se caen más y con consecuencias más graves.

Algunas de las consecuencias más importantes de las caídas:

Mortalidad

Una caída puede desembocar en la muerte de la persona.

La incidencia de mortalidad por caída aumenta con la edad.

Son factores que aumentan la mortalidad por caída:

- la edad avanzada
- la permanencia en el suelo durante un tiempo
- el ser mujer
- tener varias enfermedades
- tomar distintos tipos de fármacos.

Fracturas

En cuanto a las fracturas, se observa que con la edad aumenta la incidencia de fractura de cadera. Se debe a que se pierden reflejos y coordinación y las personas caen a plomo.

Síndrome postcaída

Se trata de una de las más importantes consecuencias de las caídas. Se puede producir incluso con caídas que originan lesiones banales.

Se manifiesta por la pérdida de autonomía y la aparición de miedo importante a caer de nuevo, con rechazo a salir y temor a exponerse a ciertos riesgos. Todo esto provoca más retraimiento y nuevas caídas con el consiguiente deterioro físico y psíquico (aislamiento). Se debe señalar que la caída es vivida como algo humillante, que causa vergüenza por lo que aumenta aún más la restricción de la movilidad, en el intento de evitar nuevas caídas. Se trata de un círculo vicioso, las mismas circunstancias que intentan evitar caídas acaban produciéndolas.

Causas de las caídas

Las caídas se producen por una falta de adaptación del control postural a los factores ambientales. Por una mala adaptación del anciano a su entorno. (¡Cuidado el primer año en la residencia!).

Los ancianos no caen porque tropiezan, sino porque son incapaces de recuperar el equilibrio cuando lo hacen.

Factores Intrínsecos a las caídas

- Cambios propios de la edad.
- Alteraciones de la marcha y la movilidad.
- Trastornos del equilibrio.



- Pobre estado de salud.
- Trastornos emocionales.
- Efectos de la medicación e intoxicaciones.

Factores Extrínsecos a las caídas

El mayor porcentaje de caídas se produce en el domicilio (52% frente a 48% fuera del domicilio).

- Ambientes desconocidos.
- Escaleras.
- Pisos defectuosos o resbaladizos.
- Objetos inesperados en el suelo.
- Alfombras deslizables.
- Animales domésticos.
- Baños sin puntos de apoyo adecuados.
- Sillas bajas.

Incontinencia urinaria

Definición

Es la pérdida involuntaria de orina que origina un problema higiénico y social.

Es el síntoma más frecuente del aparato genitourinario en mayores de 65 años. Su prevalencia aumenta con la edad y con la institucionalización. Es dos veces más frecuente en mujeres (partos, alteraciones hormonales en la menopausia,...).

Requerimientos para la continencia

Función adecuada del aparato urinario:

- Función física adecuada.
- Movilidad adecuada para alcanzar el retrete.
- Destreza para usar el retrete o sus sustitutos y manejar la ropa.
- Funciones cognitivas adecuadas:
 - Que permitan a la persona reconocer la necesidad de ir al retrete y encontrar este o su sustituto (orinal, etc.).
 - Que le permitan reconocer el momento y el lugar adecuados para realizar la micción.
- Motivación para ser continente.
- Ausencia de barreras arquitectónicas y factores iatrogénicos.

Con la edad se producen cambios en el Sistema Nervioso y en el aparato urinario que favorecen la incontinencia.

Consecuencias de la incontinencia

Sobre la salud física:

- Infecciones y sepsis urinarias.
- Maceración y molestias cutáneas.
- Úlceras por presión.



- Inmovilismo.
- Caídas.

Consecuencias sociales:

- Estrés en la familia, los amigos y los cuidadores.
- Abandono de las actividades domésticas y sociales.
- Predisposición a la institucionalización.

Sobre el bienestar psicológico:

- Vergüenza.
- Aislamiento.
- Depresión.
- Dependencia.
- Pérdida de la autoestima.

Costes económicos.

Úlceras por presión

Definición

Es una lesión de origen isquémico (producida por una disminución del flujo sanguíneo) localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea. Se produce por presión prolongada o fricción (se producen roces por movimiento o arrastre) entre dos planos duros: la cama o silla y el hueso. La piel aprisionada entre el hueso y la cama o silla no recibe suficiente sangre y se “muere”. Se localizan sobre todo en las zonas que coinciden con prominencias óseas, influyen en su aparición el grado de movilidad de la persona, su estado nutricional y su estado general.

Lo más importante: prevenir su aparición. Observar la piel del mayor y detectar cualquier cambio, facilitar la movilidad y los cambios de postura, etc.

Factores que favorecen la aparición de las úlceras

- Presión prolongada o fricción.
- Falta de higiene e irritación de la piel, humedad.
- Inmovilidad: espasticidad, contracturas articulares, atrofia muscular.
- Disminución de la sensibilidad, disminuye la percepción del dolor y la presión.
- Desnutrición y deshidratación.
- Alteración del estado mental. El paciente se niega a moverse o que lo movamos y a adoptar determinadas posturas.
- Envejecimiento. Se asocia a una serie de cambios fisiológicos que favorecen su aparición.
- Alteración de la microcirculación.
- Edema: dificulta el aporte de nutrientes a la célula.
- Enfermedades endocrino-metabólicas.
- Incontinencia fecal y urinaria.
- Sedación.



Demencias

Definición

El hecho esencial de la demencia es la aparición y progresión de múltiples déficits cognitivos que incluyen deterioro de la memoria y al menos uno de los siguientes: afasia, apraxia, agnosia o una alteración en la función ejecutiva. Estos déficits han de ser de suficiente intensidad como para producir un deterioro en la vida profesional y/o social del paciente. Además han de representar un declinar desde un nivel previamente más alto de funciones.

El deterioro de la memoria

Imprescindible par el diagnóstico. Suele ser destacado y temprano.

Existe deterioro en la capacidad para aprender nuevo material u olvidan lo aprendido.

El deterioro del lenguaje

Se puede manifestar por la dificultad en nombrar individuos u objetos. El lenguaje se puede hacer vacío, con circunloquios, llegando, en fases avanzadas al mutismo.

Deterioro en la capacidad para ejecutar actividades motoras

A pesar de que esté intacto el sistema motor, la función sensorial y la comprensión de la tarea que se le pide realizar. Actos como vestirse, peinarse, lavarse los dientes, pueden estar claramente alterados en su ejecución. Las diferentes apraxias van a deteriorar mucho la función y a provocar incapacidad.

Dificultades para reconocer o identificar objetos

A pesar de mantener una función sensorial normal. No van a reconocer objetos como lápices o llaves o también miembros de su familia, o su propia imagen.

Los trastornos de la función ejecutiva

Esta función afecta la capacidad para pensar en abstracto y para planificar, iniciar, secuenciar, vigilar e interrumpir una conducta compleja. La disfunción ejecutiva puede hacerse evidente en la capacidad para cambiar de actividad mental, generar información nueva y ejecutar una serie de actividades motoras. La alteración en el pensamiento abstracto origina dificultades para enfrentarse a una actividad nueva o para evitar situaciones que requieren el proceso de nueva y compleja información.

Trastornos de conducta (asociados en más del 80% de los casos):

- Los trastornos de personalidad: desconexión, desinhibición y apatía.
- Ideas delirantes; de robo, persecución, abandono, infidelidad, vecino fantasma,...
- Alucinaciones, sobretodo de tipo visual, aunque pueden ser de tipo auditivo, gustativas, olfativas o cutáneas.
- Trastornos del humor en forma de depresión, manía, ansiedad, reacción catastrófica, habilidad e inestabilidad afectiva.
- Trastornos de la función neurovegetativa en relación con la comida, el sueño o los comportamientos sexuales.
- Conductas difíciles, manifestadas como lentitud o retraso psicomotor, paseos incesantes, vagabundeo o conductas repetitivas o estereotipadas.



Causas

- Demencias degenerativas (entre ellas la enfermedad de Alzheimer).
- Demencias vasculares (ACVA,...).
- Demencias secundarias (metabólicas, infecciosas, tóxicas, etc.).

Recomendaciones para mejorar la comunicación con el paciente

- Hablar despacio y hacerse entender.
- Usar frases cortas y simples.
- Apoyarse en el lenguaje no verbal o gestual. Por ejemplo usar sonrisas o exageraciones.
- Órdenes sencillas con un solo mandato. Dar una instrucción cada vez.
- Dar tiempo para responder.
- Limitar las opciones de elección al paciente para no crear ansiedad.
- Evitar forzar situaciones, volver más tarde. No discutir.
- Evitar decir no. Redireccionar de forma positiva hacia elementos agradables.
- Transmitir cariño y serenidad. Comunicación afectuosa, tranquila y sencilla.
- Reforzar conductas positivas con premios.

Estreñimiento e impactación fecal

El estreñimiento se define como el retraso en la emisión de las heces o la dificultad para su expulsión.

Los factores de riesgo son:

- la edad avanzada
- el deterioro de la función mental
- la falta de movilidad
- la dieta pobre en líquidos y fibra
- la hospitalización
- la pluripatología (la existencia de varias enfermedades en la misma persona)
- la polifarmacia (la administración de distintos fármacos a la misma persona)
- el hábito de ignorar la imperiosidad defecatoria (no hacer caso cuando se siente la necesidad).

El estreñimiento no es fisiológico en el anciano.

Causas (en anciano)

- Tumores: producen obstrucción.
- Alteraciones higiénicas-dietéticas: Dieta poco equilibrada, pobre en fibra y con pocos líquidos (por factores económicos, incapacidad física, alteraciones de la dentición, prejuicios dietéticos, etc.).
- Disminución de la movilidad.
- Alteración del estado psíquico.
- Factores sociales (inaccesibilidad del retrete, etc.).
- Fármacos.



- Enfermedades endocrinas.
- Enfermedades neurológicas.
- Alteraciones locales.

Alteraciones del sueño

El sueño es un fenómeno activo y necesario periódicamente. La mayoría de los adultos duermen entre 6 y 10 horas al día, aunque las necesidades individuales oscilan entre 3 horas y media y 12 horas diarias. Habitualmente se duerme todos los días una sola vez y por la noche.

Patrones del sueño relacionados con la edad

Las necesidades de sueño nocturno disminuyen paulatinamente con la edad. Sin embargo, el sueño total durante las 24 horas es similar al del adulto joven.

La característica principal del sueño en las personas de edad avanzada es su mayor fragmentación y su diferente distribución circadiana. En general los mayores pasan más tiempo en la cama, pero están menos tiempo dormidos y se despiertan con más facilidad que los adultos.

Esto promueve un mayor grado de cansancio diurno, una mayor tendencia a las siestas y una mayor facilidad para quedarse dormidos durante el día.

Más del 25% de las personas mayores de 60 años se quejan de sueño inadecuado. Los trastornos del sueño son de 3 a 4 veces más frecuentes en la vejez que en la juventud, y son más frecuentes entre las mujeres de edad avanzada que en los varones de edad similar.

Insomnio

El insomnio puede deberse a la conciliación retardada del sueño, a sueño interrumpido o al despertar prematuro.

Es el trastorno del sueño más frecuente. El cuadro se inicia en torno a los 40 años, pero su incidencia aumenta con la edad. Es más frecuente en la mujer, en personas separadas o viudas y en los niveles socio-económicos bajos, así como en las personas con problemas psiquiátricos y en las que viven en áreas con gran densidad de población. Las situaciones estresantes tienen mucho que ver con el origen de este problema.

Causas

- Externas: el ruido, los extremos de temperatura, el cambio de domicilio o de habitación.
- Psicológicas o psiquiátricas.
- Medicamentosas:
Algunos fármacos, así como el café y el té y otros alimentos estimulantes (tabaco, chocolate, bebidas con cola...).
- Enfermedades.
- Apnea del sueño: consiste en episodios de interrupción de la respiración que duran por lo menos 10 segundos. Estos episodios ocurren en más de un 30% de las personas sanas mayores de 60 años, pero si son muy largos o repetitivos perturban el sueño. La persona afectada no llega a despertarse y sólo notará somnolencia al día siguiente.
- Insomnio primario: es aquel en el que no se encuentra ninguna causa.



La malnutrición

Definición

Se considera malnutrición a la alteración de la composición corporal por privación de nutrientes. Se habla de malnutrición calórica (menos calorías de las necesarias), malnutrición proteica (faltan proteínas), mixta y deficiencias específicas de algunos nutrientes. En los mayores lo más frecuente es la malnutrición mixta (proteínas y calorías). Es un trastorno mucho más prevalente de lo que se diagnostica, aumenta con la edad, la fragilidad, la institucionalización. Si se considera una pérdida de peso mayor del 4% en un año para hablar de malnutrición, Lowenstein ha observado que entre el 17 y el 65% de los ancianos están mal nutridos.

Causas

- Pérdida de apetito.
- Enfermedades sistémicas.
- Fármacos.
- Dietas.
- Enfermedades psiquiátricas.
- Dificultades para comer.
- Alteraciones en la boca.
- Alteraciones de la movilidad general, articulares.
- Disfagia.
- Pérdida de peso con apetito conservado.
- Parkinson.
- Mala absorción.
- Factores sociales:
 - El aislamiento.
 - La pérdida de seres queridos.
 - La pobreza.
- Dificultades para comprar o cocinar.

Consecuencias

- Mayor mortalidad. Una pérdida de peso mayor del 10% en los últimos tres años tienen una mortalidad del 62%.
- Pérdida de peso corporal y de masa magra.
- Sarcopenia y osteopenia.
- Importantes alteraciones funcionales con aumento de la dependencia.
- Empeoramiento de la patología crónica preexistente.
- Disminución de la capacidad respiratoria.
- Inmunodeficiencia (aumentan las infecciones).
- Aumentan las caídas, las fracturas, la anemia, las úlceras por decúbito.
- Empeora la función cognitiva.



Delirium o síndrome confusional agudo

Definición

Es un estado mental en donde existe dificultad para discriminar e interpretar adecuadamente los estímulos sensoriales. Se caracteriza por ser de instauración brusca (horas o días), de curso fluctuante, por acompañarse, en ocasiones de disminución del nivel de conciencia, ser de causa orgánica, potencialmente reversible y se puede prevenir.

El paciente suele comenzar con desorientación temporo-espacial, aumento o disminución de la actividad psicomotriz y trastornos de ciclo vigilia-sueño. Fases de agitación y desorientación suelen alternar con somnolencia diurna. Suele desarrollarse por la noche y en lugares de escaso estímulo ambiental y desconocidos para la persona (hospitalización).

Depresión

Definición

Es el trastorno afectivo más frecuente en los mayores. El ánimo triste no forma parte del envejecimiento normal. Los padecimientos físicos en los mayores pueden predisponer a la depresión y esta empeorar el curso de las patologías. También se asocia a una alteración funcional y cognitiva con mayor tendencia a la dependencia.

Algunas características de la depresión en el anciano:

- Acentúa las enfermedades existentes.
- Escasa expresividad de la tristeza.
- Tendencia al retraimiento y aislamiento.
- Dificultad para reconocer sus síntomas depresivos.
- Deterioro cognitivo frecuentemente asociado.
- Expresión en forma de quejas somáticas.
- Irritabilidad.
- Enfermedad cerebrovascular frecuente.
- Polifarmacia.

Conclusión

La atención a los mayores ha de ser individual, continua en el tiempo en integral. Ha de abarcar lo físico, lo psíquico, lo social y lo funcional. Estimulando la movilización (por ejemplo los paseos) mejoramos el estado físico, prevenimos el síndrome de inmovilidad, las caídas, las úlceras, estimulamos el apetito, mejoramos las relaciones sociales, etc. Unos cuidados interactúan sobre otros y una misma actuación tiene siempre variados beneficios para la persona mayor.



Fundación y los mayores

La Fundación Ramón Rey Ardid gestiona de forma directa o mediante empresas participadas por la entidad o en Unión Temporal (UTE) con otras entidades, distintos recursos para Mayores de titularidad pública, ubicados en las provincias de Zaragoza, Huesca y Teruel. Dicha gestión se realiza mediante la fórmula de convenio con las entidades titulares de los recursos: El Gobierno de Aragón (Instituto Aragonés de Servicios Sociales), Ayuntamientos o Comarcas.

Objetivos

Los diferentes recursos son lugares para el desarrollo integral del mayor, donde se presta atención socio-sanitaria y se potencia el mantenimiento de la autonomía y la independencia del usuario, valorando en todo momento sus aspectos físicos, psíquicos, funcionales y sociales.



El empleo



El derecho al trabajo es uno de los derechos fundamentales en las personas y a nadie le puede ser negado, además de ser una herramienta que proporciona identidad social, independencia, seguridad económica y mejora en la autoestima, si este se encuentra ajustado a las capacidades, posibilidades y potencialidades de la persona que lo desempeña.

En el proceso de rehabilitación, de acceso al primer empleo, de búsqueda de una alternativa adecuada a las posibilidades individuales, el desarrollo de una red que pueda proporcionar espacios adaptados a las necesidades concretas de cada persona es un reto y un proceso fundamental.

Toda red de recursos sociales se plantea como meta a conseguir la capacitación de la persona para favorecer las posibilidades de empleabilidad, así como la mejora en el mantenimiento del puesto de trabajo. Alguno de los elementos básicos que han de tenerse en cuenta son:

- Adquisición de hábitos laborales básicos:
 - Puntualidad.
 - Asistencia.
 - Aspecto personal.
 - Actitud de desempeño.
 - Organización y realización de las tareas.
 - Comprensión de instrucciones, memoria, capacidad de atención y concentración.
 - Utilización de herramientas y otros materiales.
- Adquisición y mejora de habilidades sociales en el contexto laboral:
 - Interacción con compañeros.
 - Iniciación de conversaciones.
 - Solicitar y ofrecer ayudas.
 - Expresar valoraciones y críticas.
 - Habilidades para trabajar con otros.
 - Nivel de comunicación con los compañeros.

Proceso

Previo al desarrollo de cualquier intervención que se realice en este ámbito, es fundamental una valoración adecuada y un análisis individualizado para sincronizar los objetivos con las posibilidades y expectativas que cada persona puede tener en relación con su capacidad y disponibilidad para el empleo.

Una propuesta ideal para el desarrollo de las actividades de inserción hacia el empleo debe contemplar al menos las siguientes fases en el circuito de atención:

1. Usuario:

– Acogida:

- Valoración inicial.
- Plan Individualizado de Atención e intervención orientada a la inserción laboral.

– Capacitación Laboral:

- Actividades ocupacionales.
- Actividades formativas.
- Programa de búsqueda de empleo.
- Desarrollo de habilidades específicas.
- Habilidades prelaborales y prácticas de desempeño específico.



- Formación Laboral. Complementaria, de capacitación o de especialización.
 - Empleo Protegido (empresas de inserción, Centros Especiales de Empleo), Empleo normalizado:
 - Seguimiento.
 - Adaptación del puesto de trabajo.
 - Estabilidad personal.
 - Mejora en el empleo.
2. Empresa:
- Contacto (telefónico, correspondencia, vía mail).
 - Entrevista con responsable de recursos humanos (sensibilización).
 - Plan Individualizado de colaboración. Formalización de convenios/contratos de colaboración.
 - Envío de currículum.
 - Realización de Entrevistas.
 - Proceso de inserción laboral en el medio.
 - Seguimiento:
 - Rendimiento.
 - Adaptación.

Fundación y el empleo

El servicio de empleo en Fundación Rey Ardid ha apostado por transferir la experiencia acumulada en la atención a personas con especiales dificultades por padecer un problema de salud mental, a otros colectivos con los que trabajar su empleabilidad y capacidad para desempeñar un puesto de trabajo adecuado. Se han potenciado las estructuras de empleo con apoyo ya existentes y se han abierto nuevas vías de trabajo. Se ha priorizado la participación en red para favorecer la creación de sinergias comunes que implementen los recursos destinados a atender a los colectivos frágiles.

El desarrollo de estructuras como los centros ocupacionales, centros especiales de empleo y las empresas de inserción complementan el circuito de espacios de capacitación y empleo con apoyo, construyendo la posibilidad de dar servicios a empresas ordinarias.

Objetivos

Realizar actividades dirigidas a la integración laboral de personas excluidas y con especiales dificultades para el empleo.

- Conseguir optimizar los recursos de atención a diferentes colectivos unificando los procedimientos de trabajo y mediante una gestión transversal.
- Mejorar las herramientas de trabajo en la prestación de servicios de formación y empleo.
- Consolidar los programas que se gestionan en la actualidad a través de la colaboración con las instituciones públicas y privadas.
- Colaborar con otras entidades en la búsqueda de soluciones de los problemas que se derivan de la exclusión social en materia de empleo.



El voluntariado

El voluntariado

Podría considerarse voluntario social a toda persona que en determinada ocasión haya prestado, altruistamente, un servicio a la sociedad o a miembros de la misma, aunque ello haya sido de una forma esporádica y sin continuidad. Entendiéndolo así sería voluntaria/o la persona que ayuda a una persona con limitación de la visibilidad a cruzar la calle, la que colabora en la extinción de un incendio o aquella que simplemente recoge un papel y lo deposita en una papelera. En definitiva, el Voluntariado Social está íntimamente ligado a las ideas de responsabilidad y solidaridad.

Existen muchas definiciones de voluntariado. Hemos querido citar dos para entender cuál es el actual concepto de Voluntariado Social. Rosa María Cabellos afirma que los voluntarios son sujetos con sensibilidad a los problemas sociales que, en grupo, trabajan, denuncian e intentan solucionar aquellos problemas para los que la sociedad, a través de las instituciones, no han conseguido soluciones satisfactorias.

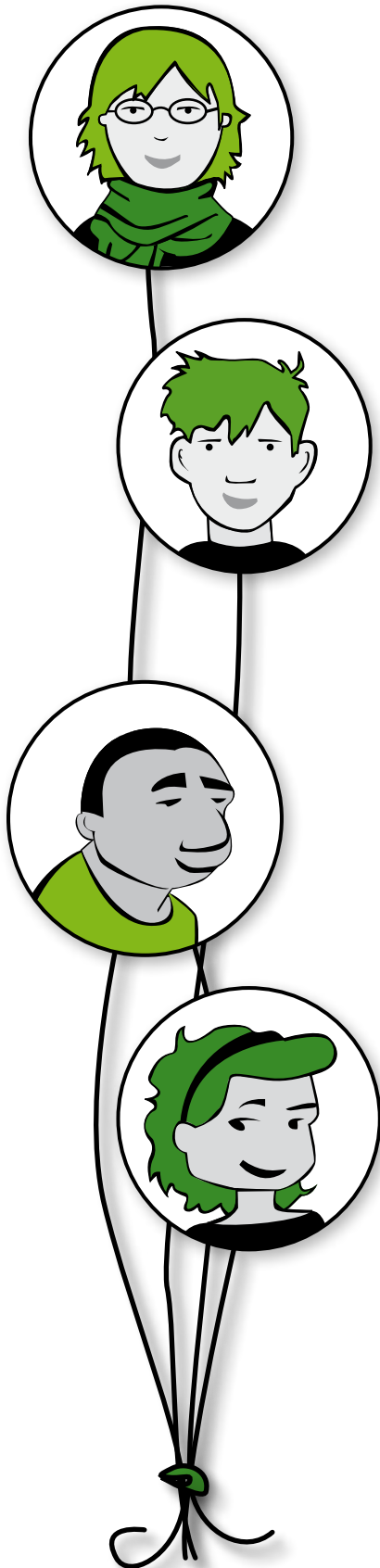
Otra definición es la que cita Álvarez Rodríguez y Manovel en su libro "Organización y Administración de Servicios Sociales". Entiende por voluntario toda persona perteneciente a un grupo o a una asociación con los que comparte normas, objetivos y proyectos; acepta trabajar en equipo y rendir cuentas de sus actividades; su acción es gratuita y desinteresada, aunque reciba una gratificación, que en ningún caso puede considerarse como salario.

La convicción de que la incorporación del voluntariado repercutiría de forma muy positiva en el proceso de recuperación de los usuarios que atendemos, fue clave para el nacimiento de la Sección Juvenil y de Voluntariado de la Fundación Ramón Rey Ardid. Esta Sección forma parte de la "Coordinadora Aragonesa de Voluntariado" y del "Consejo de la juventud de Zaragoza". Los voluntarios, previamente formados por la Fundación, participan activamente en la programación y desarrollo de actividades de ocio y tiempo libre en las que su presencia y compromiso estimula el nacimiento y desarrollo de relaciones saludables. Asimismo, contribuyen, mediante su participación en entidades representativas de un amplio espectro social y en actos sociales de importante repercusión, a la divulgación de las actividades que realiza la Fundación.

El número de voluntarios ronda el centenar y su perfil responde al de una persona joven de entre 18 y 25 años que es estudiante universitario.

En los recursos de personas mayores se desarrollan un programa de actividades de ocio y tiempo libre, y talleres de manualidades en el que los equipos de voluntarios, junto a usuarios y profesionales de dichos centros, planifican y realizan las actividades.

Una de las tareas a desarrollar es el voluntariado con personas mayores. Aprovechar los conocimientos y la experiencia acumulada durante toda una vida, junto con la disponibilidad para enriquecer y ampliar la red de acciones sociales. Esto contribuye a la mayor inclusión sociológica de los mayores. Se cuentan con un potencial que en la sociedad de la producción y la inmediatez se está desperdiciando tratándose de recuperar el principio de acción ligado a la experiencia, al contacto personal, más allá de la inmediatez y con la seguridad de tener muchas cosas que transmitir desde la óptica de haberlas vivido en primera persona.





Cuatro hipótesis sobre el voluntariado

Las cenizas del estado de bienestar

Uno de los núcleos argumentales más extendidos es que el voluntariado ha resucitado de su letargo a costa de desmantelamiento del estado de bienestar, configurando un nuevo neo caritativismo. Las administraciones públicas hace pocos años omnipresentes en la intervención social y único agente legitimado para corregir los efectos perversos del sistema socio-económico parece retirarse de sus obligaciones dando cabida al voluntariado para paliar los efectos del sistema. Todo el boom del voluntariado tendría su explicación en el desmantelamiento de lo público.

Según Sebastián Mora, en la actualidad se va configurando una nueva forma de intervenir en la realidad, la intervención social va más allá de actuaciones técnicas y del incremento cuantitativo, situándose en un nuevo horizonte. Podríamos decir que las necesidades humanas son tan multiformes y amplias que no pueden ser satisfechas a través de un único canal, las agencias formales. Es decir, se abre un espacio de intervención propio que no entra en competencia con los escenarios tradicionales sino que se abre a la complementariedad.

Articulación del Tercer Sector

Este sector nacería en contraposición a los otros dos sectores: el institucional público y el económico. Este sector constituido por multitud de ongs, asociaciones, fundaciones, etc., caracterizados por no tener afán de lucro, encontraría en el voluntariado el factor unificante y articulador.

La acción va poniendo de manifiesto las necesidades de organizarse para acceder con más eficacia, de crecer y articularse.

Regeneración de la participación política

Surgen nuevas formas de participación no exclusivamente basadas en la prestación de servicios de atención y cuidado sino en la recuperación del espíritu de reivindicación de derechos: surgen las campañas de sensibilización, de incidencia política, se utilizan nuevos canales de comunicación como internet, se accede a los medios de comunicación...

No se renuncia en absoluto a la intervención, a la cercanía del contacto cotidiano, sino que se incorpora mayor profundidad a la acción, una fundamentación más consciente y más intencional.

La propuesta de voluntariado no busca paliar los daños ni recuperar un modelo concreto, ni retomar derechos o servicios perdidos. Buscar, generar y expandir globalmente un nivel de dignidad, participación y calidad de vida para todo el mundo en todas partes. La gran potencialidad del voluntariado es la de crear espacios públicos de participación, deliberación y decisión entre ciudadanos preocupados por el bien común.

El voluntariado como movimiento social

El espacio político que el movimiento del voluntariado en cierta manera crea y habita en un espacio de ciudadanía global que trasciende una región concreta, un país específico. El movimiento pone en contacto a personas de muy distinta procedencia, de lugares geográficos distantes, con metodología y estrategias diferentes y porqué no decirlo, a veces contradictorias. El Foro Social de Porto Alegre puede ser la manifesta-



ción concreta y tremendamente visual y simbólica de un espacio de encuentro de una ciudadanía global, pero también las pequeñas reuniones de las asociaciones de barrio, o las coordinadoras de ongs de distintos ámbitos.

Características del voluntariado

1. Tiempo libre

El voluntario dispone de tiempo libre que será el que dedique a la prestación de servicios para la sociedad o para un sector de la misma. Algunos autores especifican que el voluntario debe tener una ocupación principal ajena a su misión social, es decir que tengan un trabajo retribuido que constituya su medio de vida y ejerza el Voluntariado en las horas que éste le deja libre y que otras personas utilizan para estar con su familia o simplemente para distraerse. Pero lo cierto es que tan voluntario es el parado o estudiante y colabora con una asociación como el trabajador que además de cumplir con sus obligaciones dedica parte de su tiempo a tareas sociales.

2. Continuidad

Es necesario que exista una continuidad en la prestación de sus servicios. Es la contraposición a lo esporádico. Así se consigue que la asociación pueda programar sus actividades sabiendo de antemano en qué momento puede contar con su equipo de voluntarios.

3. Ausencia de retribuciones económicas

Hay que entenderla como ausencia de contraprestación de servicios laborales en asociación y voluntario, si bien ello no elimina el que pueda haber unas gratificaciones de diferente índole. Esta característica es fundamental para que el servicio voluntario no se convierta en un mercado alternativo de trabajo dentro de la economía sumergida.

4. Solidaridad

El voluntariado social no puede prescindir de esta cualidad. Sin interesarse por los problemas y necesidades de los demás difícilmente podrá colaborar en la búsqueda y hallazgo de soluciones. Pero además esta solidaridad debe ser militante; el voluntario debe llegar a comprender la raíz del problema como si fuera suyo y promover en el sector de la sociedad donde trabaja la autoayuda de sus miembros. Por último, el voluntario debe ser consciente que para los problemas en los que va a intervenir va a tener a su disposición unos datos personales de los usuarios que son confidenciales y que éstos sólo se pueden utilizar para la ayuda que desde la asociación se va a prestar a este usuario, es decir, mantener, lo que se ha llamado, el secreto profesional.

5. Asociacionismo

Es el medio más adecuado y eficaz para que el voluntario pueda conseguir sus fines.

6. Preparación adecuada

No hay que entenderla como una formación académica, sino como unos cursillos de conocimientos generales del marco y problemas sociales en los que se va a desenvolver el voluntario.



Funciones sociales

1. Descubrir los problemas individuales y colectivos para llegar a los órganos que puedan resolverlos.

2. Sensibilizar a la opinión pública.

Sensibilizar a la opinión pública y a todos aquellos que forman parte de su ambiente, provocando la ruptura de aquellos esquemas mentales desfavorables a los grupos más desfavorecidos.

3. Son la iniciación del Cambio Social.

Son la iniciación del Cambio Social. Tiene tres fases: Vanguardia, en la que innova servicios, estrategias y métodos; Intermedio o de empuje, donde se promueve el Cambio Social; y por último, la de estímulo de valores sociales mediante el ejercicio práctico de la solidaridad, a través de la participación, la comunicación y el pluralismo.

4. Control de la actuación del poder público.

Control de la actuación del poder público. Ejerce de mediador entre los grupos primarios y el Estado, equilibrando el poder soberano de este último por medio de estructuras intermedias que permiten a los ciudadanos organizados defender sus propios intereses y derechos participando en aquellos asuntos que les afectan.

5. Provisión de servicios.

Es a la que más tiempo dedican los voluntarios.

Derechos de los/las voluntarios/as

1. Recibir la información, orientación, apoyo y medios materiales necesarios para el ejercicio de las funciones que les asignen.
2. Ser tratado/a sin discriminación, respetando su libertad, dignidad, intimidad y creencias.
3. Participar activamente en la organización en que se inserten.
4. Ser asegurados/as contra riesgos de accidente y enfermedad.
5. Ser reembolsados por los gastos realizados en el desempeño de sus actividades.
6. Disponer de una acreditación que identifique su condición de voluntario.
7. Realizar sus actividades en las debidas condiciones de seguridad e higiene.
8. Obtener el respeto y reconocimiento por el valor social de su contribución.

Deberes del voluntariado

1. Cumplir los compromisos adquiridos con las asociaciones.
2. Guardar confidencialidad de la información recibida y conocida en el desarrollo de su actividad voluntaria.
3. Rechazar cualquier contraprestación material que pudiera recibir.
4. Respetar los derechos de los beneficiarios de su actividad voluntaria.
5. Actuar de forma diligente y solidaria.



6. Participar en las tareas formativas previstas por la organización.
 7. Seguir las instrucciones adecuadas.
 8. Utilizar debidamente la acreditación y distintivos de la organización.
 9. Respetar y cuidar los recursos materiales que pongan a su disposición las organizaciones.
- Los derechos y deberes del voluntario se encuentran en la Ley 6/1996 de 15 de enero. Título II: Del Voluntariado, Derechos y deberes.

Experiencia de la sección juvenil y de voluntariado de Fundación Rey Ardid

Desde 1996 se han desarrollado actividades que conjugaban la participación de voluntarios con usuarios de recursos de salud mental, favoreciendo la integración social de estos últimos. El necesario esfuerzo de seguir avanzando para estructurar formalmente la coordinación con otros grupos y asociaciones juveniles, en las actividades realizadas desde el grupo, hizo a la sección juvenil y de voluntariado presentar su candidatura durante el pasado: el 21 de septiembre de 1998 fue admitida la propuesta por mayoría absoluta de los miembros de las asociaciones juveniles que allí se encontraban.

El resultado de todos estos años de trabajo es que el programa ha despertado gran interés entre los jóvenes, lo que se ha traducido en un incremento de la demanda de las solicitudes para poder participar como voluntario dentro de la institución y el incremento de las acciones de voluntariado que realiza la Fundación Ramón Rey Ardid.

Además de potenciar entre los jóvenes nuevos valores de generosidad, participación, corresponsabilidad y respeto a la diferencia, el desarrollo de Fundación Ramón Rey Ardid, ha posibilitado la realización de las siguientes actividades:

1. Programa de vacaciones de verano.
2. Programa de ocio y tiempo libre.
3. Programa de formación para la intervención con enfermos mentales.
4. Creación de la sección juvenil de Fundación Ramón Rey Ardid.
5. Creación de un programa de sensibilización hacia la enfermedad mental para alumnos de secundaria.
6. Programa Europeo "Juventud con Europa" en varias vías: iniciativas juveniles para potenciar la presencia social del grupo de participantes en el voluntariado; los intercambios juveniles con acciones en Portugal, Finlandia y Rumanía; El SVE (Servicio Voluntariado Europeo) con participación temporal de voluntarios desde Chipre, Italia, Alemania,...
7. Participación activa dentro de la Coordinadora Aragonesa de Voluntariado y el Consejo de Juventud de Zaragoza.
8. Jornadas de Puertas Abiertas.

Programa de
Voluntariado

