



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Diseño de un programa de envejecimiento activo
en el medio rural: modelo de intervención
terapéutica mediante la psicomotricidad y la
estimulación cognitiva

Design of an active ageing programme in rural
areas: therapeutic intervention model through
psychomotoricity and cognitive stimulation

Autor/es
Laura Cortés Hualde

Director/es

Estela Calatayud Sanz

UNIZAR / Facultad de Ciencias de la Salud
2022





ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS	4
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
1. INTRODUCCIÓN	7
1.1. ENVEJECIMIENTO. ENVEJECIMIENTO ACTIVO	7
1.2. ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN EL MEDIO RURAL	9
1.3. IMPACTO POST PANDEMIA DEL COVID EN LA TERCERA EDAD	10
1.4. INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS	11
1.5. MODELOS DE TERAPIA OCUPACIONAL	12
2. JUSTIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN/PROGRAMA REALIZADO	15
3. OBJETIVOS	15
4. METODOLOGÍA	16
4.1. PARTICIPANTES	16
4.2. VALORACION DE LOS USUARIOS (ANEXOS VALORACIONES)	17
4.3. PLANTEAMIENTO DEL PROGRAMA	20
4.4. SESIONES DEL MODELO DE INTERVENCIÓN	21
4.5. CRONOGRAMA DE LA INTERVENCIÓN	22
5. RECURSOS	23
6. EVALUACIÓN DE PROGRAMAS (RESULTADOS)	25
7. APLICACIONES PRÁCTICAS DEL PROGRAMA	27
8. CONCLUSIONES	28
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
ANEXOS VALORACIONES	38
ANEXOS PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	53
SESIONES DE INTERVENCIÓN DETALLADAS	54



ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

<i>Figura 1. Envejecimiento activo</i>	8
<i>Tabla 1. Niveles del modelo cognitivo de Allen</i>	13
<i>Tabla 2. Componentes del Modelo de Ocupación Humana (MOHO).....</i>	14
<i>Tabla 3. Test/Escalas de valoración utilizadas.....</i>	17
<i>Tabla 4. Sesión tipo.....</i>	20
<i>Tabla 5. Destrezas de ejecución.....</i>	21
<i>Tabla 6. Cronograma de la intervención</i>	22
<i>Tabla 7. Indicadores de resultados</i>	25
<i>Tabla 8. Sesión 1</i>	54
<i>Tabla 9. Sesión 2</i>	55
<i>Tabla 10. Sesión 3</i>	56
<i>Tabla 11. Sesión 4</i>	57
<i>Tabla 12. Sesión 5</i>	58
<i>Tabla 13. Sesión 6</i>	59
<i>Tabla 14. Sesión 7</i>	60
<i>Tabla 15. Sesión 8</i>	61



RESUMEN

Mi trabajo de fin de grado consistirá en realizar un modelo de intervención desde terapia ocupacional en el mundo rural para personas mayores de 65 años, con el objetivo de comprobar si el ejercicio físico y la estimulación cognitiva contribuyen a tener un envejecimiento activo y a la prevención de demencias y deterioro cognitivo.

Además se hablará del impacto que ha tenido el COVID-19 en este rango de edad con el objetivo de volver a retomar las actividades que se realizaban antes de la pandemia y que durante ella se tuvieron que paralizar, lo que tuvo un impacto negativo a nivel físico y emocional de las personas.

Debido a que es un modelo de intervención que no se ha llevado a cabo, se utilizarían escalas de evaluación de tipo cognitivo y funcional al iniciar y terminar la intervención. Se establecen unos indicadores de resultados para estudiar los datos que se obtendrían en las valoraciones y así comprobar la eficacia del modelo.

Palabras clave: *envejecimiento activo, estimulación cognitiva, psicomotricidad, ámbito rural, COVID-19.*



ABSTRACT

My final degree project will consist of developing a model of intervention from occupational therapy in the rural world for people over 65, with the aim of testing whether physical exercise and cognitive stimulation contribute to active ageing and the prevention of dementia and cognitive impairment.

The impact that COVID-19 has had on this age range will also be discussed, with the aim of resuming the activities that were carried out before the pandemic and that had to be stopped during it, which had a negative impact on the physical and emotional level of the people.

Since it is an intervention model that has not yet been implemented, cognitive and functional assessment scales would be used at the beginning and end of the intervention. Outcome indicators are established to study the data that would be obtained in the assessments and thus check the effectiveness of the model.

Key Words: *active ageing, cognitive stimulation, psychomotricity, rural area, COVID-19.*



1. INTRODUCCIÓN

1.1. ENVEJECIMIENTO. ENVEJECIMIENTO ACTIVO

La población europea y más concretamente la española, envejece rápidamente debido al aumento de la esperanza de vida y a la baja tasa de natalidad. La vejez se determina por criterios cronológicos y aspectos como la funcionalidad física o psíquica de la persona mayor. Los responsables políticos han de tener muy en cuenta este hecho a la hora de diseñar políticas para personas de edad avanzada (1).

El envejecimiento conlleva una serie de cambios cognitivos y funcionales que se van produciendo lenta y gradualmente. Así, se produce una disminución en las funciones cognitivas como el pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas. Mantener la salud cognitiva y prevenir el deterioro cognitivo y las demencias es una prioridad para la salud pública (2). Pero tan importante es la salud cognitiva como física, la cual permite al adulto mayor una funcionalidad durante mayor tiempo. La influencia del movimiento corporal sobre la capacidad cognitiva suma cada vez más evidencias, las cuales muestran la influencia del ejercicio físico sobre el funcionamiento psicológico de las personas (3).

El verdadero reto del envejecimiento es lograr una auténtica calidad de vida de las personas mayores que les permita mantener la actividad y la independencia con el fin de vivir y disfrutar esa prolongación de la vida. Según datos oficiales, hasta un 80% de las personas con setenta años mantiene una forma física y mental aceptable que les permite llevar su vida diaria con plena normalidad (4).

El envejecimiento activo se define como "el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen". Más concretamente, la organización mundial de la salud (OMS) lo define como: "el proceso que permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona: protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia" (5).

Aunque este término se acuño en los años 90, es a partir de los años 60 cuando surge la idea de que para envejecer óptimamente hay que llevar a cabo pautas de actividad, incidiendo en la edad adulta. Fue entonces cuando se inicia un largo proceso para forjar el significado de activo, por lo que este concepto de Envejecimiento Activo se ha ido fraguando a lo largo de las últimas décadas (1).



Figura 1. Envejecimiento activo (5)

El término “activo” no solo significa estar físicamente activo. El envejecimiento activo se fundamenta en tres pilares: salud, participación y seguridad. La OMS decide centrarse en la participación, la cual implica: proporcionar oportunidades de educación y aprendizaje durante el ciclo vital, reconocer y permitir la participación activa de las personas mayores en las actividades de desarrollo económico, el trabajo formal e informal y las actividades de voluntariado de acuerdo con sus necesidades, preferencias y capacidades individuales y, alentar a las personas a participar plenamente en la vida de la comunidad familiar a medida que envejecen. Que tengan oportunidades de educación y aprendizaje constituye la primera medida para impulsar su participación activa en la sociedad y procurarles un mejor envejecimiento (1).

Estudios confirman que la participación temprana en programas de ejercicio físico disminuye los síntomas de depresión y ansiedad, mejora la calidad de



vida y, proporciona beneficios en el envejecimiento y en el rendimiento cognitivo de personas con demencia o deterioro cognitivo ya establecido. Se obtienen mejores resultados cuando el ejercicio es más intenso, lo cual produce cambios en la estructura fisiológica cognitiva. Así, se favorecen aspectos relacionados con la plasticidad neuronal y cambios estructurales del sistema nervioso central (SNC), dando lugar a una mejora de la memoria y funciones ejecutivas (6).

1.2. ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN EL MEDIO RURAL

La población del mundo rural es en su mayoría población envejecida. En 2050 se estima que casi un tercio de la población española superará los 65 años, concentrándose el nivel de envejecimiento más alto en municipios pequeños y dispersos. Para favorezcan el proceso de envejecimiento activo en el medio rural es necesario que se garanticen la autonomía, la calidad de vida, la participación, el autodesarrollo, la independencia, la dignidad y la igualdad de oportunidades (7).

El envejecimiento activo en el mundo rural es positivo considerando que las relaciones sociales suelen ser más satisfactorias que en la ciudad. Por otro lado, la esperanza de vida es más alta, las mujeres suelen participar más y se generan unas redes de amistad confortables. La inseguridad, en general, afecta menos que en los núcleos urbanos y existen menos barreras arquitectónicas, aunque las viviendas están poco equipadas para la diversidad funcional. El tiempo se vive de forma circular, sin urgencia, pero también tienen debilidades que disminuyen la posibilidad de vivir según los propios deseos. El número de personas que viven solas en el pueblo es mucho menor que en las ciudades, la percepción de buena salud es mayor en el medio rural y las personas mayores se sienten más seguras en entornos rurales que urbanos. La igualdad no es posible si no hay logística que la sostenga (8).

Favorecer el envejecimiento activo en el mundo rural reducirá la despoblación, la dispersión, el envejecimiento y el sobreenvejecimiento. Dotar a las poblaciones pequeñas de materiales y servicios para poder llevar a cabo programas que contribuyan al envejecimiento activo, alargará la vida de estos territorios disminuyendo la despoblación y dispersión de redes



familiares por la emigración debido a no poder disfrutar de ayudas profesionales en poblaciones pequeñas (7).

La población rural ha mejorado sensiblemente en cobertura económica, equipamientos, saneamientos, transporte, y, en general, en todo tipo de servicios que aumentan la calidad de vida de quienes residen en ellos y, en mayor o menor medida, responden a demandas de los mayores que envejecen en ese medio. Se prestan servicios de teleasistencia, atención domiciliaria, servicio de cuidados personales, servicio de acompañamiento, servicio de transporte accesible, servicio de residencia permanentes o temporales, servicios especializados de centros de día, hogares y centros ocupacionales, asociaciones, grupos de estimulación cognitiva, psicomotricidad y servicios de ayudas técnicas o de carácter social (9).

Sigue habiendo dificultades para acceder a los servicios en las zonas rurales ya que los lugares donde viven las personas y los medios de transportes existentes no faciliten el acceso, o porque las personas se encuentren en una situación de dependencia funcional y no existan transportes accesibles. Por esta razón, el acercamiento de servicios puede ser realizado desde dos alternativas: bien llevando el servicio a los domicilios o poblaciones rurales, o bien acercando a las personas a los lugares en que los servicios se dispensan (10).

1.3. IMPACTO POST PANDEMIA DEL COVID EN LA TERCERA EDAD

La etapa post COVID deja a su paso trastornos del orden físico, psicológico y cognitivo, entre otros. Un largo tiempo de encierro para mantener el necesario distanciamiento social y evitar el contagio trajo consigo la inactividad a este grupo etario por ser el más vulnerable al virus. Los programas orientados a la actividad física en nuestro país que atiende de forma directa a las personas mayores debe tener en cuenta que tanto tiempo de inactividad deja en los ancianos una afectación considerable sobre la movilidad funcional, siendo esta esencial para sus actividades dentro de su hogar y fuera de este. Ganar autonomía y poder desplazarse de forma segura para evitar accidentes indeseables es una garantía para ellos y para sus familiares (11).



El miedo y el estrés causados por la situación provocada por el COVID daban lugar a nerviosismo y agitación. Las personas se encuentran en alerta constante y su sistema inmune se debilita, lo cual aumenta la predisposición a padecer problemas de salud mental. Entre ellos destacan la depresión, la ansiedad y problemas de mala calidad del sueño, entre otros. Incluso algunas investigaciones han afirmado que especialmente las personas de la tercera edad han sufrido reacciones propias de estrés post-traumático. Pero no solo se queda aquí, si no que tienen mayor riesgo de morir prematuramente según estudios psicológicos (12).

La pandemia del COVID-19 también tuvo un gran impacto a nivel cognitivo. Un gran porcentaje de personas que demandaron servicios médicos, fueron por alteraciones cognitivas ya que se dejaron de realizar actividades de estimulación cognitiva, talleres, terapias grupales, voluntariados o asociaciones. Las habilidades más afectadas fueron la memoria, la atención, la orientación temporal y la habilidad viso-constructiva. Esa falta de actividades grupales, afectaron las dinámicas de interacción social. Las personas debían permanecer en sus casas, lo cual suponía no tener relaciones sociales, lo que significaba perder habilidades sociales y alejarse de familiares y amistades (13).

El COVID-19 tuvo doble impacto. Afectó de forma negativa a las habilidades (físicas, psicológicas, cognitivas y sociales) de las personas (14). De manera positiva, se ha combatido la despoblación rural. El despoblamiento es un problema grave que sufren los municipios rurales, pero la aparición de la pandemia provocó la vuelta de habitantes de zonas urbanas a zonas rurales por la mayor seguridad de estas zonas (15).

1.4. INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

La terapia ocupacional ofrece interesantes posibilidades a la hora de fomentar el envejecimiento. Es definida como: "*el uso terapéutico de las actividades de autocuidado, trabajo y juego para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de las tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida*". Esta profesión interviene tanto a nivel físico como psicológico en las personas, y tiene mucha importancia en



la última etapa de la vida de las personas. Trabajar la psicomotricidad y la estimulación cognitiva provoca un retardo en la aparición de demencias, y si la demencia ya está presente, se ralentiza su avance (16).

Las estrategias terapéuticas que existen en este rango de edad son variadas. Los programas de estimulación cognitiva tienen muchos beneficios. El principal objetivo es estimular, mantener y mejorar las capacidades mentales como la memoria, atención, razonamiento, etc., obteniendo una mejoría de las habilidades funcionales de los pacientes en las tareas cotidianas. Se realizan tareas que requieren esfuerzo y actividad intelectual, con un nivel de dificultad de la tarea adaptado a las capacidades y progresos del paciente (17).

Los programas multi-componentes, cuentan con la aplicación de la estimulación cognitiva unida a otros tipos de estrategias terapéuticas, los cuales tienen mayor beneficio. La unión de programas cognitivos a ejercicios físicos, una buena dieta, dinámicas grupales, TIC o musicoterapia, entre otras, sumarán objetivos y mejoras para favorecer el envejecimiento activo tanto a nivel físico como cognitivo (17-27).

1.5. MODELOS DE TERAPIA OCUPACIONAL

En la práctica de la terapia ocupacional existen diversos modelos que tratan de explicar su aplicación desde distintas perspectivas, cubriendo así las necesidades cotidianas de la población. Este modelo de intervención se encuadra en el modelo psicomotriz, cognitivo y como principal, el modelo de ocupación humana (MOHO) de Kielhofner.

➤ Modelo psicomotriz

El objetivo general de este modelo es optimizar la independencia funcional y la calidad de vida del usuario, trabajando aspectos como: la conciencia corporal, el equilibrio, la lateralidad, la coordinación, la relajación, la memoria, la respiración, la atención, la expresión y comunicación y la socialización. El uso de la psicomotricidad como técnica terapéutica, rehabilitadora o preventiva (entre otras), permite diferentes niveles de intervención, pudiendo adaptar el desarrollo de la sesión a las características y necesidades de las personas con las que se trabaja según sus capacidades



y/o grados de deterioro cognitivo/funcional, obteniendo a través del movimiento y el trabajo corporal una mejora en su calidad de vida (28).

➤ Modelo cognitivo ALLEN

La finalidad de este modelo es poder identificar la capacidad intelectual remanente de la persona para luego proporcionar una estrategia de intervención, como base para la adaptación a su discapacidad y así estimular que la persona realice sus actividades con éxito (29). (*TABLA 1*)

Tabla 1. Niveles del modelo cognitivo de Allen

NIVELES	DESCRIPCIÓN/ESTADO COGNITIVO
0. Coma	Estado de inconsciencia prolongado sin respuesta a los estímulos.
1. Acciones automáticas	Respuesta a los estímulos iniciados por algún otro; reacciones invariables a estímulo.
2. Acciones posturales	Movimientos corporales gruesos, auto-iniciados, que mueven a todo el cuerpo en un espacio.
3. Acciones manuales	Utilización de las manos y en ocasiones otras partes del cuerpo para manipular objetos.
4. Aprendizaje dirigido a los objetivos	Serie de pasos que corresponden a un ejemplo o estándar de un producto terminado.
5. Aprendizaje independiente	Descubrimiento del modo en que los cambios en el control neuromuscular producen efectos diferentes sobre los objetos.
6. Actividades planificadas	Efecto estimado de las acciones sobre los objetos que está presentes: anticipación de los efectos secundarios.

Estos niveles están íntimamente relacionados con los estados de la conciencia (29).

Las facultades mentales o procesos cognitivos se pueden dividir en elementales y complejas. Las elementales hacen referencia a la percepción, atención, memoria, lenguaje, etc., mientras que las complejas son la seriación, clasificación, identificación de metas, etcétera (30).



➤ Modelo de ocupación humana (MOHO)

Este modelo parte de un marco conceptual de práctica que trata de identificar los aspectos interrelacionados de los cuales emerge y a partir de los que se mantiene la ocupación humana. Considera a los seres humanos como sistemas abiertos y dinámicos, que analizan los estímulos procedentes del entorno (físicos, sociales y culturales), elaboran la información recibida y a partir de ello organizan su conducta ocupacional. Está compuesto por 4 componentes o subsistemas internos (31). (*TABLA 2*)

Tabla 2. Componentes del Modelo de Ocupación Humana (MOHO)

COMPONENTE	DESCRIPCIÓN
VOLICIÓN	Patrón de pensamientos y sentimientos acerca del propio ser como actor en el mundo.
HABITUACIÓN	La mayoría de nuestras acciones pertenece a un esquema de vida. La habituación consta de la organización de nuestros hábitos, roles tareas, y actividades, en combinación, permiten una mayor adaptación, pues facilita que las personas identifiquen una situación, ahorren energía y se comporten «automáticamente» según las expectativas, contribuyendo a la reafirmación de una determinada identidad al participar.
AMBIENTE	La ocupación es dinámica y dependiente del contexto, las personas construyen quiénes son mediante lo que ellas hacen. Esta dependencia del ambiente se denomina “impacto ambiental”.
CAPACIDAD DE DESEMPEÑO	La capacidad de desempeño es la capacidad para realizar actividades, proporcionada por el estado de los dos componentes subyacentes objetivos físicos y mentales y la experiencia subjetiva correspondiente.



2. JUSTIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN/PROGRAMA REALIZADO

Es necesario prestar atención a las necesidades de la población mayor de 65 años, ya que el principal problema de este grupo de edad es el deterioro de las funciones motoras (fuerza, equilibrio, agilidad y flexibilidad) y cognitivas que proporcionan autonomía para desenvolverse en las actividades de la vida diaria. El ejercicio físico se ha mostrado como un agente modulador (estimulante) de estas funciones, de manera que una vida físicamente activa retrasa los problemas asociados al envejecimiento. Pero, no todas intervenciones tienen el mismo efecto sobre las funciones motoras y cognitivas en este grupo de personas. En su mayoría, todos los programas tienen un enfoque lúdico recreativo que en muchos casos no mejora la condición física y/o cognitiva de la persona, pero influyen sobre el comportamiento del mayor. Sería deseable encontrar programas de intervención que incidan en estas funciones para disminuir la dependencia y aumentar la calidad de vida de esta población (3).

Este modelo de intervención pretende comprobar cuando se lleve a cabo, la influencia de un programa de ejercicios funcionales sobre la condición física y el procesamiento cognitivo en mayores activos de más de 65 años para favorecer el envejecimiento activo.

3. OBJETIVOS

- General
 - *Analizar si el ejercicio físico y la estimulación cognitiva contribuyen a tener un envejecimiento activo y a prevenir el deterioro cognitivo.*
- Específicos
 - *Potenciar la parte funcional mediante el ejercicio físico.*
 - *Mejorar el nivel cognitivo mediante la estimulación cognitiva.*
 - *Mejorar el estado anímico disminuyendo los estados ansiosodepresivos mediante la realización de talleres grupales.*
 - *Retomar las actividades en la tercera edad tras consecuencias del COVID.*



4. METODOLOGÍA

4.1. PARTICIPANTES

Los criterios de inclusión/exclusiones que deberán cumplir los participantes o población diana a la que va dirigida el programa:

- Tener mínimo 65 años
- Personas apuntadas en una asociación
- Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC) mínimo 28 (32).
- Test Yesavage máximo 12 puntos
- Se solicitará a las personas antes de comenzar el programa un informe médico que haga referencia a las patologías asociadas a la persona para decidir si puede participar o no
- Personas sanas aceptando las limitaciones propias de la edad.
 - o Sin deterioro cognitivo o muy leve.
 - o Independiente indispensablemente en algunas AVD:
 - Barthel (ABVD): deposiciones, micción, usar el retrete, trasladarse, deambular y subir y bajar escalones.
 - Lawton y Brody (AIVD): no importaría que fuera dependiente en estos aspectos.
 - o Que tengan movilidad.
- El número máximo de usuarios por sesión será de 20, para poder asegurar un tratamiento personalizado y adaptado a las necesidades de cada persona.

Este modelo de intervención va dirigido a la población del medio rural, ya que gran parte de ella es mayor y por distintas situaciones no puede desplazarse a una ciudad y por lo tanto no gozan de servicios profesionales como la terapia ocupacional. Pero, también puede ser adaptado a otros lugares si al lector le interesa. Mi objetivo es dar ese derecho al mundo rural, el cual, si no se cuida, irá en decadencia.

Se establecerán unas normas que serán de necesario cumplimiento. Estas normas serán establecidas antes de comenzar el programa, aunque podrán ser modificadas durante y tras la realización del programa.



- La asistencia a las sesiones del programa de psicomotricidad es obligatoria, por lo que los usuarios que fallen a más del 25% de las sesiones quedará automáticamente fuera del programa.
- Si el usuario sufre algún tipo de accidente por el cual se vea afectada su movilidad y le resulte imposible la realización de las actividades programadas, también quedará fuera del grupo de intervención.
- Cuando el usuario desarrolle de forma repentina una enfermedad que le impida la realización de ejercicio físico.
- Cuidar en todo momento la salud de los integrantes.
- Respetar a los compañeros

4.2. VALORACION DE LOS USUARIOS (ANEXOS VALORACIONES)

Se realizará una valoración inicial con los pacientes de manera individual antes de iniciar el programar. Esta valoración consistirá en pasar varias escalas. (TABLA 3)

Tabla 3. Test/Escalas de valoración utilizadas

ESCALAS	DESCRIPCIÓN	SENSIBILIDAD/ESPECIFICIDAD
Test de ansiedad y depresión de Goldberg (33)	Detecta posibles casos de depresión, de ansiedad o alguna alteración psicológica. Es un sensor para alertar de "que algo sucede en el estado mental de esa persona". Consta de dos sub-escalas, una de ansiedad y otra de depresión. Puntos de corte: ≥ 4 para la escala de ansiedad, y ≥ 2 para la de depresión.	Sensibilidad del 83% y especificidad del 82%
Mini examen Cognoscitivo de Lobo (MEC) (34)	Detectar una posible demencia en cribados sistemáticos de pacientes geriátricos y seguir la evolución de la misma. Puntuación máxima es 35, y por debajo de 23, se considera que existe algún tipo de deterioro. Evalúa: orientación temporal, orientación	Sensibilidad es del 85-90% y especificidad del 69%.



(MEC)	espacial, memoria de fijación, atención, cálculo, memoria a corto plazo, lenguaje y praxis.	
Set test de Isaacs (35)	Test que evalúa la fluidez verbal semántica en cuatro categorías semánticas (colores, ciudades, animales y frutas). El resultado normal para adultos es de 29 o más aciertos, y de 27 o más si se trata de ancianos.	Sensibilidad del 79 % y especificidad del 82 %
Escala de depresión geriátrica de Yesavage 15 preguntas (36)	Cuantifica síntomas depresivos en adultos mayores. Se asigna un punto por cada respuesta que coincide con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora como sigue: <ul style="list-style-type: none">- 0-10: Normal.- 11-14: Depresión- >14: Depresión	Sensibilidad del 84% y especificidad del 95% (11-14) Sensibilidad del 80% y especificidad del 100% (>14)
Índice de Barthel 49 (37)	Es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades. Puntuación: <ul style="list-style-type: none">- 100: independiente- Menor o igual que 60: dependencia (leve, moderada, grave o total)	Sensibilidad del 84%, y especificidad del 95%



Escala de Lawton y Brody (37)	Escala que evalúa el grado de independencia para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. (0 máxima dependencia, 8 independencia total)	Tiene un coeficiente de reproductividad inter e intraobservador alto (0'94). Es sensible pero poco específica.
Cuestionario de Salud SF-36 (38-40)	Cuestionario que valora la calidad de vida relacionada con la salud a través de 8 dominios: funcionalidad física, desempeño físico, dolor corporal, desempeño emocional, salud mental, vitalidad, salud general y funcionamiento social, evalúa las dimensiones tanto del componente mental como físico de la persona (0-100).	Un alfa de Cronbach de 0'85 de consistencia interna. Coeficiente kappa de 0'8
Escala EVA (41,42)	Permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores.	Sensibilidad de 60% y especificidad del 74%.
Cuestionario de satisfacción	Cuestionario con preguntas sobre la satisfacción con la realización del programa y con retomar actividades grupales tras el COVID-19.	-
Entrevista estructurada 48	Preguntas en las que se obtienen datos personales así como gustos e intereses.	-

Pasar dichas valoraciones podría llevarnos una hora por persona. Por esta razón, y teniendo en cuenta el número de participantes, se empezarán a pasar días antes del comienzo de la intervención.



Al acabar el programa, se realizará una valoración final para comparar los resultados y comprobar la eficacia del modelo. Se volverán a pasar los cuestionarios/escalas. La entrevista estructurada solo se pasará al principio para la obtención de datos y el cuestionario de satisfacción sólo al final.

4.3. PLANTEAMIENTO DEL PROGRAMA

SESIÓN TIPO

La intervención consiste en realizar 8 sesiones grupales durante dos meses. Una sesión de máximo 90 minutos cada semana (43). (*TABLA 4*)

Tabla 4. Sesión tipo

PARTE SESIÓN	EJERCICIOS	DURACIÓN (Total 90 min)
TÉCNICAS DE REMINISCENCIA Y ORIENTACIÓN A LA REALIDAD	Explicar los beneficios de la actividad física y las finalidades de la sesión. Se trabaja la orientación espacial y temporal y orientación a la realidad.	15'
EJERCICIOS DE COGNICIÓN	Actividades para promover las funciones cognitivas: gnosis, praxis, atención, orientación, percepción, memoria, lenguaje, razonamiento, programación, cálculo.	30'
EJERCICIO FÍSICO	Calentamiento: Movimientos suaves y rotatorios de todas las articulaciones. Esto nos ayudará a evitar lesiones musculares o articulares. (<i>ANEXO PLANTEAMIENTO DEL PROGRAMA</i>) Ejercicios: <ul style="list-style-type: none">- Actividad aeróbica y movilidad articular- Velocidad gestual y de reacción ante un estímulo auditivo y/o visual- Equilibrio dinámico y estático- Ejercicios funcionales para todo el cuerpo	35'



VUELTA A LA CALMA	Ejercicios variados de estiramientos y relajación con música tranquila y suave. Breve reflexión sobre las sensaciones experimentadas, las dificultades, lo aprendido y el beneficio que nos ha proporcionado la sesión.	10'
-------------------	---	-----

4.4. SESIONES DEL MODELO DE INTERVENCIÓN

En cada sesión se trabajarán distintas destrezas de ejecución (*TABLA 5*), siendo definidas, según el Marco de trabajo de la práctica de la terapia ocupacional, como habilidades que demuestran los usuarios en las acciones que llevan a cabo (44).

Tabla 5. Destrezas de ejecución	
Destrezas motoras y praxis	Planificar, secuenciar y ejecutar movimientos nuevos y novedosos. Praxis: Habilidad para realizar actos motores en secuencia como parte de un plan completo en lugar de actos individuales
Destrezas sensoriales-perceptuales	Acciones o comportamientos que utiliza la persona para localizar, identificar y responder a sensaciones
Destrezas de regulación emocional	Acciones o comportamientos que utiliza un cliente para identificar, manejar y expresar sus sentimientos mientras participa en actividades o interacciona con otros
Destrezas cognitivas	Acciones o comportamientos que utiliza una persona para planificar y gestionar el desempeño de una actividad
Destrezas de comunicación y sociales	Acciones o comportamientos que utiliza la persona para comunicarse e interaccionar con otros en un ambiente interactivo

Todos los días, en las actividades de cognición escribirán su nombre, apellidos y fecha completa en la hoja.

Sesiones de intervención detalladas en ANEXOS del programa de intervención.



4.5. CRONOGRAMA DE LA INTERVENCIÓN

Meses		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
Actividades	Meses	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
Contactar con la asociación (consentimientos, autorizaciones, documento de confidencialidad...)						
Concretar las personas que van a participar en la intervención						
Valoración inicial						
Intervención						
Valoracion final						
Análisis de resultados						



5. RECURSOS

Con respecto al lugar, la puesta en marcha de este programa se llevará a cabo en un centro diseñado para poder realizar este tipo de actividades. La sala debe ser amplia para poder llevar a cabo las actividades tanto físicas como cognitivas. Tiene que reunir varias características:

- Que sea una sala amplia para que los usuarios se puedan mover cómodamente en ella.
- Que tenga una temperatura adecuada durante la realización de los ejercicios. Es importante que no tengan un calor excesivo, pero, que cuando estén parados no tengan frío.
- Ventilación en la sala.
- Suelo antideslizante y sin obstáculos o escalones.
- Es importante que la sala sea simple y que no tenga objetos que puedan llevar a distracciones de los participantes.
- Puede contener espejo, lo cual es importante para trabajar el reconocimiento de propio cuerpo (somatognosia).

Conseguir un tipo de sala como esta puede conllevar gastos para reservarla, pero se puede conseguir por convenios, ayuntamiento o el dueño de la asociación te presta el lugar.

Con respecto al material que se utiliza, debe ser adecuado en función de las actividades que vayan a realizarse cada día, y se deben introducir de manera gradual. Es posible encontrar en los participantes que no hayan realizado nunca este tipo de actividades, la necesidad de introducir diferentes objetos con el fin de que se conviertan en objetos mediadores o canalizadores, facilitando la relación individuo-objeto-terapeuta. Es importante tener en cuenta las dificultades o limitaciones que pueda tener cada uno de los integrantes, ya que habría que adaptar el material o la actividad para que pueda desarrollar la sesión sin ningún tipo de problema. Además, es recomendable utilizar al menos un elemento material en cada sesión, ya que hace los ejercicios más divertidos, estimulando a los participantes y facilitando la relación con el medio físico y social (45).

Sería deseable contar con:



- Sillas firmes que tengan patas rectas, asiento llano y respaldo recto para mantener una postura correcta.
- El material que según las actividades se vaya a utilizar: pelotas de diferentes tamaños y composición, aros de distintos tamaños y peso, cuerdas, etc.
- Aparato de música, con el cual se puedan reproducir canciones en actividades que puedan incluirla con el fin de modificar el estado de ánimo o aumentar y disminuir la activación de los usuarios.

Los recursos donde puedan llevarse a cabo este tipo de programas se detallan en el apartado de aplicaciones prácticas del programa.



6. EVALUACIÓN DE PROGRAMAS (RESULTADOS)

Cuando el modelo de intervención haya sido realizado, se realizará una valoración final a los usuarios, la cual se comparará con la valoración inicial para comprobar la efectividad del programa.

Indicadores de resultados

Para saber si hemos obtenido resultados, se van a marcar unos límites en los resultados de las valoraciones:

Tabla 7. Indicadores de resultados		
Nivel cognitivo	MEC	50% → mejoran 1 punto o mas 50% → se mantengan
ABVD/AIVD:	Barthel	Mejoran 10 puntos
	Lawton y Brody	Hombres el 50% se mantengan y/o mejoren 1 punto Las mujeres el 70% se mantengan y/o mejoren 1 punto.
Fluencia verbal:	Set test Isaac	El 70% mejorar 2 o más puntos.
Estado de ánimo (depresión, ansiedad):	Yesavage	Disminuyan 1 o más puntos el 50% o más.
	Goldberg	Disminuyan 1 punto el 50%
A nivel de Salud	Cuestionario SF-36	Al menos el 50% tenga una graduación positiva en al menos 3 de los aspectos (funcionalidad física, desempeño físico, dolor corporal, desempeño emocional, salud mental, vitalidad, salud general y funcionamiento social)
De participación	Tasa de adherencia al tratamiento	Podremos observarla de manera directa, mediante la cual vemos de manera presencial el nivel de participación de las personas cada día en las sesiones, y la indirecta, mediante cuestionarios y evaluaciones de respuesta de



		usuario. Mínimo un 90% de las personas deben estar presentes en cada sesión.
Opinión personal sobre las sesiones/ programa:	Escala EVA	Mínimo el 75% de los participantes se mantienen o aumentan más de 6 (sobre 10)
	Cuestionario de satisfacción (Impacto COVID-19)	Mínimo el 70% opinan que deben retomarse actividades como estas que dejaron de realizarse por el COVID-19.

Si se cumplen los requisitos necesarios indicados anteriormente para poder decir que el programa es efectivo y beneficioso, se estarán cumpliendo al mismo tiempo los objetivos, ya que se conseguirán mejoras en todos los aspectos del programa a nivel cognitivo y físico.



7. APPLICACIONES PRÁCTICAS DEL PROGRAMA

El modelo de intervención podría llevarse a cabo en distintos recursos presentes en el ámbito rural como servicios de residencia permanentes o temporales, servicios especializados de centros de día, centros ocupacionales, asociaciones de tercera edad y de mujer (grupos de estimulación cognitiva y con grupos de psicomotricidad). Existe la necesidad de poner en práctica este tipo de modelos en los recursos nombrados anteriormente para la preservación de las funciones cognitivas de las personas mayores y al mismo tiempo para dar lugar a un ahorro del coste socio-sanitario. Los autores de estos artículos mostraron que una persona con un estado cognitivo normal conlleva un gasto del 16% menos que una persona con deterioro cognitivo leve. Mantener o aumentar el MEC supone evitar un gasto de 20'4 euros mensuales por persona. Además, son programas de bajo coste que requieren materiales fáciles de conseguir (46,47).



8. CONCLUSIONES

Si se cumplen los indicadores de resultados, se confirmaría que el programa es efectivo y que por tanto se conseguiría:

- Prevenir el deterioro cognitivo leve y las demencias
- Un aumento en la calidad de vida de las personas que supone una mejora a nivel funcional, psíquico y social
- El terapeuta ocupacional tiene perfil adecuado para realizar este tipo de terapias no farmacológicas de bajo coste

Creo que en consecuencia de todo lo detallado a lo largo de este programa, es necesario no privar a las personas mayores del ámbito rural de servicios como el que podría prestar la terapia ocupacional en este caso. "Llevar" servicios como este a los pueblos supondría un aumento en la esperanza de vida de los mismos. En el ámbito urbano es más fácil acceder a estos servicios, ya que en los pueblos se dan de forma escasa y este rango de edad tendría que desplazarse en transporte, lo cual a esta edad podría ser complicado, o tendrían que depender de alguien. Además, con este tipo de programas se favorece el envejecimiento activo, lo cual es de vital importancia para los mayores de ahora y para los que en un futuro también nos gustaría quedarnos en los pueblos a vivir nuestra última etapa teniendo una buena calidad de vida. Dedicar parte de nuestro tiempo a los que en su día cuidaron de nosotros mismos es preservar, cuidar y proteger al ser humano. Los pueblos podrán olvidarse para muchos, pero los que hemos crecido en ellos y los que viven actualmente, sabemos lo que es convivir en familia y ayudarnos unos a otros, por eso, daremos todo de nosotros mismos para no contárselo a las próximas generaciones como algo que existió. Dotar de servicios al ámbito rural, crear puestos de trabajo, fomentar el envejecimiento activo y atraer a gente nueva, dará lugar a algo de lo que no podremos arrepentirnos: **VIDA.**

Me gustaría agradecer el apoyo que me han dado para realizar este trabajo de fin de grado a mi familia, amigos/as, entrenador, tutora y asociaciones y servicios en la comarca de las cinco villas.



Debido a que no he podido llevar a cabo el modelo de intervención, se deja en líneas de investigación futuras el continuo desarrollo de este programa, así como de llevarlo a cabo.



9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alonso Seco JM. Envejecimiento activo: contrastes y paradojas. Panorama Social [Internet] 2010 [Consultado el 12 de marzo de 2022]; 11: 59-75. Disponible en: https://www.funcas.es/wp-content/uploads/Migracion/Articulos/FUNCAS_PS/011art05.pdf
2. Saavedra C. Envejecimiento y demencias. Revista de estadística y sociedad [Internet] 2011 [Consultado el 17 de marzo de 2022]; 49: 25-25. Disponible en: <http://www.revistaindice.com/numero49/p24.pdf>
3. Ponce Bravo, H L. Influencia de un programa de actividad física sobre los procesos cognitivos de las personas mayores de 60 años [Internet]. Universidad de Granada; 2015. [Consultado el día 30 de abril de 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=56209>
4. Giró Miranda J. El envejecimiento activo en la sociedad española [Internet]. Universidad de la Rioja; 2006 [Consultado el 12 de Marzo de 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2756873>
5. Limón Mendizabal Mª R. Envejecimiento activo. Revista Crítica [Internet]. 2015 [Consultado el 12 de marzo de 2022]; 998: 22-27. Disponible en: <https://www.revista-critica.es/2015/09/10/el-envejecimiento-activo/>
6. Fortuño-Godes, J. Relación entre ejercicio físico y procesos cognitivos en las personas mayores. Ágora para la Educación Física y el Deporte [Internet] 2017 [Consultado el 14 de Marzo de 2022]; 19(1), 73-87. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6011680>
7. Prieto Villarinio MJ. Envejecimiento activo en el entorno rural ¿igualdad de oportunidades?. DS [Internet] 2017 [Consultado el 19 de mayo de 2022]; 185, 149-166. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6318136>
8. Ponce de León Romero L, Andrés Cabello S. Envejecimiento activo en el ámbito rural en España. Revista Ehquidad [Internet]. 2017 [citado 19 de mayo de 2022]; (7):175-98. Disponible en: <https://revistas.proeditio.com/ehquidad/article/view/1502>



9. Gascó Alberich F, Gomez Sainz R, Fraguas Sanz A. Guía de prestaciones para personas mayores, personas con discapacidad, y personas en situación de dependencia. Recursos estatales y autonómicos [Internet]. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2009 [Consultado el 27 de mayo de 2022]. Disponible en:
https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/bi_nario/33012_gprestaciones.pdf
10. Esandi ME, Antonietti L, Ortiz Z, Cho M, Duré I, Reveiz L et al. Factors and interventions that affect working conditions and environment to increase the attraction, recruitment and retention of human resources for health at the primary care level in rural, remote or underserved áreas. Rev Panam Salud Publica [Internet] 2020 [Consultado el 21 de mayo de 2022]. 44: 112. Disponible en:
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52651/v44e1122020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. Arboleda Aparicio J C. Educación y pedagogía en las ciencias de la cultura física y el deporte [Internet]. Universidad de Matanzas: 2020 [Consultado el día 17 de marzo de 2022]; 258-262. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8263755>)
11. Martin-Lesende I, Blasco-López, L. "Emotional and psychological impact of infection and postCOVID-19 in older people: beyond the usual symptoms of long COVID." European geriatric medicine [Internet] 2022 [Consultado el 21 de mayo de 2022]; 1(2). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35467330/>
12. Hampshire A, Trender W, Chamberlain S R, Jolly A E, Grant J E, Patrick F et al. Cognitive deficits in people who have recovered from COVID-19. The Lancet Discovery Science [Internet] 2021 [Consultado el 21 de mayo de 2022]. Disponible en:
[https://www.thelancet.com/journals/eclim/article/PIIS2589-5370\(21\)00324-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclim/article/PIIS2589-5370(21)00324-2/fulltext)
13. Pinazo Hernandis S. Psychosocial impact of COVID-19 on older people: Problems and challenges. REGG [Internet] 2020 [Consultado el 21 de mayo de 2022]; 55 (5): 249-252. Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria->



gerontologia-124-articulo-impacto-psicosocial-covid-19-personas-mayores-S0211139X20300664

14. Molina Morales A, De Pablo Valenciano J, Milán García J, Caparrós Martínez JL. Covid-19. ¿Oportunidad para el mundo rural en España?. Economistas [Internet]; 2020 [Consultado el 21 de mayo de 2022]; 170: 167-182. Disponible en: <https://privado.cemad.es/revistas/online/Revistas/ECONOMISTAS%20Num%20170%20A4%20.pdf/187>
15. De las Heras de Pablo CG. Significado de la terapia ocupacional: Implicaciones para la mejor práctica. TOG (A Coruña) [Internet]. 2015 [Consultado el 21 de mayo de 2022]; 7: 127-145. Disponible en: <https://www.revistatog.com/mono/num7/significado.pdf>
16. Pérez Fuentes MC, Benito Puente E, Molero Jurado M, Gázquez Linares JJ. Beneficios de la estimulación cognitiva en mayores de ámbito rural. Envejecimiento y demencia: un enfoque multidisciplinar [Internet] 2011 [Consultado el 21 de mayo de 2022]; 453-460. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4271489>
17. Gitlin LN, Hauck WW, Winter L, Dennis MP, Schulz R. Effect of an in-home occupational and physical therapy intervention on reducing mortality in functionally vulnerable older people: preliminary findings. J Am Geriatr Soc. 2006 [Consultado el 21 de mayo de 2022]; 54(6):950-5. doi: 10.1111/j.1532-5415.2006.00733.x.
18. Valencia C, López E, Tirado V, Zea MD, Lopera F, Rupprecht R, et al. Efectos cognitivos de un entrenamiento combinado de memoria y psicomotricidad en adultos mayores. Rev Neurol. 2008 [Consultado el 21 de mayo de 2022]; 46(8):465-71.
19. Miller K, Siddarth P, Gaines J, Parrish J, et al. The Memory Fitness Program: Cognitive Effects of a Healthy Aging Intervention. Am J Geriatr Psychiatry. 2012 [Consultado el 21 de mayo de 2022]; 20(6):514-23. doi: 10.1097/JGP.0b013e318227f821.
20. Carballo V, Arroyo MR, Porter M, Ruiz JM. Efectos de la terapia no farmacológica en el envejecimiento normal y el deterioro cognitivo: consideraciones sobre los objetivos terapéuticos. Neurología. 2013 [Consultado el 21 de mayo de 2022]; 28(3):160-8. doi: 10.1016/j.nrl.2012.06.010.



21. Vemuri P, Lesnick TG, Przybelski SA, Machulda M, Knopman DS, Mielke MM et al. Association of lifetime intellectual enrichment with cognitive decline in the older population. *JAMA Neurol.* 2014 [Consultado el 21 de mayo de 2022]; 71(8):1017-24. doi: 10.1001/jamaneurol.2014.963.
22. Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A, Levälahti E, Ahtiluoto S, Antikainen R. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet.* 2015 [Consultado el 21 de mayo de 2022]; 385(9984):2255-63. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60461-5.
23. Verstaen A, Rau HK, Trittschuh EH. Healthy Aging Project-Brain: A Psychoeducational and Motivational Group for Older Veterans. *Fed Pract.* 2020 [Consultado el 21 de mayo de 2022]; 37(7):309-315.
24. Tarazona-Santabalbina FJ, Gómez-Cabrera MC, Pérez-Ros P, Martínez-Arnau FM, Cabo H, Tsaparas K, Salvador-Pascual A, Rodriguez-Mañas L, Viña J. A Multicomponent Exercise Intervention that Reverses Frailty and Improves Cognition, Emotion, and Social Networking in the Community-Dwelling Frail Elderly: A Randomized Clinical Trial. *J Am Med Dir Assoc.* 2016 [Consultado el 21 de mayo de 2022]; 17(5):426-33. doi: 10.1016/j.jamda.2016.01.019.
25. Cordes T, Bischoff LL, Schoene D, Schott N, Voelcker-Rehage C, Meixner C, Appelles LM, Bebenek M, Berwinkel A, Hildebrand C, Jöllenbeck T, Johnen B, Kemmler W, Klotzbier T, Korbus H, Rudisch J, Vogt L, Weigelt M, Wittelsberger R, Zwingmann K, Wollesen B. A multicomponent exercise intervention to improve physical functioning, cognition and psychosocial well-being in elderly nursing home residents: a study protocol of a randomized controlled trial in the PROCARE (prevention and occupational health in long-term care) project. *BMC Geriatr.* 2019 [Consultado el 21 de mayo de 2022]; 19(1):369. doi: 10.1186/s12877-019-1386-6.
26. Kim DR, Song S, Kim GM, Chang JH, Tak YJ, Huh U, Cho JS, Liao Y, Han KS, Ko MH, Park JH. Effects of ICT-Based Multicomponent Program on Body Composition and Cognitive Function in Older Adults: A Randomized Controlled Clinical Study. *Clin Interv Aging.* 2021



- [Consultado el 21 de mayo de 2022]; 16:1161-1171. doi: 10.2147/CIA.S306894.
27. Abades Hernández L. La psicomotricidad como recurso terapéutico. Geriatricarea [Internet] 2015 [Consultado el 16 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.geriatricarea.com/2015/09/21/la-psicomotricidad-como-recurso-terapeutico/#:~:text=Como%20terapeutas%20ocupacionales%2C%20nuestro%20objetivo,%2C%20la%20memoria%2C%20la%20respiraci%C3%B3n%2C>
28. Humán Ynac, M E. Efecto del programa de habilidades cognitivas en usuarios con desorden Vásculo-Cerebral del hospital nacional Daniel Alcides Carrión. Universidad de Perú [Internet] 2016 [Consultado el 23 de mayo de 2022]. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/5469/Huaman_ym.pdf?sequence=3#:~:text=Mencionan%20que%20el%20Modelo%20de,residual%20intelectual%20de%20la%20persona
29. Katz N. Cognitive rehabilitation: Models for intervention and research on cognition in occupational therapy. WOL [Internet] 1994 [Consultado el 21 de mayo de 2022]; 1(1): 49-63). Disponible en: <https://research.aota.org/ajot/article-abstract/41/7/439/1867>
30. Moreno W. Principales conceptos de la terapia ocupacional (Marcos y modelos). AOTA [Internet] 2020 [Consultado el 16 de mayo de 2022]; 62: 625-683. Disponible en: <https://redestudiantilmx.wixsite.com/website/post/principales-conceptos-de-la-terapia-ocupacional-marcos-y-modelos>
31. Calatayud E, Plo F, Muro C. Análisis de efecto de un programa de estimulación cognitiva en personas con envejecimiento normal en Atención Primaria: ensayo clínico aleatorizado. Elsevier [Internet] 2020 [Consultado el 23 de mayo de 2022]; 52(1): 38-46. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.007>
32. Martín Carbonell, M, Pérez Díaz, R, y Riquelme Marín, A. Diagnostic usefulness of Anxiety and Depression Scale Goldberg (EAD-G) in Cuban adults. *Universitas Psychologica* [Internet]. 2016 [Consultado el 21 de mayo de 2022]; 15 (1), 177-192. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-1.vdea>



33. Lopez Miquel J, Martí Agustí G. Mini-Examen Cognoscitivo (MEC). REM [Internet] 2011 [Consultado el 21 de mayo de 2022]; 37(3): 122-127. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4255227>
34. Horcajuelo C, Criado-Alvarez J, Correa S, Romo C. Análisis de tareas de fluidez verbal semántica en personas diagnósticas de la enfermedad de Alzheimer y adultos sanos. RIL [Internet] 2014 [Consultado el 21 de mayo de 2022]; 112-131. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4885496>
35. Gómez-Angulo, C, Campo-Arias, A. Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. Universitas Psychologica [Internet] 2011 [Consultado el 21 de mayo de 2022]; 10 (3): 735-743. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672011000300008
36. Cid Ruzafa J, Damián Moreno FJ. Valoración de la discapacidad física: El índice de Barthel. RESP [Internet]. 1997 [Consultado el 21 de mayo de 2022]; 71(2): 127-137. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5275061>
37. López-García, E., Banegas, J. R., Pérez-Regadera, A. G., Gutiérrez-Fisac, J. L., Alonso, J., Rodríguez-Artalejo, F. Valores de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 en población adulta de más de 60 años. *Medicina clínica* [Internet]. 2003 [Consultado el 21 de mayo de 2022]; 120(15), 568-573. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025775303737750>
38. Vilagut Gemma, Ferrer Montse, Rajmil Luis, Rebollo Pablo, Permanyer-Miralda Gaietà, Quintana José M. et al . El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit [Internet]. 2005 [Consultado el 25 de mayo de 2022]; 19(2): 135-150. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es.



39. Arribas, M. Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas profesión* [Internet] 2004 [Consultado el 25 de mayo de 2022]; 5(17), 23-29. Disponible en: http://www.rincondepaco.com.mx/rincon/Inicio/Seminario/Documents/Art_met/Diseno_validacion_cuestionarios.pdf
40. Vicente Herrero M T, Delgado Bueno S, Bandrés Moyá F, Ramírez Iñiguez de la Torre M V, Capdevila García L. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Rev Soc Esp Dolor* [Internet]. 2018 [Consultado el 21 de mayo de 2022]; 25(4): 228-236. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v25n4/1134-8046-dolor-25-04-00228.pdf>
41. Villanueva MM, Guzmán FJ, Toyos R, Ariza, F, Navarro. Sensibilidad y especificidad de los criterios OARSI de mejoría para artrosis: el efecto de la utilización de tres diferentes medidas de dolor. Elsevier [Internet] 2003 [Consultado el 24 de mayo de 2022]; 30(3): 105-109. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-reumatologia-29-resumen-sensibilidad-especificidad-los-criterios-oarsi-13045261>
42. Novoa A.M, Juarez O, Nebot M. Efectividad de las intervenciones cognitivas en la prevención del deterioro de la memoria en las personas mayores sanas. *Gac Sanit* [Internet] 2008 [Consultado el 23 de mayo de 2022]; 22(5). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000500013#:~:text=Los%20resultados%20de%20la%20prevensi%C3%B3n,entre%2060%20y%2090%20min.
43. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2^a Edición [Traducción]. 2010 [Consultado el 17 de mayo de 2022]; Disponible en <http://www.terapiaocupacional.com/aota2010esp.pdf> Traducido de: American Occupational Therapy Asociation (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.)
44. Alonso Jiménez R, Moros García MT. Intervención Psicomotriz en personas mayores. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2011



[Consultado el 17 de mayo de 2022]; 8 (14): [13p.]. Disponible en:
<http://www.revistatog.com/num14/pdfs/original10.pdf>

45. López-Pousa S, Garre-Olmo J, Turón-Estrada A, Hernández F, Expósito I, Lozano-Gallego M, et al. Análisis de los costes de la enfermedad de Alzheimer en función del deterioro cognitivo y funcional. *Med Clin (Barc)*. 2004 [Consultado el 23 de mayo de 2022]; 122(29):767-72.
46. Zhu C, Sano M, Ferris S, Whitehouse P, Patterson M, Aisen P. Health-related resource use and costs in elderly adults with and without mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2013 [Consultado el 23 de mayo de 2022]; 61(3):396-402. doi: 10.111/jgs.12132.



ANEXOS VALORACIONES

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG

SUBESCALA DE ANSIEDAD

	Sí	No
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Se ha sentido muy irritable?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Subtotal	<input type="checkbox"/>

(Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)

	Sí	No
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	TOTAL ANSIEDAD	<input type="checkbox"/>

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

	Sí	No
1. ¿Se ha sentido con poca energía?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha perdido Ud. su interés por las cosas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Se ha sentido Ud. desesperanzado, sin esperanzas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Subtotal	<input type="checkbox"/>

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)

	Sí	No
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Se ha sentido Ud. enlentecido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Cree Ud. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	TOTAL DEPRESIÓN	<input type="checkbox"/>

Código screening

Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC-35)

Lobo A, et al. Med Clin 1999; 112: 767-774. (Ver instrucciones de uso al reverso)

	<i>Máxima puntuación</i>	PUNTOS
Orientación Dígame el día _____ Fecha _____ Mes _____ Estación _____ Año _____ Dígame el Hospital (o el lugar) _____ Planta _____ Ciudad _____ Provincia _____ Nación _____ <i>Poner un punto por cada respuesta correcta</i>	(5) (5)	() ()
Fijación (memoria inmediata) Repita estas 3 palabras: peseta, caballo, manzana. (Repetirlas hasta que las aprenda) <i>Poner un punto por cada respuesta correcta</i>	(3)	()
Concentración y cálculo Si tiene 30 pesetas, y me va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando? <i>Poner un punto por cada sustracción correcta.</i> Repita estos números: 5-9-2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás <i>Un punto por cada dígito que coloque en posición inversa correcta.</i>	(5) (3)	() ()
Memoria (reciente) ¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes? <i>Poner un punto por cada respuesta correcta</i>	(3)	()
Lenguaje y construcción Mostrar un bolígrafo "¿Qué es esto?". Repetirlo con el reloj. <i>Poner un punto por cada respuesta correcta</i> Repita esta frase: "en un trigal había cinco perros" <i>Un fallo en una letra es 0 puntos en el ítem.</i>	(2) (1)	() ()
Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?, ¿Qué son el rojo y el verde?, ¿Qué son un perro y un gato? <i>Poner un punto por cada respuesta correcta</i>	(2)	()
Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa" <i>Poner un punto por cada respuesta correcta</i>	(3)	()
Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS	(1)	()
Escriba una frase	(1)	()
		
Copie este dibujo"	(1)	()
Puntuación total (un punto cada respuesta correcta):	(35)	()
Nº preguntas que el paciente no ha podido contestar por su nivel de escolarización		
preguntas que el paciente no ha podido contestar por déficit visual		
Puntuación Tota Corregida (*)		

(*) Para su cálculo excluimos las preguntas que hayan sido eliminadas, básicamente por analfabetismo o por imposibilidad física de cumplir un ítem (ej.: ceguera). La puntuación total corregida se obtiene por regla de tres. Por ejemplo si el paciente es ciego y no puede acceder a 4 de los 35 puntos posibles, la puntuación final se calculará sobre 31 puntos posibles. Imaginemos que la puntuación total ha sido 20, aplicando la corrección obtenemos una puntuación $(20 \times 35) / 31 = 22,5$ (redondearemos al núm. entero + próximo, el 23).



Set-Test de Isaacs

Paciente: _____ **Fecha:** _____

Consigna: Nombre Colores/Animales/Frutas/Ciudades sin detenerse hasta que se le indique.

Se le da un minuto para cada ítem, pero si consigue decir 10 elementos del mismo sin repetición, se pasa ya al ítem siguiente.

Se anotan todas las respuestas.

Conservar los resultados para el seguimiento evolutivo del paciente.

Colores:

Subtotal:

Animales:

Subtotal:

Frutas:

Subtotal:

Ciudades:

Subtotal:

Total de aciertos:

Errores (anotar como tales también las repeticiones):

Ir al comienzo

Se considera que el resultado normal para adultos es de 29 o más aciertos, y de 27 o más si se trata de ancianos. Los errores se contabilizan (por su valor para el seguimiento evolutivo del paciente), pero no restan puntos al total. Este test tiene una sensibilidad del 79 % y una especificidad del 82 %



Escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage 15 Items

Pregunta a realizar	Respuesta
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?	SI
¿Siente que su vida está vacía?	SI
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo casi todo el tiempo?	NO
¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	SI
¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	NO
¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?	SI
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
¿Le da la impresión de que tiene más fallos de memoria que los demás?	SI
¿Cree que es agradable estar vivo?	NO
¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?	SI
¿Se siente lleno de energía?	NO
¿Siente que su situación es angustiosa, desesperada?	SI
¿Cree que la mayoría de la gente vive económicamente mejor que usted?	SI

Puntuación

Se asigna un punto por cada respuesta que coincide con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora como sigue:

0-5: Normal.



INDICE DE BARTHEL. Actividades básicas de la vida diaria

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Total:		
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete		
	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10



Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
	- Independiente, camina solo 50 metros	15
Deambular	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
Escalones	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente



Escala de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Mide capacidad y tienen un buen coeficiente de reproductibilidad (0,94)

Paciente.....	Edad.....	Sexo.....
Anotar con la ayuda del cuidador principal, cuál es la situación concreta personal del paciente, respecto a estos 8 ítems de actividades instrumentales de la vida diaria		
A. CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO		Puntos
1. Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc		
2. Marca unos cuantos números bien conocidos	1	
3. Contesta el teléfono pero no marca	1	
4. No usa el teléfono	0	
B. IR DE COMPRAS		
1. Realiza todas las compras necesarias con independencia	1	
2. Compra con independencia pequeñas cosas	0	
3. Necesita compañía para realizar cualquier compra	0	
4. Completamente incapaz de ir de compras	0	
C. PREPARACIÓN DE LA COMIDA		
1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia	1	
2. Prepara las comidas si se le dan los ingredientes	0	
3. Calienta y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada	0	
4. Necesita que se le prepare y sirva la comida	0	
D. CUIDAR LA CASA		
1. Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional (ej. Trabajos pesados)	1	
2. Realiza tareas domésticas ligeras como fregar o hacer cama	1	
3. Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable	1	
4. Necesita ayuda en todas las tareas de la casa	1	
5. No participa en ninguna tarea doméstica	0	
E. LAVADO DE ROPA		
1. Realiza completamente el lavado de ropa personal	1	
2. lava ropa pequeña	1	
3. Necesita que otro se ocupe del lavado	0	
F. MEDIO DE TRANSPORTE		
1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su coche	1	
2. Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa transporte público	1	
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona	1	
4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros	0	
5. No viaja	0	
G. RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN		
1. Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas	1	
2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis preparadas	0	
3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación	0	
H. CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO		
1. Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos	1	
2. Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc	1	
3. Incapaz de manejar el dinero	0	

Máxima dependencia: 0 puntos

Independencia total: 8 puntos



CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

Marque una sola respuesta

- 1) En general, usted diría que su salud es:
 - a. Excelente
 - b. Muy buena
 - c. Buena
 - d. Regular
 - e. Mala
- 2) ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?
 - a. Mucho mejor ahora que hace un año
 - b. Algo mejor ahora que hace un año
 - c. Más o menos igual que hace un año
 - d. Algo peor ahora que hace un año
 - e. Mucho peor ahora que hace un año

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal

- 3) Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?
 - a. Sí, me limita mucho
 - b. Sí, me limita un poco
 - c. No, no me limita nada
- 4) Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?
 - a. Sí, me limita mucho
 - b. Sí, me limita un poco
 - c. No, no me limita nada
- 5) Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?
 - a. Sí, me limita mucho
 - b. Sí, me limita un poco
 - c. No, no me limita nada
- 6) Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?
 - a. Sí, me limita mucho
 - b. Sí, me limita un poco
 - c. No, no me limita nada
- 7) Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?
 - a. Sí, me limita mucho
 - b. Sí, me limita un poco
 - c. No, no me limita nada
- 8) Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
 - a. Sí, me limita mucho
 - b. Sí, me limita un poco
 - c. No, no me limita nada
- 9) Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
 - a. Sí, me limita mucho
 - b. Sí, me limita un poco
 - c. No, no me limita nada



- 10) Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?
a. Sí, me limita mucho
b. Sí, me limita un poco
c. No, no me limita nada
- 11) Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?
a. Sí, me limita mucho
b. Sí, me limita un poco
c. No, no me limita nada
- 12) Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?
a. Sí, me limita mucho
b. Sí, me limita un poco
c. No, no me limita nada

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades diarias

- 13) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?
a. Sí
b. No
- 14) Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
a. Sí
b. No
- 15) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
a. Sí
b. No
- 16) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?
a. Sí
b. No
- 17) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
a. Sí
b. No
- 18) Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
a. Sí
b. No
- 19) Durante las últimas 4 semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
a. Sí
b. No
- 20) Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?
a. Nada
b. Un poco
c. Regular
d. Bastante
e. Mucho



21) ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- a. No, ninguno
- b. Sí, muy poco
- c. Sí, un poco
- d. Sí, moderado
- e. Sí, mucho
- f. Sí, muchísimo

22) Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- a. Nada
- b. Un poco
- c. Regular
- d. Bastante
- e. Mucho

Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta, responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

23) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

24) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

25) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

26) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

27) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca



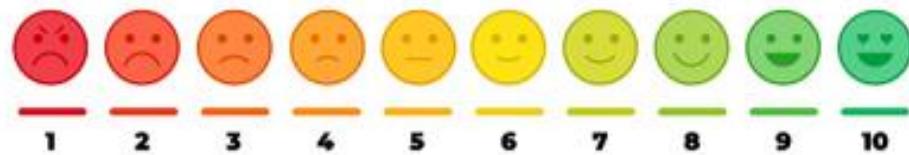
- 28) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?
- a. Siempre
 - b. Casi siempre
 - c. Muchas veces
 - d. Algunas veces
 - e. Sólo alguna vez
 - f. Nunca
- 29) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?
- a. Siempre
 - b. Casi siempre
 - c. Muchas veces
 - d. Algunas veces
 - e. Sólo alguna vez
 - f. Nunca
- 30) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?
- a. Siempre
 - b. Casi siempre
 - c. Muchas veces
 - d. Algunas veces
 - e. Sólo alguna vez
 - f. Nunca
- 31) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?
- a. Siempre
 - b. Casi siempre
 - c. Muchas veces
 - d. Algunas veces
 - e. Sólo alguna vez
 - f. Nunca
- 32) Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué recurrencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?
- a. Siempre
 - b. Casi siempre
 - c. Muchas veces
 - d. Algunas veces
 - e. Sólo alguna vez
 - f. Nunca

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases

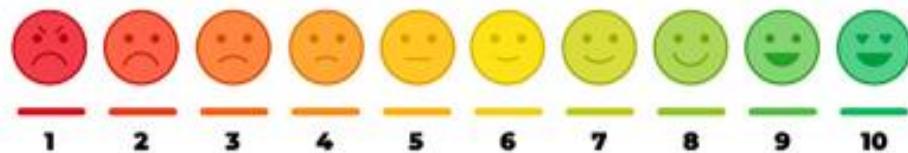
- 33) Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas
- a. Totalmente cierta
 - b. Bastante cierta
 - c. No lo sé
 - d. Bastante falsa
 - e. Totalmente falsa
- 34) Estoy tan sano como cualquiera
- a. Totalmente cierta
 - b. Bastante cierta
 - c. No lo sé
 - d. Bastante falsa
 - e. Totalmente falsa
- 35) Creo que mi salud va a empeorar
- a. Totalmente cierta
 - b. Bastante cierta
 - c. No lo sé
 - d. Bastante falsa
 - e. Totalmente falsa
- 36) Mi salud es excelente
- a. Totalmente cierta
 - b. Bastante cierta
 - c. No lo sé
 - d. Bastante falsa
 - e. Totalmente falsa

ESCALA EVA

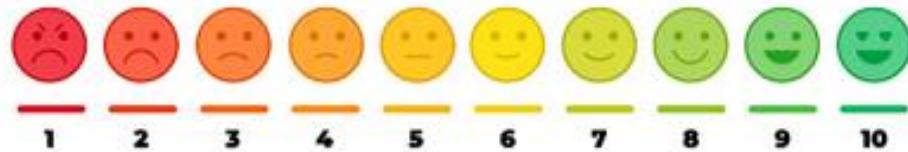
- NIVEL COGNITIVO (MEMORIA)



- ESTADO FÍSICO



- ESTADO ANÍMICO





CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

1. ¿Te parecen necesarias programas como este?

MUY NECESARIA / NECESARIA / NORMAL / POCO NECESARIA /
INNECESARIA

2. ¿La frecuencia de las sesiones te parece...?

MUY BUENA / ADECUADAD / INDIFERENTE / ESCASA / MUY ESCASA

3. ¿Qué te parece la duración de cada sesión?

MUY CORTA / CORTA / APROPIADA / LARGA / MUY LARGA

4. ¿Lo trabajado en el programa te ha servido en tu vida diaria?

MUCHO / BASTANTE / ALGO / POCO / NADA

5. ¿Te sientes cómodo y relajado en las sesiones?

MUCHO / BASTANTE / ALGO / POCO / NADA

6. ¿Crees que has tenido el apoyo necesario para alcanzar tus
objetivos en las sesiones?

¿Por qué?



7. ¿Te parece adecuado el horario propuesto para las sesiones?

¿Qué horario propondrías?

8. ¿Te gustaría realizar más programas como este?

9. ¿Qué cambiarias para mejorar las sesiones?

10. ¿Qué es lo que más te ha gustado de las sesiones?

11. ¿Qué es lo que menos te ha gustado de las sesiones?

12. ¿Crees que te ha afectado a nivel de salud la pandemia del COVID-19?

13. Antes de la pandemia, ¿habías realizado programas como este?

14. ¿Tenías ganas de retomar actividades grupales como esta?



ENTREVISTA ESTRUCTURADA

NOMBRE:

APELLIDOS:

EDAD:

SEXO:

FECHA DE NACIMIENTO:

GRADO MAXIMO DE ESTUDIOS:

ESTADO CIVIL:

HUOS:

¿VIVE SOLO/A?

GUSTOS / INTERESES:

¿QUÉ ESPERA RECIBIR AL ACUDIR A ESTE SERVICIO?



ANEXOS PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

ESTIRAMIENTOS ANTES DE COMENZAR LA SESIÓN FÍSICA

- Flexión y extensión de cuello
- Rotación derecha e izquierda de cuello
- Circunducciones de cabeza
- Mano derecho a oreja izquierda por encima de la cabeza y al revés
- Subir y bajar los hombros
- Rotación de hombros
- Flexión-extensión de hombros (alternando brazos: mientras uno F otro E)
- ABD-ADD de hombro haciendo palmada.
- Hombros en ABD de 90°, rotaciones y circunducciones.
- Entrelazan manos, llevarlas detrás del cuello con codo en F y juntan codos.
- Hombros a F 90°. Con las manos, tocar los hombros. Primero con las dos manos a la vez. Luego alternando.
- Codos a 90° pegados al cuerpo, rotación de muñecas, hacia un lado y el otro. F y E de dedos. Tocar dedos con el pulgar alternando. Cerrar el puño con el pulgar dentro e ir levantando de meñique a pulgar
- Inclinación de tronco hacia derecha e izquierda.
- Flexión de cadera y con brazos hacia delante.
- Nos levantamos de la silla y nos sentamos varias veces. Nos levantamos con los brazos hacia delante.
- Golpear el suelo con los pies alternando piernas.
- E de rodilla. Alternando piernas y luego a la vez.
- Con piernas en extensión, E y F de tobillo. Además, rotaciones hacia un lado y el otro.
- Con los pies en el suelo, punta y talón.
- Dibujar círculos con los pies en el suelo.

SESIONES DE INTERVENCIÓN DETALLADAS

Tabla 8. Sesión 1

Nº SESIÓN	PARTES	DESCRIPCIÓN
1	Inicio	Conocernos a nosotros mismos y explicar en qué va a consistir la sesión de ese mismo día. Orientación temporo espacial y orientación a la realidad.
	Parte cognitiva	<p>5 palabras en un papel. Las leerán atentamente y se recoge el papel sin decir que al final de la sesión se preguntará por ellas.</p> <p>ACTIVIDAD nº 1→Comenzamos. Cada integrante será su nombre y cuál es su comida favorita. El primero dirá sus datos y la siguiente persona debe repetir el del anterior y decir el suyo, así sucesivamente hasta que el último debe de decir el de todos.</p> <p>ACTIVIDAD nº 2→ A cada persona se le repartirá una foto, la cual observará durante 1 minuto. Después le darán la vuelta a la fotografía y deberán escribir en un papel todos objetos que hayan visto en ella.</p> <p>ACTIVIDAD nº 3→ “Memory”. Grupos de 4. Encontrar la mayor cantidad de parejas con las cartas. El que más encuentre gana.</p>
	Parte física	<p>Estiramientos y activación del cuerpo. Vueltas corriendo/andando a la sala. (Ver Anexo lista de ejercicios)</p> <p>Ejercicio 1: Pondremos una canción. Coreografía con no poca variedad de pasos pero si de menos a más dificultad o demanda de resistencia. Repetir varias veces. Aumentar dificultad→ añadir “steps”.</p>
	Final	Estiramientos para finalizar y, como he dicho anteriormente, les preguntaré si se acuerdan de las palabras que habíamos escrito en el papel.



Tabla 9. Sesión 2

Nº SESIÓN	PARTES	DESCRIPCIÓN
2	Inicio	Explicar sesión de ese mismo día. Orientación temporo espacial y orientación a la realidad.
	Parte cognitiva	ACTIVIDAD nº 1→ "Ir de tiendas". Preparar unas mesas en las que trabajarán por parejas. Colocar fotos plastificadas de alimentos y monedas. Hacer cálculos dependiendo del dinero que tiene el comprador y los precios que ponga el vendedor a los alimentos. ACTIVIDAD nº 2→ "Cálculo mental". En voz alta, decir operaciones matemáticas. Deben hacer cálculos. Al final, comentar el resultado y ver donde ha surgido el error si lo hay.
	Parte física	ACTIVIDAD nº 1→ Estiramientos y activar el cuerpo. Darán unas vueltas corriendo/andando a la sala. Ejercicios en <u>sedestación</u> : (+dificultad: visión reducida) -Sentados en una silla sin respaldo, con los pies separados a la anchura de las caderas y en contacto con el suelo, mantener el equilibrio. Las manos pueden agarrar la superficie de sustentación, sobre los muslos, cruzadas sobre el pecho o con los brazos extendidos a los lados. -Inclinar el tronco en sentido anterior, posterior, lateral y diagonal. Centrar la atención en la presión experimentada bajo las nalgas y los pies. Ejercicios en <u>bipedestación</u> : Repetir las progresiones realizadas en sedestación (cuidado en las inclinaciones del tronco). Ejercicios en <u>movimiento</u> :



		Cruzar la habitación andando por encima de una línea. Empezar mirando la línea y después dejar de mirarla y fijar si se acaba encima de ella o se han desviado. ACTIVIDAD nº 2→ Las mismas actividades de antes pero ahora sobre una superficie blanda para aumentar la dificultad para mantener el equilibrio.
	Final	Estiramientos para finalizar y comentar sensaciones experimentadas en la sesión.

Tabla 10. Sesión 3

Nº SESIÓN	PARTES	DESCRIPCIÓN
3	Inicio	Explicar la sesión. Orientación temporo espacial y orientación a la realidad.
	Parte cognitiva	ACTIVIDAD nº1→ En una mesa, sentados y con ojos tapados. Cada uno tendrá unas letras. Sólo con el tacto, deben reconocer que letras tienen y formar una palabra, la cual deberá estar escrita con las letras encima de la mesa. ACTIVIDAD nº 2→ Colocar objetos en la sala. Cada objeto es un número. Uno por uno, les iré diciendo los objetos y tendrán que tocándolos en ese orden. Después les diré el orden pero con los números y tendrán que ir a tocar los objetos recordando el orden en que se han dicho os números.
	Parte física	La sesión física comenzará con estiramientos y activación del cuerpo. ACTIVIDAD nº 1→ Paseo por la zona en la que se desarrolle la intervención. Es bueno que personas que pasan la mayor parte de su tiempo en sedestación, consigan motivación para andar un poco cada día y tener buenos hábitos.

	Final	Estiramientos para finalizar y comentar la sesión.
--	-------	--

Tabla 11. Sesión 4

Nº SESIÓN	PARTES	DESCRIPCIÓN
4	Inicio	Explicar la sesión. Orientación temporo espacial y orientación a la realidad.
	Parte cognitiva	<p>ACTIVIDAD nº 1 → "Pi". Hacer una tabla grande y dividirla en: nombre, ciudad, comida, animal, deporte, objeto. Escribiré una letra en la pizarra, y ellos tendrán que añadir una palabra que empiece por dicha letra y que tenga relación con cada uno de los apartados que han hecho.</p> <p>ACTIVIDAD nº 2 → "Burro". Juego de cartas de agilidad mental. Grupos de 4. Buscar 4 palos (ej.: reyes, caballos, sotas y los 7), se mezclan y se reparten 4 cartas a cada uno. Decidir de qué palo queremos conseguir las 4 cartas iguales. Para conseguirlo, deberemos coger la carta que no queramos, moverla arrastrándola en la mesa y pasarla al compañero, hasta conseguir que nos pasen las cartas buscadas y cuando las tengan gritar: "¡Burro!".</p> 
	Parte física	<p>Estiramientos y activación del cuerpo. Hoy se realizará con pesas de bajo peso.</p> <p>ACTIVIDAD nº 1 → Grupos de 4. Con pelotas/balones medicinales deberán ir pasándose la pelota (sin lanzarla) unas cuantas veces. Después, el pase será lanzando la pelota. Al final, cuando la reciban deben subir los brazos por encima de la cabeza soportando el peso del balón medicinal y volverla a pasar.</p>

		<p>ACTIVIDAD nº 2 → Grupos de 3 o 4 personas. Cada uno sus aros. Se colocan en fila detrás de un cono. Delante de ellos y a distintas distancias, se pondrán conos y tratarán de encestar los aros en ellos. Si encestan al cono más distante, ganarán más puntos y, a revés si encestan en el más cercano.</p> <p>Tras dos rondas para coger la “técnica” de lanzamiento y coordinación, pasará a realizarse la misma actividad pero con aros con peso en su interior.</p>
	Final	Estiramientos para finalizar y comentar la sesión.

Tabla 12. Sesión 5

Nº SESIÓN	PARTES	DESCRIPCIÓN
5	Inicio	<p>Explicar en qué consiste la sesión de ese mismo día. Orientación temporo espacial y orientación a la realidad.</p>
	Parte cognitiva	<p>Se da a cada usuario una hoja con 35 círculos dibujados de forma ordenada y coloreados. Además, se les dará recortes de papel que contendrán 3 círculos que habrán sido previamente cortados de una fotocopia de la hoja que contenía todos círculos. Deben localizar los recortes con que contienen 3 círculos en la hoja completa.</p> <p></p> <p>ACTIVIDAD nº2 → “Los palillos”: Dar una hoja con palillos pegados formando una figura abstracta. Observarla 1 min. Después, darle la vuelta y deben realizar la figura con palillos que les habremos dado al comenzar la sesión.</p> <p></p>
	Parte física	<p>Comenzaremos con los estiramientos rutinarios.</p> <p>ACTIVIDAD nº 1 → “Encestando”: Colocar un aro y lanzar una pelota para encestar o dejarla lo más</p>

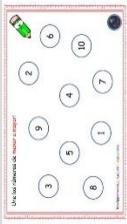
		<p>cerca posible. Se empezará con el aro a una distancia y conforme vayan encestando, se irá alejando.</p> <p>ACTIVIDAD nº 2→ En una mesa, colocar un vaso de plástico y al lado gomas. Deben coger las gomas introduciendo los dedos en su interior y sin soltarlas, colocarlas en un vaso de plástico que estará puesto del revés.</p>
	Final	<p>Estiramientos para finalizar y comentar sensaciones experimentadas en la sesión.</p>

Tabla 13. Sesión 6

Nº SESIÓN	PARTES	DESCRIPCIÓN
6	Inicio	<p>Explicar en qué consiste la sesión de ese mismo día. Orientación temporo espacial y orientación a la realidad.</p>
	Parte cognitiva	<p>ACTIVIDAD nº 1→En una hoja de papel, poner las letras del abecedario y debajo de cada una, un símbolo. Se les dará una hoja en la que habrá símbolos y tendrán que descifrar esas palabras buscando en la hoja de leyenda que indica qué significa cada símbolo.</p> <p>ACTIVIDAD nº 2→En una hoja cuadriculada, pintar una raya en el centro. A un lado de la raya se harán figuras que estarán pegadas. La persona tendrá que dibujar al otro lado simétricamente el resto de la figura, contando los cuadrados para que quede una figura lo más parecida posible.</p>
	Parte física	<p>Comenzaremos con los estiramientos rutinarios</p> <p>ACTIVIDAD nº 1→ “Pastelero”: En círculo. Uno estira los brazos con las manos hacia arriba como si sostuviera una tarta, y los compañeros de los lados tienen que poner los brazos flexionados</p>

		<p>hacia el para evitar que les “salpique” la tarta imaginaria. El pastelero dice un nombre y lanza la tarta. Quien la reciba tiene que estar atento y los dos compañeros de los lados también para colocar los brazos. Si tarda demasiado en colocar los brazos, está eliminado.</p> <p>ACTIVIDAD nº 2→ “Pajaritas”: Equipos de 4. Hacer pajaritas con papel de seda y cada persona tendrá las suyas. Se coloca un papel y luego para dificultar, una bandeja que tenga un poco de borde. Con un cartón, abanico y con estrategia, deben de meter las pajaritas en el interior del papel o la bandeja. Cada mesa es un equipo, y el que antes consiga introducir las pajaritas, gana.</p>
	Final	Estiramientos para finalizar y comentar sensaciones experimentadas en la sesión.

Tabla 14. Sesión 7

Nº SESIÓN	PARTES	DESCRIPCIÓN
7	Inicio	Explicar en qué consiste la sesión de ese mismo día. Orientación temporo espacial y orientación a la realidad.
	Parte cognitiva	<p>ACTIVIDAD nº1→ Familias de palabras: se da a cada persona una hoja. Las hojas contendrán palabras de la misma familia con las letras desordenadas. Deben ordenarlas y descubrir la palabra oculta.</p> <p>ACTIVIDAD nº 2→ Ordenar los números. Se le dará a cada persona una hoja que contendrá números distribuidos por toda la hoja. Tienen que encontrar el menor y unirlos de tal forma que estén ordenados de mayor a menor. Puede graduarse la dificultad poniendo números más elevados.</p> 



	Parte física	Estiramientos rutinarios. Trabajar cuerpo y mente. En parejas. Colocarse uno frente a otro. Uno de ellos hará una posición con su cuerpo, colocando los brazos y las piernas en una posición. El otro deberá imitar la posición del compañero. (Si uno sube el brazo derecho, el de enfrente tendrá que subir también el brazo derecho). Para añadir dificultad, después del ejercicio anterior, seguirán en parejas, y tratarán de imitar los gestos que haga la persona que tienen enfrente en el menor tiempo posible. Se trabaja el tiempo de reacción.
	Final	Estiramientos para finalizar y comentar sensaciones experimentadas en la sesión.

Tabla 15. Sesión 8

Nº SESIÓN	PARTES	DESCRIPCIÓN
8	Inicio	Explicar en qué consiste la sesión de ese mismo día. Orientación temporo espacial y orientación a la realidad.
	Parte cognitiva	ACTIVIDAD nº 1→ SCRABLE: Juego para formar palabras. Teniendo en cuenta el número de usuarios, se harán grupos de x personas. ACTIVIDAD nº 2→ iBINGO! Jugaremos al tradicional juego del bingo.
	Parte física	Estiramientos rutinarios. ACTIVIDAD nº 1→ Circuitos. Equilibrio. Tendrán que andar por encima de una línea en la que habrá conos pequeños. Alternando las piernas, deberán subir una a una para saltar los conos. Al mismo tiempo, cuando suban una pierna, deberán pasarse una pesa de poco peso por detrás de la espalda. Es importante la coordinación.

	<p>Fuerza. Habrá una zona con aros. Deberán de coger uno y sosteniéndolo con las dos manos arriba, tendrán que bajarlo estando ellos dentro del mismo hasta lo más abajo que puedan. Se intentará hacer mínimo 3 veces.</p> <p>Marcha. Deberán andar por una línea sosteniendo peso con los dos brazos (Ej.: botellas de agua grandes). Tendrán que ir hasta un cono, el cual rodearán por fuera y volverán al sitio de inicio.</p> <p>Escalones. Se colocarán un step y tendrán que pasar por encima de ellos. Subirán las dos piernas arriba y bajarán. Así sucesivamente.</p> <p>Se hará en el suelo una cruz con cinta, y en los cuatro huecos que forma el cruce, se colocará pegado en el suelo un círculo de cada color. Todos a la vez. Cuando el terapeuta diga un color, todos deben colocarse rápidamente en el color que se haya dicho. Se hará varias veces para finalizar.</p>
Final	Estiramientos para finalizar y comentar sensaciones experimentadas en la sesión.