



Trabajo Fin de Grado

Programa socio-comunitario para la promoción del envejecimiento activo y la salud en personas mayores en el medio rural.

Socio-community program for the promotion of active aging and health in older people in rural areas.

Autor

Isabel Pardos Ortún

Directora

M^a Isabel Vidal Sánchez

Facultad de Ciencias de la Salud

2022-2023

ÍNDICE

RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS	2
OBJETIVOS	8
METODOLOGÍA	9
DESARROLLO	11
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	21
BIBLIOGRAFÍA	24
ANEXOS	27
ANEXO 1	27
ANEXO 2	27
ANEXO 3	28
ANEXO 4	29
ANEXO 5	30

RESUMEN

En este trabajo se propone un programa de intervención socio-comunitario para la promoción del envejecimiento activo y la salud. Va dirigido a personas mayores que residen en el municipio de Used (Zaragoza). Con este proyecto se pretende incluir la figura de la Terapia Ocupacional en el medio rural.

A través del análisis de los perfiles de las personas y del entorno, se propone un plan de intervención basado en actividades significativas para promover una mayor calidad de vida y de bienestar a través del trabajo grupal.

Una de las principales problemáticas en estos lugares es que hay mucha población envejecida a la que además se le suma la soledad.

Las actividades que se plantean son la realización de dos talleres. Un taller de horticultura y un taller de cocina tradicional del municipio en los que los participantes intervienen de manera activa en todas las fases del programa.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, envejecimiento, envejecimiento activo, soledad, medio rural, injusticias ocupacionales.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El envejecimiento es un fenómeno que se considera un problema de salud pública, ya que se ha producido un cambio demográfico debido al aumento de la proporción del número de personas de más de 60 años y se prevé que este número siga incrementándose. Este aumento es debido al gran crecimiento de la esperanza de vida, la cual también se pronostica que siga subiendo (1).

Este fenómeno es un proceso en el cual suceden muchos cambios tanto a nivel físico como psicológico y social, por lo tanto, es necesario abordar esta fase vital con el propósito de alcanzar la mayor calidad de vida posible (1).

Esta calidad de vida se relaciona con la percepción de bienestar, sensaciones subjetivas y satisfacción que dependen tanto de factores personales como de factores contextuales y para tener un envejecimiento exitoso es necesaria la adaptación a cada una de las situaciones en las que producen cambios debido a la edad y a su estado de salud, sus necesidades, sus objetivos y su bienestar (2). Con estas adaptaciones es posible que la mayoría de las personas mayores puedan seguir siendo autónomos, ya que el 80% de las personas

con 70 años pueden seguir con su vida diaria con normalidad y de manera autónoma (3).

En el ámbito rural aún es mayor el porcentaje de personas mayores de 65 años, debido a la concentración de la población en las ciudades por la emigración principalmente de personas jóvenes, dejando a habitantes cada vez más mayores en el medio rural; el aumento de la esperanza de vida y la disminución de tasas de natalidad y mortalidad (4,5). Además, cada vez se incrementará más este número de personas y se llegará a un sobre envejecimiento (6).

En este tipo de localidades, las personas mayores tienen que lidiar con todas las complicaciones de la edad y a la vez con la falta de servicios que supone vivir en una localidad pequeña, que conllevan una falta de oportunidades en la elección de actividades significativas, vulnerando los derechos ocupacionales de las personas (7). Así mismo, suelen ser personas que no se han movido mucho a lo largo de su vida y suelen oponerse a cambiar de lugar. La mayoría de ellas, prefieren vivir autónomamente en su hogar. La experiencia de dejar el pueblo, en el cual se sienten arraigadas y vinculadas, por causas derivadas del envejecimiento (necesidad de servicios específicos, pérdida de la autonomía, discapacidad, dificultades en el desempeño...) puede resultar compleja e incluso traumática. Es por ello, que es crucial mantener el entorno y la red social (8).

A todo esto, se le suma otra de las grandes problemáticas de los mayores, el aislamiento y la soledad. A menudo se trata de personas que viven solas y permanecen mucho tiempo en casa (9). En concreto, hablaremos del término soledad social que es producida por el aislamiento social, ya sea por la falta de red social o por la falta de vínculos sociales significativos. Muchas veces esto es debido a la pérdida del cónyuge, amistades, compañeros... Las personas somos seres sociales con necesidad de sentirnos parte de una comunidad y cuando llega la vejez en muchas ocasiones se pierden actividades y ocupaciones que implicaban la socialización (9).

La ONU reconoce el gran valor de que todas las personas tengan las mismas posibilidades de participar en ocupaciones y estos derechos integran que la ocupación sea un agente importante de salud. Esto implica que un

envejecimiento activo, con una participación social activa, conlleva una conservación de la calidad de vida. Así, a través de la promoción de la salud, la adaptación del entorno, la participación, la ocupación, la disminución de los factores de riesgo y la protección de los derechos y necesidades se fomenta la calidad de vida y autonomía (10).

Aquí es donde la Terapia Ocupacional juega un papel muy importante ya que será a través de la ocupación, entendiendo esta como participación y desempeño dan sentido a la realización de una actividad haciendo que la persona se sienta parte de la sociedad y tenga en cuenta sus objetivos, intereses y capacidades y, con ello, pueda lograr mantener, mejorar o reconstruir su vida y su bienestar de forma satisfactoria (11).

Para llevar a cabo una intervención basada en la promoción de la salud es imprescindible el enfoque de la salud comunitaria basada en activos, que aporta una perspectiva que fomenta la atención al contexto, la mejora de la salud, el bienestar y la potenciación de la equidad en salud (12).

Todo lo anterior, justifica la necesidad de realizar un programa de intervención socio-comunitario para la promoción de la salud en personas mayores en el medio rural. En este programa se pretende incluir la figura de la Terapia Ocupacional en el medio rural, en concreto en el municipio de Used (Zaragoza). Se trata de un municipio de 271 habitantes en la Comarca Campo de Daroca. En él más de dos tercios de la población tiene más de 65 años. Se analizarán los perfiles de las personas, las necesidades y el entorno con el fin de promover una mayor calidad de vida y autonomía a través del trabajo grupal. Las personas destinatarias son las usuarias del hogar del jubilado. En el municipio de Used hay una serie de facilitadores y barreras, importantes en la intervención, que se pueden consultar en la siguiente tabla:

Tabla 1. Facilitadores y barreras en el municipio de Used para las personas mayores

FACILITADORES	
Apoyo social	Redes sociales, vecinos, familiares, mayor cercanía entre ellos y red de apoyos.
Centro médico	Presencia de un centro de salud con urgencias las 24h y consultas de lunes a viernes.
Recursos	Biblioteca, polideportivo, hogar del jubilado.
Tienda	Pequeño ultramarino en el que se puede comprar casi todo lo necesario para cubrir la alimentación.
Farmacia	Cubre todas necesidades para la medicación.
Bares	Clubs sociales en los que reunirse y relacionarse con más gente.
Recursos comarcales	Limpieza a domicilio para personas mayores (SAD).
Asociación de la tercera edad	Organización de actividades.
Sentimiento de pertenencia	Gran vínculo con el pueblo, su historia y con la gente.
BARRERAS	

Barreras arquitectónicas	Presencia de ellas en varios edificios y zonas no accesibles como el hogar del jubilado.
Transporte	El transporte comarcal y municipal es escaso y esto es de gran relevancia puesto que para la mayoría de los servicios hay que trasladarse a otro municipio.
Recursos	No hay ni residencias ni centros de día para las personas mayores por lo tanto aquellas que requieren alguno de estos servicios se tiene que ir del municipio (13).
Médicos	Necesidad de trasladarse para especialistas a Calatayud o Zaragoza.

Podemos observar cómo las barreras tienen una consecuencia directa en las rutinas de los habitantes del municipio e identificar algunas de las necesidades en este entorno en concreto. No obstante, para analizar profundamente las necesidades de las personas que van a ser objeto de intervención se realizarán una serie de evaluaciones estandarizadas detalladas en metodología.

Los **marcos y los modelos** que se han escogido de referencia para el desarrollo del programa de Terapia Ocupacional son los siguientes:

- Modelo de Ocupación Humana (MOHO): se trata de un modelo de la práctica de la Terapia Ocupacional que se basa en la ocupación y que está centrado en la persona. Tiene en cuenta la motivación intrínseca de las personas, es decir, la necesidad de las personas de ser productivas en su desempeño, la volición, la visión del ser humano como ser ocupacional y agente de su propio cambio, el ambiente tanto en dimensiones físicas como sociales y la interacción de las personas

con su ambiente (14). Por todo esto, es un modelo adecuado para el programa a desarrollar, ya que permite profundizar en los intereses, valores, causalidad personal por la que las personas eligen y mantienen ocupaciones, para que cada persona sea agente principal y tome sus propias decisiones y para tener en cuenta la importancia de los roles y hábitos, a través de los cuales se organiza el desempeño, las rutinas y la participación. En las personas mayores hay que hacer un replanteamiento de algunos componentes como en la volición por el aumento de tiempo libre en el que poder buscar nuevas ocupaciones, la habituación para adaptarse a los nuevos cambios por la pérdida de roles y la capacidad de desempeño que se ve condicionada por el envejecimiento y por los componentes físicos y mentales y suponiendo la pérdida de capacidades (15).

- Modelo de Desarrollo Comunitario Basado en Activos para la Salud: se trata de un modelo de promoción de la salud que da una perspectiva de la salud para apoyar a los individuos y comunidades en la adquisición de habilidades para optimizar las oportunidades de salud y bienestar. Se centra en las soluciones en vez de en los problemas, fomentando que se potencien las habilidades y capacidades de la comunidad y considera a las personas y comunidades como agentes y coproductoras de salud a través de la participación colectiva (16). Son considerados activos cuando la comunidad ve en ellos un potencial, un valor y a través de los cuales se puede mejorar su bienestar (17). Este modelo se ha seleccionado por las características del contexto y por el interés de la promoción de la salud y el bienestar.
- Marco de Justicia Ocupacional Participativa: el principal objetivo de este marco es fortalecer la inclusión social mediante la participación y con ello promover la creación de iniciativas que generen ocupaciones significativas y es a través de esto como se abordan las injusticias ocupacionales (18). Esta inclusión social facilita el origen de oportunidades con las cuales permitirá a los usuarios gozar de bienestar y la capacidad de participar plenamente en la sociedad evitando un desequilibrio ocupacional (5,19). Este modelo aporta la posibilidad de poder afrontar las injusticias ocupacionales de este municipio.

Además, se utilizarán escalas compartidas con otras disciplinas para evaluar la autonomía y nivel cognitivo de las personas mayores y adaptar el programa a ellos.

La Terapia Ocupacional es una disciplina esencial y muy implantada en geriatría utilizando la ocupación para aumentar la independencia, mejorar las competencias funcionales y la inclusión en el entorno físico y social, lo que está en línea con el enfoque principal de la gerontología (20). Desde la Terapia Ocupacional es posible abordar el envejecimiento en el medio rural, analizando las necesidades individuales y colectivas, para poder lograr un envejecimiento activo y una participación ocupacional satisfactoria. Además, a través de la participación las personas ejercitan y mantienen sus sistemas musculoesqueléticos y cardiopulmonar y se facilitan procesos sensoriales, cognitivos y neurológicos, porque se consigue disminuir el deterioro cognitivo y se promueve la salud física (11,21).

Un ejemplo de Programa de promoción de la autonomía en el ámbito rural lo podemos encontrar en el Programa "Rompiendo Distancias" de Asturias. Este consiste en un conjunto de actividades destinadas a la promoción de la autonomía personal en personas mayores de 65 años. Los aspectos para tratar son la prevención de situaciones de dependencia en personas en situación de fragilidad, la convivencia, la participación, la solidaridad y la integración social. Sus objetivos son mejorar la calidad de vida, mantener a las personas en su entorno habitual y promover la autonomía personal (22). Los resultados obtenidos en este programa, con objetivos similares a los propuestos en este TFG, llevan a considerar que éste puede implementarse de manera exitosa en el municipio de Used. Además, la inclusión de la Terapia Ocupacional puede conllevar un paso más en la consecución de los objetivos.

OBJETIVOS

General:

- Promover el envejecimiento activo y la salud de las personas mayores en el municipio de Used a través de la participación ocupacional en la comunidad.

Específicos:

- Identificar los intereses de las personas mayores a lo largo de su vida.
- Descubrir nuevos intereses.
- Identificar los activos para la salud de las personas mayores de Used y las barreras y facilitadores para el acceso a los mismos.
- Fomentar la participación de estos individuos a través de la realización de actividades significativas.
- Mejorar la participación de las personas mayores en los servicios y recursos de la comunidad.
- Lograr una participación activa de todos los usuarios.
- Mejorar la autoestima de las personas mayores haciendo que estas se sientan más valoradas y competentes y parte de la comunidad.
- Promover un uso satisfactorio del ocio y del tiempo libre.
- Fomentar la motivación en la realización de ocupaciones y actividades para continuar con ellas en el futuro.
- Aumentar las redes sociales de las personas mayores.

METODOLOGÍA

La evaluación individual inicial se realizará a través del Índice de Barthel, La Escala de Lawton y Brody, el cuestionario abreviado de Pfeiffer, listado de intereses, listado de roles y pie de vida. En primer lugar, pasaremos a todos los usuarios del hogar del jubilado el Índice de Barthel y La Escala de Lawton y Brody para valorar el grado de autonomía en las actividades básicas de la vida diaria y en las actividades instrumentales de la vida diaria respectivamente. Con esto se pretende conocer el punto de partida para diseñar la intervención adaptada a las necesidades (23).

Otra de las escalas que se pasará será el cuestionario abreviado del estado mental de Pfeiffer con el fin de evaluar la función cognitiva y detectar posibles deterioros cognitivos, para tenerlo en cuenta en la intervención. Posteriormente se valorarán las actividades y los roles más significativos y placenteros para ellos, tanto en la actualidad como en el pasado, y esto se hará a través del listado de intereses y el listado de roles del MOHO (24). Para obtener información sobre el equilibrio ocupacional, los hábitos y la

organización de rutinas las personas participantes cumplimentarán el Pie de Vida.

Se realizará una evaluación en grupo a modo de grupo de discusión con las personas participantes en el que la terapeuta actuará como moderadora. En él se recogerán y analizarán las necesidades ocupacionales del grupo y las barreras y facilitadores que identifican para cubrirlas (25).

Toda esta información se complementará con una evaluación del municipio y la comarca para identificar los activos para la salud de las personas mayores de esta comunidad y qué factores facilitan o impiden el acceso a los mismos y a la salud y bienestar de estas personas en general.

El programa de atención socio-comunitaria consta de cuatro fases que nombraré a continuación junto con los objetivos que se intentan abordar en cada una de ellas. Las explicaciones de cada una de las fases se llevarán a cabo en el apartado de desarrollo.

Fase 1: Evaluación y análisis de los resultados obtenidos.

Duración: 1 mes

Objetivos:

- Identificar los intereses de las personas mayores a lo largo de su vida.
- Descubrir nuevos intereses.
- Identificar los activos para la salud de las personas mayores de Used y las barreras y facilitadores para el acceso a los mismos.

Fase 2: Programación

Duración: 2 semanas

Objetivos:

- Lograr una participación activa de todos los usuarios.

Fase 3: Implementación del programa

Duración: 3 meses

Objetivos:

- Mejorar la autoestima de las personas mayores haciendo que estas se sientan más valoradas y competentes y parte de la comunidad.

- Promover un uso satisfactorio del ocio y del tiempo libre.
- Fomentar la participación de estos individuos a través de la realización de actividades significativas.
- Mejorar la participación de las personas mayores en los servicios y recursos de la comunidad.
- Fomentar la motivación en la realización de ocupaciones y actividades para continuar con ellas en el futuro.
- Aumentar las redes sociales de las personas mayores.

Fase 4: Evaluación de los resultados

Duración: 2 semanas

Objetivos:

- Comprobar el cumplimiento de los objetivos propuestos en el programa.

DESARROLLO

El lugar en el cual se va a llevar a cabo este proyecto será en el hogar del jubilado, cedido por el Ayuntamiento de Used. El horario ha sido seleccionado teniendo en cuenta la disponibilidad del espacio, y también la de la terapeuta ocupacional y las personas participantes.

El plan de intervención se desarrollará desde septiembre hasta enero incluido, excepto en los festivos de las navidades.

Tabla 2. Cronograma

FASES	DURACIÓN	HORARIO
Evaluación y análisis de los resultados.	Septiembre: 1 ^a /2 ^a semana → escalas y evaluaciones.	Septiembre: 3 ^a y 4 ^a semana → evaluación de la información obtenida por parte de la

			terapeuta ocupacional.	
Programación.	Octubre: 1 ^a semana → sesión 1.	Octubre: 2 ^o semana → sesión 2.	Miércoles: 17:00 - 19:00 h.	
Implementación del programa.	Octubre: Sesiones 1, 2, 3 y 4.	Noviembre: sesiones 5,6,7,8,9,10,11 y 12.	Diciembre: sesiones 13, 14, 15 y 16.	Lunes: 17:00 - 19:00 h. Miércoles: 17:00 - 19:00 h.
Evaluación de los resultados.	Enero: 1 ^a semana → evaluación con los usuarios.	Enero: 2 ^a semana → evaluación y redacción de informes por parte de la terapeuta ocupacional.	Miércoles: 17:00- 19:00 h.	

Fase 1: Evaluación y análisis de los resultados obtenidos.

En primer lugar, se concretará un día en el cual la terapeuta ocupacional irá al hogar del jubilado y explicará en qué consiste la Terapia Ocupacional y cuál es el proyecto que se va a llevar a cabo junto con sus objetivos. A continuación, los miembros del hogar del jubilado decidirán si quieren formar parte de este programa y se pasarán las evaluaciones seleccionadas.

Para que este proyecto esté adaptado a la realidad de esta comunidad y basado en los intereses y características del grupo, se han llevado a cabo dichas evaluaciones. Por lo tanto, esta fase ya ha sido desarrollada en dos sesiones de las que se ha extraído la información pertinente y tras ello se ha sintetizado y analizado para proponer este programa. En caso de ponerse en

marcha el proyecto, sería necesario volver a realizar esta fase ya que podrían variar tanto en participantes como en intereses y características de estos.

Las evaluaciones fueron pasadas a un total de 12 personas, las cuales afirmaron que querrían formar parte de él y participar en el presente trabajo voluntariamente. Entre estas 12 personas, 10 son mujeres y 2 hombres. Tras firmar un consentimiento informado comenzamos con la realización de las evaluaciones (Ver Anexo 4). Se ha tratado de ver los puntos en común de los participantes y escoger las similitudes y las coincidencias como líneas futuras de trabajo.

En la primera sesión, se pasaron el índice de Barthel, el Índice de Lawton y Brody y cuestionario abreviado del estado mental de Pfeiffer. La información más relevante extraída de estas escalas es la siguiente:

Tabla 3. Información relevante de las evaluaciones de la sesión 1.

Índice de Barthel	Índice de Lawton y Brody	Cuestionario de Pfeiffer
-Son personas independientes en las actividades básicas de la vida diaria.	-Hay 7 personas autónomas en las actividades instrumentales -Hay 5 personas con dependencia moderada y ligera en las actividades instrumentales. -Cabe destacar problemas en la realización de la compra y en la preparación de comida por la necesidad de proporción de ingredientes.	-2 personas obtuvieron 3 fallos en Pfeiffer., presentando un leve deterioro cognitivo.

En la segunda sesión, se realizaron el listado de intereses y el de roles, el pie de vida y el grupo de discusión para extraer las necesidades más propias de esta población.

Tabla 4. Información relevante de las evaluaciones de la sesión 2.		
Listado de intereses	Listado de roles	Pie de vida
-Destacar aquellos que coinciden en mayor número de personas: jardinería, actividades religiosas, jugar a las cartas, ver la TV, cocinar y pintar.	-Recalc当地 aquellos que la mayoría consideran valiosos: miembro de familia, amigo, voluntario y participar en organizaciones.	-Se puede observar un desequilibrio ocupacional ya que la mayor parte del tiempo lo dedican al descanso y a las actividades de la vida diaria.

Por último, la información más destacada obtenida en la asamblea fue la siguiente:

Tabla 5. Información relevante de la asamblea de la sesión 2.
NECESIDADES DETECTADAS
Cada vez hay menos personas en el hogar del jubilado porque todos los días hacen lo mismo (jugar a las cartas).
En invierno hay muy poca gente en el pueblo debido a las bajas temperaturas.
Dedican muchas horas a ver la TV o a no hacer nada y expresar aburrimiento por ello.
Refieren no poder hacer nada en el pueblo.
Pasan muchas horas solos en sus casas.

A través del uso de los recursos con los que cuenta el municipio como el hogar del jubilado, el apoyo entre vecinos y el sentimiento de pertenencia se pretende elaborar un programa para abordar la soledad y el desequilibrio ocupacional.

Fase 2: Programación

Sesión 1:

Esta sesión servirá para actividades que resulten significativas e interesantes para todas las personas participantes, a partir los resultados de las evaluaciones. Para facilitar el consenso, la terapeuta ocupacional ya habrá realizado un análisis previo de los puntos en común. Después de esto, se realizará una lluvia de ideas sobre actividades que les resultaría interesante realizar entre las que destacan: pintura, cocina, confección, jardinería y carpintería.

Sesión 2:

Tras analizar todas las propuestas sugeridas, se decidió realizar dos talleres, acordes a los intereses de las personas participantes, ya que disponemos de dos días a la semana: huerto y taller de cocina de recetas típicas del pueblo con la elaboración de un libro recopilando todas ellas, ilustrado por ellos mismos de manera manual.

Fase 3: Implementación del programa

Realizaremos unas 16 sesiones de dos horas cada una. Los lunes el huerto y los miércoles el taller de cocina.

Tabla 6. Distribución de las sesiones	
SESIONES	ACTIVIDADES POR REALIZAR
Sesión 1: lunes	Sesión de formación sobre el huerto. Explicación herramientas necesarias.
Sesión 2: miércoles	Recopilación de las recetas típicas del pueblo.
Sesión 3: lunes	Sesión de formación. Explicación de los pasos a seguir en la implantación del huerto.

Sesión 4: miércoles	Comenzaremos a desglosar las recetas con sus ingredientes y con los pasos a seguir. Este día hablaremos de los dulces típicos del carnaval (buñuelos, flores de agua, flores de leche y torrijas). Se anotarán todos los ingredientes y los pasos de la elaboración para después favorecer la realización del libro de recetas.
Sesión 5: lunes	Sesión de formación. Alimentos que se pueden plantar y ver su calendario de siembra.
Sesión 6: miércoles	Continuaremos desglosando recetas. Este día concretaremos las recetas de la matanza del tocino (bolas, fardeles, morcillas, chorizo, longaniza y conserva).
Sesión 7: lunes	Sesión de formación. Consejos en el cuidado de un huerto.
Sesión 8: miércoles	Por último, analizaremos las recetas de dulces y postres tradicionales como café de puchero, escaldados, galletas de nata, torta de chichorreta, torta frita, mostillo y harinosa.
Sesión 9: lunes	Comenzaremos a hacer los surcos del huerto y a distribuir los elementos necesarios en él (protectores, barras de sujeción...).
Sesión 10: miércoles	Se iniciará la elaboración del libro de manera manual, escribiendo los ingredientes, la elaboración y curiosidades relacionadas con el pueblo y el alimento. Después se realizará una pintura del plato.
Sesión 11: lunes	Plantar algunas hortalizas y verduras propias de la época.

Sesión 12: miércoles	Continuaremos con la elaboración del libro de recetas.
Sesión 13: lunes	Sesión de capacitación sobre los cuidados para que ellos mismos sean los encargados de ir a realizar las actividades pertinentes (regar, quitar malas hierbas...) cuando sea necesario.
Sesión 14: miércoles	Se elaborará una de las recetas, en este caso la más típica que es el bollete. Para ello, se irá a la tienda del municipio, comprarán los ingredientes y por grupos de dos personas elaborarán el producto final.
Sesión 15: lunes	Distribución de las tareas del huerto, dividiendo el calendario para que cada uno vaya realizando todas las actividades cuando les toque y recopilar toda la información necesaria y llevada a cabo durante el proceso para que puedan continuar con el huerto de manera autónoma y sigan distribuyéndose las tareas.
Sesión 16: miércoles	Por ser el último día del taller, se invitará a todos los vecinos del municipio a venir y ver el libro de recetas. Los usuarios explicarán cada una de las recetas que han reflejado en el libro y resolverán las dudas que puedan surgir. Al tratarse de personas mayores, tienen un mayor conocimiento sobre las recetas tradicionales que llevan haciendo muchos años en el pueblo.

En todas las sesiones hay infinidad de tareas que serán distribuidas en función de los intereses y de las capacidades y destrezas de cada uno de los participantes en el programa.

A través de actividades significativas, teniendo en cuenta la volición, habituación y capacidad de desempeño, se analizan las variables que afectan en la participación y el desempeño de los participantes y se tratará de aumentar su sentimiento de pertenencia, promover un uso satisfactorio del tiempo libre, una mayor participación y la creación de redes de apoyo (11).

Fase 4: Evaluación de los resultados

Tras acabar todas las sesiones del programa, el grupo se volverá a reunir con el fin de realizar una evaluación final.

Los usuarios deberán llenar un cuestionario de evaluación (Ver Anexo 5), con la cual se pretende conocer el nivel de satisfacción y las impresiones de los participantes. También se realizará una puesta en común sobre sus opiniones sobre el plan de intervención.

Por último, la terapeuta ocupacional redactará un informe con todos los resultados obtenidos en la evaluación.

El principal objetivo es "Promover el envejecimiento activo y la salud de las personas mayores en el municipio de Used a través de la participación en la comunidad"; por lo tanto, este es el resultado que se quiere obtener.

Se realizará un seguimiento de todas las sesiones y una evaluación intermedia. Para ello, se valorará la motivación en la participación de los usuarios, el número de participantes, los materiales, la duración y desarrollo de las sesiones, ...

Para valorar estos ítems, se utilizarán algunas fuentes de verificación como las fotos realizadas a lo largo de las sesiones, hojas de firmas para el seguimiento de las asistencias, cuestionarios de evaluación... También, se utilizará la observación a lo largo de las sesiones. Aparte de esto, después de cada sesión se hará una revisión junto con los participantes de las tareas realizadas y del cumplimiento de sus objetivos.

Por otro lado, el análisis de los resultados finales se hará de manera cuantitativa, contabilizando el número de personas que ha ido asistiendo a cada una de las sesiones y de manera cualitativa recogiendo las opiniones de los participantes.

Los indicadores que se tendrá en cuenta en la evaluación del cumplimiento de objetivos serán los siguientes:

Tabla 7. Indicadores de resultados	
OBJETIVOS	INDICADORES
Identificar los intereses de las personas mayores a lo largo de su vida.	Porcentaje de personas participantes a las que se ha evaluado con el listado de intereses.
Descubrir nuevos intereses.	Porcentaje de personas participantes a las que se ha evaluado a través del listado de intereses. Número de actividades nuevas propuestas en el grupo de discusión y en las programaciones de actividades durante el desarrollo del proyecto.
Identificar activos para la salud de las personas mayores de Used y barreras y facilitadores para el acceso a los mismos.	Número de activos, recursos, barreras, facilitadores y necesidades detectadas.
Lograr una participación activa de todos los usuarios.	Número de participantes que contribuyen en la programación y en la elección de las actividades que van a ser llevadas a cabo.
Mejorar la autoestima de las personas mayores haciendo que estas se sientan más valoradas y	Porcentaje de participantes que a través de la encuesta muestran satisfacción en el resultado del programa.

competentes y por tanto parte del resto de la comunidad.	Porcentaje de participantes que realizan aportaciones en la programación y en la elección de las actividades que van a ser llevadas a cabo.
Promover un uso satisfactorio del ocio y del tiempo libre.	Porcentaje de asistentes a las actividades realizadas. Porcentaje de participantes que a través de la encuesta muestran satisfacción con respecto a las actividades realizadas.
Fomentar la participación de estos individuos a través de la realización de actividades significativas.	Número de participantes en cada actividad. Porcentaje de participantes en los que se observa una gran implicación y asistencia a las actividades.
Mejorar la participación de las personas mayores en los servicios y en los recursos de la comunidad.	Porcentaje de personas que han asistido al programa. Número de recursos y servicios comunitarios utilizados por las personas mayores. Número de profesionales y recursos con los que se ha realizado colaboración y coordinaciones.
Aumentar las redes sociales de las personas mayores.	Porcentaje de personas en las que observamos una mejora en la relación y en el apoyo al realizar las actividades.

Para finalizar, con toda la información, la terapeuta ocupacional realizará una evaluación final.

Los recursos necesarios para llevar a cabo el programa son los siguientes:

Tabla 8. Recursos	
Recursos materiales	Recursos humanos
Centro del hogar del jubilado	Terapeuta ocupacional con un contrato de media jornada
Mesas y sillas	
Ordenador con acceso a internet	
Parcela de tierra	
Herramientas para el huerto	
Semillas	
Material de papelería: bolígrafos, lapiceros, folios, pinturas, rotuladores, tijeras, cartulinas...	
Ingredientes para la receta	
Cocina con horno y diversos útiles de cocina (el hogar del jubilado cuenta con una)	

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La creación de un grupo de personas mayores fomenta el establecimiento de relaciones significativas. Al formar un grupo cohesionado se consigue que estas personas se identifiquen con el resto y se relacionen entre ellas hasta para fomentar una red de apoyos muy necesaria en el entorno rural, ya que a través de la creación de relaciones de confianza se alarga la vida autónoma de las personas mayores mediante favores, control y seguridad (25). Del

mismo modo, compartir el trabajo realizado con todos los habitantes del pueblo favorece el reconocimiento de sus saberes y fortalece las redes de apoyo intergeneracional presentes en el entorno rural.

Finalmente, con este programa de intervención se pretende promover el envejecimiento activo en las personas mayores a través de la realización de actividades significativas, disfrutando de un ocio y tiempo libre satisfactorio, haciéndoles sentirse útiles, valorados y parte de la comunidad en la que viven. Tener la oportunidad de aprender, de sentirse relevante es una herramienta clave para disminuir el riesgo a ser excluidos o minusvalorados y facilitar el logro de una vida plena y satisfactoria (26).

Este programa permite una participación activa en la comunidad de las personas mayores del municipio. A través de la realización de los talleres, se pretende estimular y motivar a los pacientes, promoviendo las relaciones entre ellos. Además de fomentar el desarrollo psicomotor y conseguir un envejecimiento activo.

Será a través de los talleres como puedan obtener diversos beneficios desde una mirada ocupacional, comprometiéndose con la actividad, favoreciendo distintas habilidades de desempeño y fortaleciendo el sentido de logro. Además, se trata de talleres que incluyen la historia del pueblo, sus tradiciones y conocimientos reforzando el sentimiento de identidad y pertenencia (25,27).

A pesar de que el envejecimiento de la población es un tema de especial interés en la actualidad y que afecta en mayor proporción al medio rural, no se han establecido medidas ni programas para promover el envejecimiento activo, el mantenimiento del entorno y la mejora de la calidad de vida de las personas. Se trata de localidades con pocos servicios y por lo tanto con reducidas oportunidades ocupacionales. Used, en este caso, es un municipio muy pequeño, en el cual no han llegado a implantarse estos tipos de actividades.

Sería interesante que en un futuro se pudieran realizar programas comunitarios de interés para la población que hagan que se mantenga la vitalidad en estos municipios pudiendo conseguir mejorar la accesibilidad en

los servicios y recursos de la comunidad y favorecer el mantenimiento de las personas mayores en su entorno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarado García AM, Salazar Maya AM. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*. 2014;25(2):57-62.
2. Sarabia Cobo CM. Envejecimiento exitoso y calidad de vida: Su papel en las teorías del envejecimiento. *Gerokomos*. 2009;20(4):172-4.
3. Giró Miranda J. El envejecimiento activo en la sociedad española. *Envejec Act Envejec en Posit* [Internet]. 2006;15-36. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2756873>
4. Camarero Rioja L. Envejecimiento activo en el entorno rural ¿Igualdad de oportunidades? Documentación social (Ejemplar dedicado a: Riesgos demográficos y políticas públicas en la España rural). 2017:19-35.
5. Laborda Soriano AA, Aliaga AC, Vidal-Sánchez MI. Depopulation in Spain and violation of occupational rights. *J Occup Sci*. 2021;28(1):71-80.
6. Díaz FJ. Envejecimiento y dependencia en el contexto rural. Un estudio descriptivo sobre la provincia de Sevilla. [Internet] 2012. [citado 2022 Diciembre 20]. Disponible en: [Envejecimiento y dependencia en el contexto rural. Un estudio descriptivo sobre la provincia de Sevilla - Dialnet \(unirioja.es\)](http://dialnet.unirioja.es)
7. García Sanz B. Envejecimiento, recursos económicos y servicios sociales en el mundo rural. 2010;11:48-58.
8. Monreal Bosch P, Valle Gómez A, Serda Ferrer B. Los Grandes Olvidados: Las Personas Mayores en el Entorno Rural. 2009;18 (3):269-277.
9. Berg Weber M, Morley JE. Loneliness in old age: unaddressed health problem. *J Nutri Health Aging*. [Internet] 2020. [citado 2022 Diciembre 21]:243-245. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1323-6>
10. Camargo Rojas CM, Chavarro Carvajal DA. El sentimiento de soledad en personas mayores: conocimiento y tamización oportuna. *Univ Médica*. 2020;61(2).
11. Aguilar Parra JM, Álvarez Hernández J, Fernández Campoy JM, Salguero García D, Pérez Gallardo E. Investigación sobre

- envejecimiento activo y ocupación como fuente de salud y calidad de vida. 2013;2:147-54.
12. De las Heras de Pablo CG. Significado De La Terapia Ocupacional: implicaciones para la mejor práctica. Tog [Internet]. 2015;12:127-45. Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num7/significado.pdf>
13. Cofiño R, Aviñó D, Benedé CB, Botello B, Cubillo J, Morgan A, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? Gac Sanit. 2016;30(1):93-8.
14. Monreal i Bosch P, Valle Gómez Ad. Las personas mayores como actores en la comunidad rural: innovación y empowerment. Athenea Digital, 2010, núm.19, p.171-187 2010
15. De las Heras de Pablo CG. Modelo de ocupación humana. Vallehermoso (Madrid). Editorial Síntesis;2020.
16. Krzemien, D., Miranda, C. y Martín, G. La ocupación en la Gerontología: una perspectiva crítica del Modelo de Ocupación Humana. Revista Ocupación Humana. 20 (1), 82-105. Disponible en: <https://latinjournal.org/index.php/roh/issue/view/81/N%C3%B3mero%20completo>
17. Morgan A., Hernán M. Promoting health and wellbeing through the asset model. Rev. esp. sanid. penit. [Internet]. 2013 [citado 2023 Enero 13];15(3):78-86. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202013000300001&lng=es.
18. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model: <http://dx.doi.org/10.1177/10253823070140020701x> [Internet]. 2016 [citado 2023 Enero 13]; 2:17-22. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10253823070140020701x>
19. Whiteford G, Jones K, Rahal C, Suleman A. El Marco de Justicia Ocupacional Participativa como herramienta de cambio: Descripción y contraste de tres casos. J Occup Sci. 2018;25(4):1-12.
20. Kielhofner, Gary. Fundamentos conceptuales de la terapia ocupacional. Ed. Médica Panamericana, 2006.

21. Berrueta Maetzu LM, Ojer Ibíricu MJ, Trébol Urra A. Terapia Ocupacional en geriatría y gerontología. TOG (A Coruña) [Internet]. 2009 [citado 2023 Febrero 02] ; Vol6:215–58.
22. Pino M J, Ceballos C M. Terapia ocupacional comunitaria y rehabilitación basada en la comunidad: hacia una inclusión sociocomunitaria. Revista Chilena de Terapia Ocupacional. 2015;15(2):1-15.
23. García González J, Rodríguez Rodríguez P. Rompiendo distancias: un programa integral para prevenir y atender la dependencia de las personas mayores en el medio rural. Revista española Geriatría y Gerontología. 2015;40(1):22-33.
24. Trigás Ferrín M, Ferreira González L. Escalas de valoración funcional en ancianos. Galicia Clin [Internet]. 2011 [citado 2023 Febrero 13] ;72(1):11–6. Disponible en: <http://galiciaclinica.info/pdf/11/225.pdf>
25. Grau Sánchez J, González Román L, Zango Martín I. Instrumentos de valoración: guía para la práctica profesional e investigación. Escola Universitària d'infermeria Teràpia Ocupacional de Terrassa. [Internet]. 2022 [citado 2023 Febrero 24]. Disponible en: [Instrumentos de valoración en terapia ocupacional: guía para la práctica profesional e investigación | Biblioteca Fundación ONCE \(fundaciononce.es\)](https://www.fundaciononce.es/biblioteca/instrumentos-de-valoracion-en-terapia-ocupacional-guia-para-la-practica-profesional-e-investigacion)
26. Monreal Bosch P, Del Valle Gómez A. Las personas mayores como actores en la comunidad rural: innovación y empowerment. Athenea Digit Rev Pensam e Investig Soc. 2010;187(19):171.
27. María C, Bravo H. Horticultura como medio de intervención: una mirada ecológica desde la terapia ocupacional. Ter Ocup issn [Internet]. [citado 2023 Marzo 2] 2017;17:169–74. Disponible en: <https://revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/48143#:%~:text=>

ANEXOS

ANEXO 1

Resultado Índice de Barthel				
NOMBRE	EDAD	SEXO	PUNTUACIÓN	RESULTADO
A.G. P	78	Mujer	100	Independiente
C.M. P	85	Mujer	100	Independiente
E.P. V	82	Hombre	100	Independiente
H.M. G	80	Mujer	100	Independiente
J.V. P	78	Mujer	100	Independiente
M.C.P. G	80	Mujer	100	Independiente
M.J.M. B	79	Mujer	100	Independiente
M.O.H	91	Mujer	95	Independiente
N.M.C	86	Mujer	100	Independiente
P.M.C	94	Mujer	90	Independiente
L.B. S	79	Mujer	100	Independiente
R.S. L	83	Hombre	100	Independiente

ANEXO 2

Resultados Escala de Lawton y Brody				
NOMBRE	EDAD	SEXO	PUNTUACIÓN	RESULTADO
A.G.P	78	Mujer	8	Autónoma

C.M.P	85	Mujer	8	Autónoma
E.P.V	82	Hombre	5	Dependencia moderada
H.M.G	80	Mujer	8	Autónoma
J.V.P	78	Mujer	8	Autónoma
M.C.P.G	80	Mujer	7	Dependencia ligera
M.J.M.B	79	Mujer	8	Autónoma
M.O.H	91	Mujer	6	Dependencia ligera
N.M.C	86	Mujer	8	Autónoma
P.M.C	94	Mujer	5	Dependencia moderada
L.B.S	79	Mujer	8	Autónoma
R.S.L	83	Hombre	6	Dependencia ligera

ANEXO 3

Resultados Cuestionario abreviado del estado mental de Pfeiffer				
NOMBRE	EDAD	SEXO	PUNTUACIÓN	RESULTADO
A.G.P	78	Mujer	0	Normal
C.M.P	85	Mujer	1	Normal

E.P.V	82	Hombre	3	Leve deterioro cognitivo
H.M.G	80	Mujer	0	Normal
J.V.P	78	Mujer	0	Normal
M.C.P.G	80	Mujer	2	Normal
M.J.M.B	79	Mujer	1	Normal
M.O.H	91	Mujer	2	Normal
N.M.C	86	Mujer	1	Normal
P.M.C	94	Mujer	3	Leve deterioro cognitivo
L.B.S	79	Mujer	2	Normal
R.S.L	83	Hombre	1	Normal

ANEXO 4

MODELO CONTENIDO CONSENTIMIENTO INFORMADO

Datos del estudio para el que se otorga el consentimiento

Investigador principal:

Título del proyecto:

Centro:

Datos del participante:

Nombre:

Persona que proporciona la información y la hoja de consentimiento

Nombre:

1. Declaro que he leído la hoja de información al participante sobre el estudio citado.

2. Se me ha entregado una copia de la hoja de información al participante y una copia de este consentimiento informado, fechado y firmado. Se me ha explicado las características y el objetivo del estudio, así como los posibles beneficios y riesgos del mismo.

3. He contado con el tiempo y la oportunidad para realizar preguntas y plantear las dudas que poseía. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.

4. Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.

5. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi tratamiento médico futuro.

Firmo por duplicado, quedándome una copia.

Fecha: Firma del participante:

Fecha: Firma del participante:

"Hago constar que he explicado las características y el objetivo del estudio y sus riesgos y beneficios potenciales a la persona cuyo nombre aparece escrito más arriba. Esta persona otorga su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento".

Fecha:

Firma del investigador:

ANEXO 5

Cuestionario de evaluación (elaboración propia)

Califica del 1 al 5 la satisfacción relacionada con los siguientes ítems:

1. Nivel de satisfacción general
 - a. 1: Muy insatisfecho
 - b. 2: Insatisfecho
 - c. 3: Neutral
 - d. 4: Satisfecho

- e. 5: Muy satisfecho
2. Elección de las actividades a realizar
 - a. 1: Muy incorrecta
 - b. 2: Incorrecta
 - c. 3: Neutral
 - d. 4: Correcta
 - e. 5: Muy correcta
 3. Intervención del profesional
 - a. 1: Muy incorrecta
 - b. 2: Incorrecta
 - c. 3: Neutral
 - d. 4: Correcta
 - e. 5: Muy correcta
 4. Duración de las sesiones
 - a. 1: Muy incorrecta
 - b. 2: Incorrecta
 - c. 3: Neutral
 - d. 4: Correcta
 - e. 5: Muy correcta
 5. Disponibilidad de material
 - a. 1: Muy incorrecta
 - b. 2: Incorrecta
 - c. 3: Neutral
 - d. 4: Correcta
 - e. 5: Muy correcta
 6. Nivel de comodidad en el tránscurso del programa
 - a. 1: Muy incomodo
 - b. 2: Incomodo
 - c. 3: Neutral
 - d. 4: Cómodo
 - e. 5: Muy cómodo
 7. Indica qué es lo que más te ha gustado del programa
 8. Señala los aspectos que mejorarías del programa
 9. ¿Volverías a participar en una actividad similar en el futuro?