

***Grado en Terapia Ocupacional***

Curso Académico 2011 / 2012

**TRABAJO FIN DE GRADO**

Diseño de un programa de activación, prevención y promoción de la salud para la población mayor

**Autor/a:** Sandra Cristina Baquerizo Moina

**Tutor/a:** Laura Gonzalo Ciria

## **ÍNDICE**

<b>1 RESUMEN.....</b>	<b>2</b>
<b>2 INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>3</b>
<b>3 OBJETIVO GENERAL.....</b>	<b>5</b>
<b>4 METODOLOGÍA.....</b>	<b>5</b>
<b>5 DESARROLLO.....</b>	<b>6</b>
<b>6 CONCLUSIONES.....</b>	<b>11</b>
<b>7 BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>12</b>
<b>8 ANEXO 1.....</b>	<b>14</b>
<b>9 ANEXO 2.....</b>	<b>17</b>

## **1 RESUMEN**

Actualmente el aumento en la esperanza de vida y del envejecimiento de la población conllevan a un incremento en la incidencia y prevalencia de los trastornos cognitivos. El DSM-IV-TR define el deterioro cognoscitivo relacionado con la edad, cuando el objeto de atención clínica es un deterioro de la actividad cognoscitiva, demostrado objetivamente, a consecuencia de la edad y que está dentro de los límites normales de la misma. Además de la edad existe otro factor de riesgo como es la jubilación, ya que supone una compleja transición psicosocial que conlleva cambios económicos, sociales y familiares, así como a la perdida de hábitos y roles de las personas mayores. Debido a esto se deberán tomar medidas para que las personas jubiladas puedan adoptar un nuevo papel, con otras expectativas de comportamiento y una modificación del curso cotidiano de la vida, en las que deberán estar presente nuevas ocupaciones o actividades que les permitan adaptarse a esta nueva etapa de su vida.

Para esto se propone el diseño de un programa de activación, prevención y promoción de la salud para la población mayor, para ralentizar la aparición del deterioro cognitivo y mejorar la calidad de vida.

La metodología utilizada para el desarrollo de este programa será por una parte el proceso de Terapia Ocupacional descrito en el Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional, y por otra el Modelo de Ocupación Humana de Kielhofner.

En el desarrollo se realizará una fase de screening que será imprescindible para la correcta selección de los participantes, así como para la formación de los grupos de trabajo con el mismo nivel cognitivo. Las actividades propuestas se han diseñado desde un enfoque bio-psico-social.

Para concluir, con este programa se espera contribuir a la disminución en el gasto socio-sanitario y del sufrimiento humano no solo de los usuarios en riesgo de padecer demencias, sino también de sus familiares, mejorando así la calidad de vida de la población mayor.

## **2 INTRODUCCIÓN**

A principios del siglo XX existían en España 18.618.086 de habitantes, pero según el informe del Instituto Nacional de Estadística a 1 de Enero del 2007, la cifra asciende a 45.200.737, es decir, 2,4 veces más. Consecuentemente la cantidad de personas mayores se ha multiplicado por ocho respecto a 1900, habiendo en España 7.531.826 de personas mayores de 65 años (16% de la población total), y según los datos oficiales actualmente la esperanza de vida alcanza los 80,2 años.(1) Este aumento en la esperanza de vida y del envejecimiento de la población conllevan a un incremento en la incidencia y prevalencia de los trastornos cognitivos. Su prevalencia se estima en un 10% en los mayores de 65 años y del 20% en mayores de 80 años. (2)

El deterioro cognoscitivo afecta a la memoria y a otras áreas de funcionamiento intelectual (atención/concentración, lenguaje, gnosias, funciones visoespaciales..), pero no alcanza la intensidad para merecer el diagnóstico de demencia. El **DSM-IV-TR** presenta la categoría de **deterioro cognoscitivo relacionado con la edad**, cuando el objeto de atención clínica es un deterioro de la actividad cognoscitiva, demostrado objetivamente, a consecuencia de la edad y que está dentro de los límites normales de esa edad. Los individuos con este déficit pueden tener problemas para recordar nombres o citas y experimentar dificultades para solucionar problemas complejos. Se usa esta categoría tras haber determinado que el deterioro cognoscitivo no es atribuible a un trastorno mental específico o a una enfermedad neurológica.(3)

Por otra parte, la afectación de las distintas áreas cognitivas no solo afecta a la disminución de la memoria de retención y de sucesos recientes y/o a la capacidad de aprendizaje sino que también afecta a la realización correcta de las actividades de la vida diaria tales como la utilización de los medios de transporte, la administración del dinero, la realización de las actividades domésticas, etc. (4) En las personas mayores, la edad es el principal factor de riesgo para la aparición del deterioro cognitivo leve, pero además de este existe otro factor de riesgo como es la jubilación.(5)(6) Según el grupo de expertos del PAPPS (Programa de Prevención en Salud Mental en Atención Primaria) la **jubilación** se define como "la

## Diseño de un programa de activación, prevención y promoción de la salud para la población mayor

prestación salarial y situación social que conlleva el cese de la etapa laboral de la vida del individuo, por razón de la edad o por incapacidad física y/o mental". Pero este paso a la inactividad laboral en las personas que han dedicado varias décadas de su vida al trabajo supone una compleja transición psicosocial, por lo que la etapa de la jubilación conlleva cambios económicos, físicos y psíquicos, y repercusiones sociales y familiares del individuo. (7)

Por esta razón aunque no se puedan evitar los factores de riesgos ya que forman parte de la vida, si se pueden tomar medidas para promover la ocupación, el aprendizaje y el mantenimiento de una mente activa; dichas estrategias inciden en la mejora del autoestima, factor que ayuda a prevenir la demencia precoz. (8)

Por todo ello, la creación de este **programa de activación, prevención y promoción de la salud para la población mayor** ayudará a mejorar la calidad de vida de estos usuarios, ya que se les ofrece la oportunidad de participar en actividades saludables y satisfactorias, facilitando su desenvolvimiento ocupacional competente. Este programa está basado en las características, los objetivos y las necesidades de cada usuario. De esta manera queda justificado el papel del Terapeuta Ocupacional ya que trabaja de forma integral todos los aspectos relacionados con la atención de las personas mayores potenciando la autonomía y previniendo la dependencia.(9)

Debido a que las personas mayores tienen una gran preocupación por la facilidad con que pueden olvidar las cosas que consideran importantes, en este programa se hará mayor hincapié en las intervenciones cognitivas ya que son efectivas en la prevención del deterioro cognitivo en las personas mayores sanas, y eso se debe a que estos usuarios mantienen las capacidades cognitivas y recursos residuales, suficientes para mejorar el conocimiento de las estrategias y usarlas, por lo que el aprendizaje es posible, incluso en la vejez. Y además se puede mantener este rendimiento de la memoria a través del ejercicio y la práctica, obteniendo de esta forma efectos beneficiosos en la calidad de vida de las personas mayores.(10)(11)(12)(13)(14)

Y por último haciendo referencia a una cita latina muy conocida "MENS SANA IN CORPORE SANO", no debemos olvidar los efectos beneficiosos del ejercicio físico como medida para mantener o mejorar las cualidades físicas como la fuerza y el

## Diseño de un programa de activación, prevención y promoción de la salud para la población mayor

control muscular, el equilibrio y la resistencia, sino que además de esto ayuda a mejorar el sentimiento de bienestar, la inteligencia, la percepción motriz, el aprendizaje y la actividad mental consiguiendo con ello un incremento de la autonomía y de la calidad de vida de las personas mayores. (15)(16)(17)

Este programa puede realizarse en cualquier Centro de convivencia para Mayores ya que son espacios de encuentro y relación, destinados a ofrecer a las personas mayores servicios y actividades adecuadas a sus necesidades e intereses. Estos centros constituyen una red de equipamientos y servicios para la participación, la integración, el encuentro, la convivencia y el ocio de las personas mayores. (18)

### **3 OBJETIVO GENERAL**

- Diseñar un programa de activación, prevención y promoción de la salud para la población mayor, para ralentizar la aparición del deterioro cognitivo y mejorar la calidad de vida.

### **4 METODOLOGÍA**

Las fuentes de información bibliográficas utilizadas para la realización de este trabajo han sido: IME, Dialnet, Pubmed, Sciverse Scopus, Otseeker. Los términos utilizados fueron “personas mayores”, “ las intervenciones cognitivas”, “consecuencias psicosociales de la jubilación”, “jubilación”, “ programa de prevención en salud mental en atención primaria” y un “ Estudio: prevención de la dependencia-preparación para la jubilación”.

Además de la utilización de las bases de datos se utilizaron para este trabajo los libros propios de terapia ocupacional y de geriatría que se encuentran en la biblioteca de la facultad de ciencias de la salud especificados en la bibliografía.

Para la realización de este programa se seguirá el proceso de Terapia Ocupacional descrito en el Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: ámbito de competencia y proceso de la “American Occupational

## Diseño de un programa de activación, prevención y promoción de la salud para la población mayor

Therapy Association (AOTA)", 2010. Este proceso incluye la **evaluación** (perfil ocupacional y análisis del desempeño ocupacional) y la **intervención** (plan de intervención, aplicación de la intervención y revisión de la intervención). El apartado **resultados** no se incluyen en este programa dado que se trata de un diseño que no se ha puesto en marcha. (19)

Junto a este, se utilizará como modelo teórico el Modelo de Ocupación Humana de Kielhofner ya que explica al ser humano como un sistema abierto que evoluciona y sufre diferentes formas de crecimiento, desarrollo y cambio a través de la interacción con el ambiente, e incorpora una gama de conceptos relacionados con la motivación, la formación de patrones, el desempeño de la ocupación y la influencia del entorno.(20)

## **5 DESARROLLO**

Como se ha mencionado antes, la jubilación supone una completa transición psicosocial y esto llevará a las personas mayores además de a una perdida de roles y hábitos, al aburrimiento, la pasividad, la soledad o aislamiento. Debido a esto las personas jubiladas necesitan adoptar un nuevo papel, con otras expectativas de comportamiento y una modificación del curso cotidiano de la vida en las que deben estar presente nuevas ocupaciones o actividades que permitan al usuario adaptarse a esta nueva etapa de su vida.(19)(21)

Muchas de estas ocupaciones o actividades estarán dentro de este programa.

Para poder participar en este programa los usuarios deberán cumplir los siguientes requisitos:

- Estar jubilado/a.
- Obtener más de 24 puntos en el MINI EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO.
- Traer de su medico de atención primaria el resumen de su HISTORIA CLÍNICA, donde conste que no padece una enfermedad infecto-contagiosa. Es importante resaltar que las enfermedades físicas propias del envejecimiento (HTA, DM, artrosis, osteoporosis...) no serán excluyentes para la participación de los usuarios en este programa.

## Diseño de un programa de activación, prevención y promoción de la salud para la población mayor

Los usuarios que hayan cumplido con estos requisitos entrarán a formar parte de este programa. Al comienzo del mismo, se les realizará la evaluación OPHI II: ENTREVISTA HISTÓRICA del DESEMPEÑO OCUPACIONAL.

Esta evaluación será de utilidad para la elaboración del **perfil ocupacional** de los usuarios (quién es el cliente, por qué está solicitando los servicios, cuáles son las áreas de ocupación exitosas y las que crean problemas o riesgos, qué contextos y entornos apoyan o limitan la participación, cuál es el historial ocupacional del usuario, cuales son sus prioridades, etc.)

Para el **análisis de la ejecución ocupacional** se utilizarán las siguientes herramientas de valoración: el Indice de Barthel, la Escala de Lawton y Brody, la versión reducida de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, la evaluación de las Habilidades de Comunicación e Interacción (ACIS) y la evaluación de las Habilidades Motoras y de Procesamiento (AMPS). (ANEXO 1)

Estas valoraciones serán de utilidad para desarrollar las hipótesis sobre las fortalezas y las limitaciones del desempeño ocupacional del usuario, así como establecer los objetivos y las metas del programa.

### **Distribución de los grupos**

El trabajo en grupo muestra que la ganancia de una intervención es máxima cuando los participantes pueden beneficiarse del efecto reconfortante y motivador de compartir sus preocupaciones acerca de la memoria con otros. (22) Debido a esto se formarán tres grupos que se establecerán en función de la puntuación obtenida en el MEC:

- 1º Grupo: Deberán tener una puntuación de entre 35-32 puntos, en este grupo podrán participar alrededor de 20 usuarios.
- 2º Grupo: Deberán tener una puntuación de entre 31-28 puntos, en este grupo podrán participar alrededor de 16 usuarios.
- 3º Grupo: Deberán tener una puntuación de entre 27-24 puntos, en este grupo podrán participar alrededor de 12 usuarios.

### **Horarios y distribución del tiempo**

Las actividades que se realizarán en los "Centro de Convivencia de Mayores", serán de hora y cuarto de duración para cada grupo de lunes a viernes en horario de mañanas:

## Diseño de un programa de activación, prevención y promoción de la salud para la población mayor

- 1º Grupo: de 9:00 a 10:15 h
- 2º Grupo: de 10:30 a 11:45 h
- 3º Grupo: de 12:00 a 13:15 h

Cada grupo durante los primeros 45 minutos realizará actividades cognitivas y durante la siguiente media hora actividades físicas.

Y para la realización de las actividades sociales cada grupo acudirá al centro un día a la semana en horario de tardes, la duración de esta actividad será de una hora. (ANEXO 2)

Este programa tendrá la duración de un año lectivo, en el que se re-evaluará cada 4 meses el plan de intervención en relación a lograr los resultados establecidos en las metas, a través de la observación y las herramientas de evaluación. Si las metas no se cumplen se modificará el plan según las necesidades personales de los usuarios.

### • **OBJETIVO GENERAL**

Ralentizar la aparición del deterioro cognitivo potenciando la autonomía personal y la independencia para mejorar o mantener la calidad de vida.

### • **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Prevenir el deterioro cognitivo leve para evitar la aparición de enfermedades como el Alzheimer u otros tipos de demencias.
- Mejorar los niveles cognoscitivos de los usuarios.
- Mejorar y/o mantener la independencia en las AVD básicas e instrumentales.
- Disminuir los niveles de ansiedad y depresión y mejorar la autoestima.
- Crear hábitos saludables para mejorar el estado físico orgánico.
- Compensar la perdida de hábitos y roles tras la inactividad laboral.
- Prevenir el aislamiento social de los usuarios promoviendo la participación en actividades grupales.

### • **METAS**

- Mantener en el 90% de los usuarios la puntuación obtenida en el MEC.

## Diseño de un programa de activación, prevención y promoción de la salud para la población mayor

- Mantener en el 90% de los usuarios la puntuación obtenida en el Índice de Barthel y en la escala de Lawton y Brody
- Mejorar en el 90% de los usuarios la puntuación obtenida en la versión reducida de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.
- Mejorar en el 90% de los usuarios la puntuación obtenida en la evaluación de las Habilidades de Comunicación e Interacción (ACIS) y en la evaluación de las Habilidades Motoras y de Procesamiento (AMPS).

El **tipo de intervención** para ayudar a los usuarios a alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social será el “*Uso terapéutico de las ocupaciones y de las actividades*”: El usuario participará en aquellas ocupaciones que van de acuerdo a los objetivos de la intervención, así como en actividades seleccionadas específicamente para permitirle desarrollar habilidades que promuevan la participación ocupacional mediante actividades con propósito y basadas en la ocupación. A continuación se desarrollaran las actividades del programa.

## **ACTIVIDADES**

### **1.- Programa de Estimulación Cognitiva.**

#### Objetivos:

- Mantener o recuperar las funciones mentales superiores (atención, memoria, praxias, funciones ejecutivas, cálculo..).

#### Ejemplos de actividades

- Escritura, lectura
- Comunicación
- Terapia de Reminiscencia
- Buenos días, etc.

### **2.- Programa de Actividades de la Vida Diaria Instrumentales**

#### Objetivos:

- Mantener la independencia de los usuarios en la realización de las actividades de la vida diaria instrumentales.

Diseño de un programa de activación, prevención y promoción de la salud para la población mayor

Ejemplos de actividades:

- Manejo de los medios de transportes mediante técnica “rol playing” (autobús, tranvía, tren..)
- Manejo del propio dinero (compras...)
- Manejo de la medicación
- Salud bucal, etc.

**3.- Taller de Psicomotricidad y Música.**

Objetivo:

- Tomar conciencia de los recursos motores, cognitivos y de relación de la persona mayor, así como también del esquema corporal, espacial y temporal.
- Desarrollar los aspectos referidos al bienestar emocional, la salud física y el funcionamiento social a través de las respuestas musicales.

Ejemplos de actividades

- Coordinación de movimientos
- Seguimiento rítmico
- Movimiento de los distintos segmentos del cuerpo, etc.

**4. Taller de Gerontogimnasia**

Objetivo:

- Mantener y mejorar el estado físico del usuario y ralentizar su deterioro físico.

Metodología:

- Se realizará una tabla con diferentes ejercicios físicos adaptados a la capacidad física y cognitiva del usuario y del grupo.

**5. Taller de Habilidades Interpersonales y Habilidades Sociales**

Objetivos:

- Mejorar la resolución de problemas interpersonales y generar una actitud positiva ante estos, buscando soluciones.
- Potenciar los roles y el concepto de empatía.

Ejemplos de actividades:

- Teatro

Diseño de un programa de activación, prevención y promoción de la salud para la población mayor

- Improvisaciones
- Rol-playing, etc.

## 6. **Programa de Educación Sanitaria**

### Objetivos:

- Aumentar la responsabilidad de los usuarios ante el cuidado de su propia salud para poder prevenir la aparición de patologías asociadas a la edad.

### Ejemplos de actividades:

- Sesiones grupales con exposición en power-point de diferentes patologías asociadas a la edad, y la prevención de las mismas.
- Charlas de voluntarios y/o personas mayores que hayan ejercido profesiones del ámbito sanitario, etc.

## 7. **Programa de Ocio y Tiempo Libre**

### Objetivos:

- Ocupar el tiempo libre de actividades significativas y gratificantes para los usuarios según sus intereses y valores, aplicando el modelo de ocupación humana.

### Ejemplos de actividades:

- Fiestas señaladas (Halloween, Pilar, Navidad, Feria de abril...)
- Grupos de variedades: teatro, rondallas, corales, tunas, jotas...
- Taller de poesía
- Taller de cuentos y lectura
- Charlas de actualidad, etc.

## **6 CONCLUSIONES**

Con este programa las personas jubiladas se perseguirá conseguir nuevos roles y hábitos, evitando el sedentarismo, el aislamiento social, así los usuarios no solo ganarán en salud mental sino que también ganarán en salud física y emocional.

Por otra parte se contribuirá a la disminución en el gasto socio-sanitario y del sufrimiento humano no solo de los usuarios en riesgo de padecer demencias, sino también de sus familiares, mejorando así la calidad de vida de la población mayor.

## 7 BIBLIOGRAFÍA

- (1) Instituto Nacional de Estadística (INE) [página principal en internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2007. Disponible en:  
[http://www.ine.es/inebmenu/mnu\\_cifraspob.htm](http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm)
- (2) Novoa AM, Juárez O, Nebot Adell M. Efectividad de las intervenciones cognitivas en la prevención del deterioro de la memoria en las personas mayores sanas. *Gaceta sanitaria: Organo oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria* 2008;22(5):474-482.
- (3) Asociación Americana de Psiquiatría. *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto Revisado. Washington: Elsevier Masson; 2010.
- (4) Durante Molina P, Altimir Losada S. Demencia senil. En: Durante Molina P, Pedro Tarrés P. *Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica*. 2<sup>a</sup> ed.. Barcelona: Masson; 2004. p. 145-159.
- (5) Gómez Tolón J, Salvanés Perez R. *Terapia Ocupacional en Psiquiatría*. Zaragoza: Mira Editores; 2003.
- (6) Yanguas Lezaun M, Sancho Castiello MT, Leturia Arrazola FJ. Aspectos psicológicos del envejecimiento. En: Durante Molina P, Pedro Tarrés P. *Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica*. 2<sup>a</sup> ed. Barcelona: Masson; 2004. p. 63-73.
- (7) Fernández Alonso MC, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, García Campayo J, Montón Franco C, et al. Mental health prevention programme in primary care. *Atencion primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria* 2007;39 Suppl 3:88-108.
- (8) Duque Pineda J. Perspectiva ocupacional de las personas mayores. En: Corregidor Sánchez AI. *Terapia ocupacional en Geriatría y gerontología: Bases conceptuales y aplicaciones prácticas*. Madrid: Ergon; 2010. p. 19-24.
- (9) Durante Molina P, Noya Arnaiz B. Programa de activación con personas mayores. En: Durante Molina P, Pedro Tarrés P. *Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica*. 2<sup>a</sup> ed.. Barcelona: Masson; 2004. p. 259-266.
- (10) Bolaños C, Sánchez Galicia C. *Actividades para el cuidado de la salud con adultos mayores. Desde la perspectiva de Terapia Ocupacional*. Mexico: Limusa; 2010.

Diseño de un programa de activación, prevención y promoción de la salud para la población mayor

- (11)Cavallini E, Pagnin A, Vecchi T. Aging and everyday memory: The beneficial effect of memory training. *Arch Gerontol Geriatr* 2003;37(3):241-257.
- (12)Carretti B, Borella E, Zavagnin M, De Beni R. Impact of metacognition and motivation on the efficacy of strategic memory training in older adults: Analysis of specific, transfer and maintenance effects. *Arch Gerontol Geriatr* 2011;52(3):e192-e197
- (13)Bottiroli S, Cavallini E, Vecchi T. Long-term effects of memory training in the elderly: A longitudinal study. *Arch Gerontol Geriatr* 2008;47(2):277-289.
- (14)Fowler SB. Cognition training interventions for healthy older people and older people with mild cognitive impairment. *Clin Nurse Spec* 2011;25(4):178-179.
- (15)McDougall GJ, Becker H, Pituch K, Acee TW, Vaughan PW, Delville CL. The SeniorWISE Study: Improving Everyday Memory in Older Adults. *Arch Psychiatr Nurs* 2010;24(5):291-306.
- (16)Covadonga González Pisano A. «Add health to your years». Intervention program in the elderly. *Enfermeria Clinica* 2011;21(2):117-118.
- (17)Meixoeiro García T, Durante Molina P. Actividad física en personas mayores. En: Durante Molina P, Pedro Tarrés P. *Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica*. 2<sup>a</sup> ed.. Barcelona: Masson; 2004. p. 217-280.
- (18)Ayuntamiento de Zaragoza. Centro de convivencia para Mayores. Disponible en: [http://www.zaragoza.es/ciudad/sectores/mayores/detalle\\_Centro?id=510](http://www.zaragoza.es/ciudad/sectores/mayores/detalle_Centro?id=510)
- (19)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*. 2ed Edición (Traducción). [www.terapia-ocupacional.com](http://www.terapia-ocupacional.com) (portal en Internet). 2010
- (20)Gary Kielhofner. *Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional*. 3ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2004.
- (21)Bayés Sopena R. Active retirement. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia* 2009;44(6):297-298.
- (22)Valentijn SAM, Van Hooren SAH, Bosma H, Touw DM, Jolles J, Van Boxtel MP, et al. The effect of two types of memory training on subjective and objective memory performance in healthy individuals aged 55 years and older: A randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 2005;57(1):106-114.

## 8 **ANEXO 1**

### **HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN**

#### **1. MINI EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO Y COL.**

Es una adaptación del MMSE validada y normalizada por Lobo en 1979 para la población española, cuya versión de 35 ítems (MEC-35) quizá sea el test más empleado en España para detección de deterioro cognitivo. Esta valoración puede verse influido por la edad y el nivel educativo de la persona, alcanzando su mayor rendimiento en sujetos con un buen nivel cultural. Las puntuaciones del MEC se adaptan cuando existe imposibilidad de cumplimentar un ítem por analfabetismo o por déficit sensoriales mediante la obtención de puntuaciones corregidas.

Se puntúa de la siguiente forma:

- La puntuación máxima es de 35 puntos
- Valores normales: 30-35 puntos.
- Sugiere deterioro cognoscitivo : > 65 años: <24 puntos (24-29= borderline).  
≤ 65 años : <28 puntos

#### **2. OPHI: ENTREVISTA HISTÓRICA del DESEMPEÑO OCUPACIONAL**

Es una evaluación organizada en tres partes, que incluye:

- a) Una entrevista semi-estructurada que explora la historia ocupacional de un cliente.
- b) Escalas de calificación que proporcionan una medida de la identidad y competencia ocupacionales del cliente y el impacto del ambiente (entorno, atmósfera) de comportamiento ocupacional del cliente.
- c) Una narración (un relato) de la historia de la vida diseñada para capturar las características cualitativas destacadas de los antecedentes profesionales.

## Diseño de un programa de activación, prevención y promoción de la salud para la población mayor

### 3. INDICE DE BARTHEL.

Con esta escala podemos medir el grado de dependencia o independencia del paciente con respecto a las tareas propias del autocuidado. Hoy en día es uno de los instrumentos más utilizados internacionalmente y, en España es la escala más utilizada dentro de los servicios de geriatría y de rehabilitación.

Los grados de dependencia según la puntuación son:

- Independiente: 100 puntos (90 en pacientes en silla de ruedas)
- Dependencia leve: > o = 60 puntos
- Dependencia moderada: 20-35 puntos
- Dependencia total: < de 20 puntos.

### 4. ESCALA DE LAWTON y BRODY.

Esta escala al igual que el Indice de Barthel es la más utilizada, valida y fiable internacionalmente y en España, tiene un coeficiente de reproductividad inter e intra-observador alto (0.94), con esta escala podremos evaluar la capacidad del individuo para poder llevar una vida independiente en la comunidad.

Los grados de dependencia según la puntuación son:

- Máxima dependencia: 0 puntos
- Independencia total: 8 puntos

### 5. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIATRICA DE YESAVAGE

Se utilizará la versión reducida para evitar en lo posible la disminución de la concentración y el cansancio de los usuarios. Esta escala es específica para el anciano y esta recomendada por la British Geriatrics Society para evaluar la depresión de los ancianos. Su ventaja radica en que no se centra en molestias físicas, sino en aspectos relacionados con el estado de ánimo.

La puntuación de esta escala indica los siguiente:

- Normal: 0-5 puntos
- Probable depresión: 6-9 puntos
- Depresión establecida: >9 puntos

Diseño de un programa de activación, prevención y promoción de la salud para la población mayor

6. EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN (ACIS)

Es una herramienta observacional que mide la habilidad de un individuo en el discurso y el intercambio social en el transcurso de las ocupaciones diarias. Las observaciones, que se llevan a cabo para las vidas de los clientes, se utilizan para completar un formulario de puntuación que está compuesto por 20 puntos divididos en 3 dominios de comunicación e interacción: dominio físico, intercambio de información y relaciones.

Los resultados del ACIS proporciona información detallada sobre por qué una persona presenta dificultad en el desempeño.

7. EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES MOTORAS Y DE PROCESAMIENTO (AMPS)

Es una evaluación de observación estructurada, que mide las habilidades motoras y de procesamiento que se exhiben en las tareas de la vida diaria (es decir, actividades personales y domésticas de la vida diaria). La persona recibe una puntuación en 16 ítems de habilidad motora y de habilidad de procesamiento

Los resultados del AMPS proporciona información detallada sobre por qué una persona presenta dificultad en el desempeño.

## 9 ANEXO 2

### **HORARIOS Y DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO**

#### **MAÑANAS**

		<b>LUNES</b>	<b>MARTES</b>	<b>MIERCOLES</b>	<b>JUEVES</b>	<b>VIERNES</b>
1º G	<b>09:00</b> <b>09:45</b>	Estimulación Cognitiva	Educación Sanitaria	Programa de AVDI	Estimulación Cognitiva	Educación Sanitaria
	<b>09:45</b> <b>10:15</b>	Psicomotrida d y Música	Geronto-gimnasia	Psicomotrida d y Música	Geronto-gimnasia	Psicomotrida d y Música
2º G	<b>10:30</b> <b>11:15</b>	Estimulación Cognitiva	Educación Sanitaria	Estimulación Cognitiva	Programa de AVDI	Estimulación Cognitiva
	<b>11:15</b> <b>11:45</b>	Psicomotrida d y Música	Geronto-gimnasia	Psicomotrida d y Música	Geronto-gimnasia	Psicomotrida d y Música
3º G	<b>12:00</b> <b>12:45</b>	Estimulación Cognitiva	Educación Sanitaria	Estimulación Cognitiva	Programa de AVDI	Estimulación Cognitiva
	<b>12:45</b> <b>13:15</b>	Psicomotrida d y Música	Geronto-gimnasia	Psicomotrida d y Música	Geronto-gimnasia	Psicomotrida d y Música

#### **TARDES**

	<b>LUNES (1ºG)</b>	<b>MIERCOLES (2ºG)</b>	<b>JUEVES (3ºG)</b>
<b>17:00-18:00</b>	Habilidades interpersonales y sociales / Ocio y tiempo libre		