



**Universidad
Zaragoza**

Trabajo Fin de Grado

Proceso de Terapia Ocupacional: Prevención del deterioro cognitivo

Autor

Beatriz Marco Ripoll

Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud

2011-2012

RESUMEN

Mi trabajo de fin de grado va a estar basado en la aplicación de la Terapia Ocupacional en el proceso de prevención del deterioro cognitivo.

Este proyecto desarrollara el tema de los instrumentos de evaluación utilizados en terapia ocupacional para detectar el deterioro cognitivo y los procedimientos de intervención que se utilizan para la prevención y el tratamiento, en personas mayores.

Constara de una introducción en la que se explicara la población sobre la que se va a hacer el análisis, en este caso serán personas mayores, a las cuales, por su edad pueden padecer deterioro cognitivo. Además, se ubicara a estas personas en tiempo y espacio concretos. Para el estudio se cogerán personas mayores no institucionalizadas, se les realizara unas valoraciones para detectar si tienen deterioro cognitivo, posteriormente se llevara a cabo la prevención desde terapia ocupacional y por último, se explicara la importancia y la justificación del estudio.

Una vez este hecha la introducción y analizado el tema a desarrollar, se plantearan los objetivos que queremos conseguir siguiendo la línea de la terapia ocupacional en la prevención del deterioro cognitivo, antes de empezar con el proceso de prevención.

Planteados ya los objetivos, se explicara la metodología que se va a utilizar para hacer la prevención desde terapia ocupacional en el campo del deterioro cognitivo. Para detectar el deterioro cognitivo, la metodología utilizada será: realización de valoraciones estandarizadas, observación directa de las personas en estudio, ambiente, entorno, entrevista directa y entrevista a las personas más cercanas. Dependiendo del resultado obtenido con este método se pasara después a plantear la intervención desde el punto de vista de la prevención en las personas de riesgo.

En el desarrollo del trabajo se expondrá todo el proceso que hemos realizado, haciendo un análisis de la situación que nos hemos

encontrado en la población estudiada, para así comprender todos los pasos anteriores y poder llegar a una conclusión final y una evaluación de resultados. Indicando cual sería el trabajo práctico del terapeuta ocupacional en este ámbito de la prevención.

Una vez desarrollado el trabajo lo último serán las conclusiones a las que hemos llegado después del estudio. En las que, teniendo en cuenta la población, el análisis o valoración, el desarrollo del proceso de prevención y los resultados obtenidos, se explicara si hemos conseguido los objetivos planteados anteriormente y si el trabajo de prevención de terapia ocupacional ha sido exitoso o no, demostrando la importancia y la eficacia de la prevención del deterioro cognitivo en este colectivo. Aportando, en la medida de lo posible, conocimientos nuevos.

INTRODUCCION

- **JUSTIFICACION**

He elegido este tema para desarrollar mi trabajo de fin de grado, ya que para mi uno de los temas más importantes en terapia ocupacional es el deterioro cognitivo, sobre todo en materia de prevención, en la cual no se conoce demasiado y el trabajo realizado en esta área no tiene la connotación que tendría que tener.

Este proyecto desarrollara el tema de los instrumentos de evaluación utilizados en terapia ocupacional para detectar el deterioro cognitivo y los procedimientos de intervención que se utilizan para la prevención y el tratamiento, en personas mayores.

Está dirigido a mayores de 60-65 años, con posibilidad de encontrarse en situación de inicio del deterioro propio del envejecimiento. De modo que en principio, está dirigido tanto a personas sanas, como a personas en situación de algún nivel o tipo de discapacidad, buscando, así, cubrir objetivos de Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria.

- **ACTUALIZACION**

El envejecimiento, los cambios que a consecuencia de él se producen en el individuo y las repercusiones que esto tiene sobre sí mismo y sobre el entorno, han preocupado al hombre a lo largo de la historia.

Actualmente diferentes organismos nacionales e internacionales se han referido al tema del envejecimiento para establecer unas bases de actuación que prioricen la mejora de la salud, la integración y la protección social de las personas mayores. A su vez, la sociedad actual, demanda cada vez más la existencia de centros residenciales como la mejor forma de proporcionar a nuestros mayores unos cuidados integrales desde un marco de atención multidisciplinar y con la asistencia de profesionales especializados.

La Terapia Ocupacional tiene un importante papel dentro de estos servicios, actuando como mediadora para que la adaptación e integración de nuestros mayores en los centros residenciales sea rápida y sólida, al igual que facilitar un servicio donde se consiga dar una calidad de vida digna y merecida a los residentes.

La Terapia Ocupacional es una disciplina de carácter socio-sanitario que a través de la valoración de las capacidades y problemas físicos, psíquicos, sensoriales y sociales del individuo, pretende con un adecuado tratamiento ocupacional, capacitarle para alcanzar el mayor grado de independencia posible en su vida diaria, contribuyendo a la recuperación de su enfermedad y/o facilitando la adaptación a su discapacidad.

El deterioro cognitivo es la pérdida o alteración de las funciones mentales, tales como memoria, orientación, lenguaje, reconocimiento visual, conducta, que interfiere con la actividad e interacción social de la persona afectada. Deterioro cognitivo y demencia son conceptos similares, diferenciándose sólo por el grado de la alteración, y estos términos se utilizarán indistintamente en el presente capítulo mientras

no se hagan distinciones específicas. En forma similar, puede hablarse también de deterioro cognitivo demencial y no demencial.

La incidencia y prevalencia de demencia se han acrecentado significativamente en la segunda mitad del siglo XX, en relación con el aumento de la esperanza de vida en las poblaciones occidentales. En ellas, se calcula que 2% de la población general y 10% de la mayor de 60 años está afectada de algún grado de deterioro cognitivo. La edad es el factor de riesgo más importante de deterioro.

Se reconocen los siguientes tipos o grados de alteración cognitiva, aunque no todos suponen un trastorno patológico. Todos ellos tienen criterios diagnósticos debidamente tipificados sobre la base de las pruebas neuropsicológicas, que no es del caso detallar aquí.

- Deterioro cognitivo leve
- Deterioro cognitivo moderado
- Deterioro cognitivo severo

Enfermedades más frecuentes causantes de demencia:

- Enfermedad de Alzheimer
- Enfermedad de Pick
- Demencia vascular
- Enfermedad de Parkinson
- Demencia mixta

El trabajo desde terapia ocupacional en prevención del deterioro cognitivo consiste en un servicio dirigido a mejorar la calidad de vida de los individuos ofreciéndoles la oportunidad de participar en actividades saludables y satisfactorias, facilitando su desenvolvimiento, dirigidos a un entorno que promueva la elección, sea estimulante y proporcione oportunidades para experimentar comportamientos competentes en un contexto social seguro. Se enfatiza la importancia de la sensación de control y libre elección del individuo como causa del bienestar.

OBJETIVOS

Una vez recogida la información, conociendo sus intereses y preferencias, se establecen cuáles son los principales problemas y prioridades. De este modo se establecen los objetivos generales, pero después, según cada uno de los módulos y según, la opinión, demandas y preferencias de las personas, se establecen los objetivos específicos.

- **OBJETIVOS GENERALES**

Los objetivos generales son los siguientes:

- Promover la participación activa y voluntaria.
- Despertar el interés hacia las acciones.
- Sacar a la luz las habilidades y destrezas y facilitar que sea consciente de ellas.
- Estimular la confianza en sí mismo.
- Promover la libre expresión, tanto en las acciones como en las verbalizaciones.
- Estimular los contactos con el entorno (físico, social y cultural).
- Promover la utilización de actividades adecuadas, que sean estimulantes y de su interés.
- Crear oportunidades para que pueda desarrollar y acrecentar sus intereses.
- Evitar el aislamiento social.
- Potenciar y mantener la autonomía funcional: físico-cognitivo-afectivo.
- Mejorar posibles situaciones patológicas.
- Mejorar la autoestima y la calidad de vida.

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Según los módulos, que mas adelante expondré en el desarrollo, propuse una serie de objetivos específicos, para intentar conseguir en el mayor grado posible, los objetivos generales. Así, es más fácil

seleccionar las actividades a utilizar para ir más directamente al punto concreto que se desea modificar. Además, el hecho de sopesarlos con los participantes, hace que sea posible establecerlos más fácilmente, ya que surgen de necesidades concretas que ellos mismos demandaban o expresaban.

Cada Módulo sirve para unos objetivos diferenciados. Estos objetivos deben ser realistas, claros, medibles y evaluables.

METODOLOGIA

Para realizar este trabajo en prevención de deterioro cognitivo, se han elegido personas mayores no institucionalizadas, que por su edad pueden padecer esta enfermedad.

La población diana sobre la que se va a trabajar son personas mayores, aproximadamente 15, en un rango de edad de 80 a 93 años, de ambos sexos, localizadas en la ciudad de Teruel, no institucionalizadas y en su mayoría personas no dependientes.

La metodología utilizada es hacer una evaluación de las capacidades cognitivas con las escalas estandarizadas, que posteriormente pasare a explicar, después planteamiento de objetivos específicos para cada actividad que vayamos a realizar y posteriormente intervención con actividades para la prevención del deterioro cognitivo. Tras este proceso lo último que haremos será una evaluación final y un seguimiento, para llegar a las conclusiones finales del trabajo realizado.

La programación de las actividades de intervención se desarrolla en los siguientes módulos:

- ♦ Módulo 1: *Terapia Cognitiva y entrenamiento de las Funciones Mentales.*
- ♦ Módulo 2: *sobre Gimnasia Geriátrica y Psicomotricidad.*
- ♦ Módulo 3: *Laborterapia.*
- ♦ Módulo 4: *Ocio y Tiempo Libre, Terapia Recreativa.*

♦ Modulo 5: *Educación para la Salud y Asesoramiento a Familiares y Cuidadores.*

DESARROLLO

Lo primero que se realiza es un estudio sobre la población: sus características, situación social, estado de salud y situación posible de deterioro, según las demandas y solicitudes que presenta dicho colectivo, así como de sus familiares y cuidadores.

Como ya he dicho, en principio, estaba dirigido a mayores de 65 años, con posibilidad de encontrarse en situación de inicio del deterioro, propio del envejecimiento, o con alguna patología añadida, pero con el suficiente nivel de autonomía para poder acceder voluntaria e independientemente al servicio prestado.

En cuanto al nivel de deterioro, o patologías que presentaban, encontramos las patologías propias del envejecimiento, sobre todo en el aspecto físico:

- Enfermedades reumáticas, óseas y articulares
- Diabetes, alteraciones sensoriales (auditivas y/o visuales).
- Insuficiencia Cardíaca, ligera Insuficiencia Respiratoria, Hipertensión
- Intervenciones quirúrgicas, de prótesis de cadera, rodilla, o intervenciones renales
- Alteraciones en el estado de ánimo (depresión, ansiedad,...)
- Pero sobre todo encontramos algunas personas prácticamente sanas y muy autónomas

En cuanto a las características socio-económicas y culturales de las personas presentadas en el estudio, podríamos decir que su situación económica era media, y su nivel cultural, entre bajo y medio.

- Alguno presentaba dificultades a la hora de mantener relaciones sociales.

- Otros presentaban cierta situación de soledad
- Carencias en el ocio por falta de recursos
- Mal uso del tiempo libre del mucho que podían disponer

Todos estos datos, lo único que hacen notar una vez más, es la heterogeneidad de las personas mayores y que, como vemos, suelen presentar un amplio abanico de deficiencias y patologías.

Antes del comienzo de las actividades es necesaria cierta preparación y tareas como: Publicitar, informar y hacer llegar al máximo número de la población la importancia de la prevención y hacer una valoración y análisis previo y posterior de las actividades realizadas, su implicación y comparación de resultados esperados y resultados obtenidos con ellas.

- **EVALUACION**

Son varias las escalas útiles para poder hacer un seguimiento y diferenciar entre el envejecimiento normal y los diversos estadios de demencia. Son muchas y muy diversas las escalas que se pueden utilizar, pero en nuestro caso las utilizadas han sido las siguientes:

- Escala de Valoración de la Autonomía en Actividades Básicas de la Vida Diaria de BARTHEL.
- Escala de Lawton y Brody. Para la valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria.
- Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC), para valorar el estado cognitivo. El MEC de Lobo es la versión adaptada y validada en España del MMSE (*Mini-Mental State Examination*) de Folstein. Se trata de un test de cribado de demencias, útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas.

Existen dos versiones, de 30 y de 35 puntos respectivamente, siendo la de 30 puntos un instrumento más útil para comparaciones internacionales, y además es la única versión autorizada actualmente por los titulares de los derechos de Copyright (ver más abajo). Tanto en una versión como en la otra los ítems están agrupados en 5 apartados que comprueban orientación, memoria de fijación, concentración y cálculo, recuerdo diferido, y lenguaje y construcción.

Además de estas escalas, en algunos casos específicos, se realizaron otras valoraciones con otras escalas:

- Escala de depresión geriátrica: GDS (*Global Deterioration Scale*) de Reisberg clasifica a los pacientes desde un GDS 1 (normalidad), pasándose a un GDS 2 (sujeto normal con deterioro subjetivo de su memoria), GDS 3 (demencia leve), y GDS 4 a GDS 7 (estadios de demencia más graves). Dentro de esta escala, el Deterioro Cognitivo Leve se correspondería a un estadio entre el GDS2 y el GDS 3.

- Pseudodemancia

- Set-test de Isaacs: Este test de fluencia verbal semántica es útil en el caso de pacientes analfabetos o con déficit sensoriales, y requiere muy poco tiempo para su realización. Se pide al paciente que diga elementos de cada ítem 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, y es útil conservar los resultados para el seguimiento evolutivo del paciente.

- Valoración del equilibrio y de la marcha de TINETTI.

- Valoración de recursos sociales.

- **INTERVENCION**

MODULO 1: Terapia Cognitiva y entrenamiento de las Funciones Mentales.

Actividad indicada para potenciar y/o conservar sus funciones cognitivas superiores.

- Objetivos:

- Obtener un mejor rendimiento cognitivo, y con ello, una mejor autonomía de la persona, a través, del desarrollo de sus capacidades cognitivas mediante actividades específicas de estimulación y entrenamiento.

- Potenciar funciones como la orientación (temporal, espacial y personal), la memoria (de trabajo, episódica y semántica), capacidades visuo-espaciales (atención-concentración, percepción, gnosis...), praxis(comunicativas, constructivas e ideomotoras...), el lenguaje(lecto-escritura, categorización, denominación, comprensión...), capacidades ejecutivas (abstracción, planificación, resolución de problemas, programación...), psicomotrices (destreza manipulativa fina y gruesa, esquema corporal, prosopagnosia...).

- Metodología:

Taller de realización diaria, preferentemente por la mañana, puede hacerse de manera grupal o en sesiones individualizadas.

Se llevará a cabo en una sala y la actividad se realizará principalmente en mesas. La T.O supervisará y atenderá todas las dudas que se les plantee, corrigiendo los posibles fallos y ayudando a solucionarlos.

Las actividades serán variadas y se intentará que cada día se trabaje un área cognitiva diferente.

La actividad tendrá una duración de 1 hora.

- Recursos:

Mesas, sillas, material fungible (lapiceros, gomas de borrar, lápices de colores, rotuladores.....), fichas elaboradas por la T.O. y material del servicio (juegos de destreza manipulativa y secuenciación, juegos de praxis constructiva, juegos de concentración y reconocimiento...).

MODULO 2: Gimnasia Geriátrica y Psicomotricidad.

Actividad grupal con componentes físicos, destinada a todos que quieran o necesiten potenciar el equilibrio corporal y otros aspectos psicomotrices. Pueden participar en el taller todo de personas siempre y cuando sus limitaciones físicas o el deterioro cognitivo no les impida seguir las instrucciones de la actividad

- Objetivos:

- Trabajar aspectos psicomotrices como el esquema corporal, somatognosia, equilibrio, lateralidad, ritmo, atención-concentración, inhibición-espectancia.

- Potenciar las relaciones interpersonales dentro de una actividad que tiene un carácter lúdico para los participantes.

- Enseñar técnicas de relajación que puedan emplear ellos mismos cuando deseen.

- Crear un ambiente de trabajo alegre y distendido para un mejor rendimiento de los participantes en la actividad.

- Metodología:

La actividad se realizará en una sala tranquila, sin distracciones y los participantes se colocarán sentados en círculo. Tendrá una duración estimada de una hora.

Las actividades variarán en relación con el aspecto psicomotriz que se vaya a trabajar y se realizarán talleres de duración variable de musicoterapia, relajación, risoterapia...

- Recursos:

- Material de psicomotricidad: pelotas, aros, balones, anillas, picas...
- Material de musicoterapia: claves, castañuelas, campanas, maracas...
- Equipo de música.

MODULO 3: Laborterapia

Actividad grupal y con carácter voluntario, destinada para todos los aquellos que quieran desarrollar sus capacidades creativas.

- Metodología:

La actividad se realizará en una sala con buena iluminación. Los participantes se colocarán sentados a las mesas. Se estima una duración aproximada una hora y será de realización diaria, aunque dependerá de la demanda de los participantes, ya que es una actividad voluntaria.

Las actividades creativas variarán según la demanda de los propios asistentes. Una manualidad casi obligada es la preparación del calendario y el mural representativo de la estación. Esta actividad marcará las festividades como la Navidad y fechas señaladas y nos ayudará a la orientación temporal de los participantes.

Cada manualidad tendrá una metodología propia, siendo de duración variable (2 días, 1 semana...) en relación a su complejidad. Se propondrán manualidades, pero serán los propios participantes los que elijan las actividades que quieren desarrollar.

- Recursos:

- Mesas y sillas
- Material fungible de papelería, tijeras, pinceles...
- Materiales específicos según la manualidad.

MODULO 4: Ocio y Tiempo Libre, Terapia Recreativa.

Dentro de este modulo son muchas y muy diferentes las actividades que se pueden llevar a cabo. Será decisión de los participantes las actividades que se desarrollaran a lo largo del proyecto. Como actividades más demandadas son los juegos de mesa, bingo, proyección de películas, celebración de cumpleaños y fechas importantes (Navidad, santos...), lectura, debates en común, etc.

También es importante destacar que, a pesar del poco tiempo y de la reacción de los participantes, un poco distantes a esta tarea, se adentro como actividad positiva y de gran importancia para la prevención del deterioro cognitivo, el uso del ordenador, el estudio y el ejercicio físico. El llevarlo a cabo fue un poco complicado pero con el aporte científico de varios artículos, se fue adentrando en la actividad.¹

MODULO 5: Educación para la salud y Asesoramiento a Familiares y Cuidadores.

Consiste en orientar y educar a los familiares y cuidadores para el máximo beneficio de éstos y del paciente, ya que sobre todo, en los domicilios, es imprescindible que ellos continuasen y mantuvieran las recomendaciones que les diera.

- Objetivos:

- Promocionar la salud, dando asistencia a problemas específicos.

¹ Ver anexo

- Dar prioridad al mantenimiento de la función y potenciación de la autonomía, intentando liberar en lo posible la carga del cuidador principal.

- Asesorar y aconsejar al enfermo y al cuidador, para mantener la autonomía del primero y mantener la salud física y psíquica del segundo.

- Metodología:

La actividad se realizará en una sala tranquila, sin distracciones. Tendrá una duración estimada de una hora.

La forma de implementación de este modulo se puede hacer de diferentes maneras: clases teóricas, clases prácticas, videos, charlas, vivencias personales, etc.

- Recursos:

Dependiendo de la forma a llevarlo a cabo los recursos son distintos, pero en general se necesita un espacio con sillas y mesas para los participantes y apuntes o videos sobre los que se vaya a trabajar.

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
9:00 9:30	PREP. ACTVS DE LA MAÑANA	PREP. ACTVS DE LA MAÑANA	PREP. ACTVS DE LA MAÑANA	PREP. ACTVS DE LA MAÑANA	PREP. ACTVS DE LA MAÑANA
9:30 10:00	BUENOS DIAS	BUENOS DIAS	BUENOS DIAS	BUENOS DIAS	BUENOS DIAS
10:00 11:00	EST.COG.	EST.COG.	EST.COG.	EST.COG.	EST.COG.
11:00 12:00	PSICOMOTRI	PSICOMOTRI	PSICOMOTRI	PSICOMOTRI	PSICOMOTRI
12:00 13:00	ACTVS DE OCIO	EDUCACION Y ASESORAM	ACTVS DE OCIO	EDUCACION Y ASESORAM	ACTVS DE OCIO
13:00 13:30	RECOGER SALA Y MATERIAL	RECOGER SALA Y MATERIAL	RECOGER SALA Y MATERIAL	RECOGER SALA Y MATERIAL	RECOGER SALA Y MATERIAL
16:00 17:00	REGISTROS Y PREP. ACTIVIDADES	REGISTROS Y PREP. ACTIVIDADES	REGISTROS Y PREP. ACTIVIDADES	REGISTROS Y PREP. ACTIVIDADES	REGISTROS Y PREP. ACTIVIDADES

17:00	EDUCACION Y	ACTVS	EDUCACION Y	ACTVS	ACTVS
18:00	ASESORAM	CREATIVAS	ASESORAM	CREATIVAS	CREATIVAS
18:30	RECOGER SALA	RECOGER SALA	RECOGER SALA	RECOGER SALA	RECOGER
19:00	Y MATERIAL	Y MATERIAL	Y MATERIAL	Y MATERIAL	SALA
					Y MATERIAL

• EVALUACION FINAL

Al finalizar el estudio he realizado una evaluación de resultados según los resultados esperados y los obtenidos.

En cuanto al número de asistentes se esperaba la participación de 30 personas, de las cuales la mayoría de ellas han acudido al servicio prestado, por tanto la participación ha sido muy buena siendo esta de casi el 100%.

Refiriéndonos al grado de mejora y obtención de los objetivos propuestos, los resultados esperados no se pueden medir objetivamente, por falta de tiempo para tomarlos y de tiempo para llevar a cabo la intervención. Sin embargo sí han habido algunos casos específicos, donde el mismo usuario ha manifestado una mejora notable, tanto por él mismo, como por los que están a sus alrededor.

No puedo dejar constancia de los resultados, sin embargo, lo manifestado por los participantes, unas Encuestas de Satisfacción que tuvieron que hacer al finalizar la intervención, y mis observaciones, así como los comentarios y apreciaciones de unos usuarios hacia otros, me atrevo a decir que se obtuvieron las siguientes mejoras:

- mejora en la agilidad, flexibilidad y amplitud articular general.

- mejora en la concentración y memorización de datos concretos (sobre todo explicaciones orales) gracias a la mejora en la atención y en el aprendizaje de trucos mnemotécnicos.

- en Educación Sanitaria, se trató el tema de la Ergonomía e Higiene Postural para prevenir y aliviar problemas de espalda, que en,

al menos, un 15% de los casos fue aprendido y llevado a la práctica en el día a día por los participantes.

- mejora de la autoestima, sensación de bienestar emocional y prevención del aislamiento en casos particulares, así como mejora general en las relaciones interpersonales de todos los participantes.

- Desarrollo y descubrimiento de nuevas destrezas manuales con las actividades de Laborterapia, fomentando el esparcimiento creativo y nuevas aficiones o retomar aficiones olvidadas.

- Estimulación de la participación y mantenimiento del contacto social.

En cuanto a dificultades que he encontrado a la hora de llevar a cabo la intervención, ha sido el miedo de algunos mayores a enfrentarse a actividades que creen por encima de sus posibilidades, tanto a nivel físico como intelectual, o a formas de pensar de las personas mayores, como la creencia entre las mujeres de que su tiempo lo deben pasar en casa con los cónyuges y para los hijos y/o nietos, y no realizando actividades satisfactorias y en beneficio personal.

Estas situaciones son problemas muy generalizados en la población rural por las creencias de las personas mayores, que, a su vez, podrían eliminarse creando la rutina y este servicio de una manera habitual y permanente.

Por mi parte exigía una adaptación constante al grupo tanto para favorecer un buen ambiente entre ellos, como a la hora de presentar y elegir las actividades a realizar.

CONCLUSIONES

Como conclusión general, podemos decir que la realización de esta intervención desde terapia ocupacional en materia de prevención, nos ha dado las siguientes satisfacciones:

- I. Creación de un recurso para las personas mayores, aunque por poco tiempo.

II. Potenciar la participación de los mayores en diversas actividades.

III. Fomentar la participación en las actividades de tiempo libre.

IV. Desarrollar una serie de actividades que contemplen un bienestar y mejora en los tres campos de intervención terapéutica (biopsicosocial).

V. Beneficio de la actividad y el quehacer en la mejora y/o mantenimiento de la salud de los usuarios, retrasando en la medida de lo posible el proceso de envejecimiento.

VI. Mejora de la Autoestima, de las relaciones interpersonales, y del estado de ánimo general.

VII. Creación de una serie de rutinas cotidianas en el usuario y responsabilidades como pueden ser: asistencia diaria, respetar horarios, adquirir hábitos de higiene, convivir con personas en su misma situación, etc.

VIII. Que los mayores lo vean como una oportunidad donde compartir experiencias, fomentar el diálogo, el respeto, la convivencia, la participación, la comprensión, el apoyo, etc.

De esta manera se pudieron satisfacer las expectativas creadas tanto por los profesionales, como por los usuarios, respecto a lo que se esperaba conseguir.

Para concluir, sólo señalar que el colectivo de mayores (y sus familiares) cada vez demandan más la existencia de servicios y recursos como el propuesto, ya que la población anciana es cada vez mayor, y cada vez también se vive más años, lo que crea la necesidad de promover un envejecimiento saludable, promoviendo la actividad, la independencia, la autonomía, la permanencia en el propio domicilio y la comunidad y, por supuesto, una calidad de vida digna.

ANEXO

El uso del ordenador y el ejercicio físico previenen la pérdida de memoria

Las actividades que estimulan la mente, como el uso de ordenadores, y el ejercicio físico moderado disminuyen las probabilidades de perder memoria a medida que se envejece, según un artículo divulgado por la Clínica Mayo.



El uso del ordenador y el ejercicio físico previenen la pérdida de memoria

3 Mayo 12 - Washington - Efe

Otros estudios ya han mostrado que el ejercicio físico combinado con el ejercicio mental ayudan en la prevención de la pérdida de memoria y la novedad en éste es que encuentra una sinergia entre las actividades con el ordenador y la actividad física moderada en la protección de la función cerebral en personas mayores de 70 años.

Los investigadores estudiaron los casos de 926 personas en el Condado Olmstead, de Minnesota (EE.UU.), que completaron un cuestionario con preguntas sobre su ejercicio físico y el uso de ordenadores en el año anterior a la entrevista.

En este caso el ejercicio físico moderado se definió como una caminata rápida, caminatas largas, rutinas aeróbicas, ejercicios de fuerza, el golf pero sin el carrito, natación, tenis en pareja, yoga, artes marciales, el ejercicio con máquinas y el levantamiento de pesas.

Las actividades que se consideraron mentalmente estimulantes incluyeron la lectura, las artesanías y manualidades, el uso de ordenadores, juegos de cartas, los instrumentos musicales, actividades artísticas y sociales, y ver menos televisión.

Entre todas esas actividades el estudio analizó en particular el uso del ordenador debido a su creciente popularidad, señaló el autor del estudio Yonas Geda, científico médico de la Clínica Mayo en Scottsdale, Arizona.

La población de Estados Unidos tuvo un fuerte crecimiento después de la Segunda Guerra Mundial y hasta 1964, y esa generación entra ahora en la vejez, "con lo cual se proyectan incrementos enormes

en la prevalencia de la demencia senil", dijo Geda.

El estudio examinó el ejercicio, el uso del ordenador y la relación con riesgos neurológicos tales como el deterioro cognitivo moderado, explicó Geda.

El deterioro cognitivo moderado es la etapa intermedia entre la pérdida normal de memoria que ocurre con el envejecimiento y el comienzo del mal de Alzheimer.

Entre los participantes en el estudio que no hacían ejercicio físico ni usaban el ordenador, el 20,1 por ciento tenía un nivel cognitivo normal y el 37,6 por ciento mostraba señales de deterioro cognitivo moderado.

Entre los participantes que hacían ejercicio físico y usaban el ordenador, el 36 por ciento tenía un nivel cognitivo normal, y el 18,3 por ciento mostraba señales del deterioro cognitivo moderado.

Dr. Ignacio Berciano: “Lo único que frena el deterioro cognitivo es el estudio”

04/05/2012 - Ana Minguella

- La prejubilación es un error de nuestra sociedad
- La vejez “no es un mal sitio, sino un buen destino”
- A partir de los 40 se producen cambios en nuestro organismo



Ignacio Berciano (Barakaldo, 1957), médico de familia y autor de “Cómo envejecer con dignidad y aprovechamiento”, afirma que **“lo único que frena el deterioro cognitivo es el estudio, porque permite llegar lúcido hasta el final”**. Así, el experto recuerda que “Miguel Delibes escribió *El hereje* a los 80 años y Leonard Cohen es número uno en ventas a los 77 años”.

Este es uno de los consejos que da este médico vasco –y escritor- cuando alguien le pregunta cómo afrontar una prejubilación. Al respecto afirma que **“es un error de la sociedad prejubilarse a una persona antes de los 60 años** porque suele estar en su mejor momento”. Por eso, este médico les recuerda a sus pacientes que “te han prejubilado... pero ¡tú no te jubilas!”.

Ante ello, lanza otros dos consejos más: **“Carpe diem y convencimiento”**. El primero, “para vivir cada día como si fuera el último” y el segundo “porque no es lo mismo caminar cada día una hora por orden del médico con mal humor y amargado, que **salir cada tarde con un MP3 contemplando el paisaje** mientras escuchamos una preciosa melodía”.

Y es que según Berciano, **“la vejez no es ese mal sitio adonde vamos todos a parar sino un buen destino”** y lo compara con las estaciones del año: “cada una tiene algo especial, una belleza y unas características propias, incluido el otoño y el invierno”.

Sobre el inicio oficial de esta etapa de la vida, afirma que “no hay una edad en la que una persona entre en la ancianidad ya que no tenemos la misma percepción que hace unos años”. **“Una persona de 40 años hoy –añade- corresponde a una de 50 ó 60 de antes”**. Según él, “el estreno de una década influye más psicológica que físicamente”, aunque reconoce que **“a partir de los 40 se inician cambios fisiológicos** en el organismo”, como aumento de la glucosa y del colesterol, desgaste de los huesos o pérdida de elasticidad de los cartílagos, a lo que se une el deseo de llevar una vida más sedentaria.

Sobre la gestión de la memoria, el experto afirma que **“cualquier tiempo pasado me parece peor** ya que **la vejez significa principalmente vivir** y eso es siempre presente”, pero reconoce que “el recuerdo es el tesoro de nuestra memoria y no lo podemos obviar”.

Ante la proximidad de la muerte, Berciano aconseja “redactar el documento de voluntades anticipadas o **testamento vital a fin de que no haya un ensañamiento terapéutico** en los últimos momentos, dejando así que se extinga la vida de forma natural”.

Consejos prácticos de su libro

Alimentación

- Comer menor cantidad y más lentamente, masticando más, “porque la sensación de que hemos ingerido lo suficiente tarda unos 20 minutos en llegar del aparato digestivo al cerebro”
- Si tenemos mucho apetito, comer una manzana y beber dos vasos de agua unos 20 minutos antes del almuerzo, “ello nos dará sensación de plenitud y esta fruta nos aportará antioxidantes”.

Descanso

- Antes de ir a dormir, “relajarnos unas 2-3 horas antes evitando ingerir estímulos (café, té, alcohol, tabaco...) o estímulos sonoros (TV, radio, Internet...)”
- Para dormir bien, la habitación ha de estar máximo a 20º porque “toleramos mejor el frío que el exceso de calor”.
- Mantener el mismo horario a la hora de levantarse y de acostarse
- Habitaciones bien aireadas, ¡incluso en invierno!

BIBLIOGRAFIA

Durante P, Terapia Ocupacional en geriatría: principios y práctica. 2ª ed. Barcelona: Masson, 2004.

Sociedad española de Geriatría y Gerontología, Terapia Ocupacional en Geriatría y Gerontología: Bases conceptuales y aplicaciones prácticas. Madrid, 2010.

http://www.terapiaocupacional.com/articulos/Prevencion_deterioro_terapia_ocupacional_Velasco_Marchante_abril09.pdf

<http://imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/preguntame.pdf>

http://hispasante.hispagenda.com/documentacion/guias/medicina/geriatria/Actividades_Preventivas_Ancianos.pdf

<http://www.larazon.es/noticia/1503-el-uso-del-ordenador-y-el-ejercicio-fisico-previenen-la-perdida-memoria>

http://www.teinteresa.es/familia/Dr-Ignacio-Berciano-deterioro-cognitivo_0_694130836.html