



**Facultad de
Ciencias de la Salud
Universidad** Zaragoza

**Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud**

Grado en Terapia Ocupacional

Curso Académico 2017/2018

TRABAJO FIN DE GRADO

Plan de intervención desde Terapia Ocupacional dirigido a la mejora de la calidad de vida en ancianos institucionalizados con depresión.

Occupational Therapy intervention plan aimed at improving the quality of life in institutionalized elderly people suffering from depression.

Autora: Tornero Bueno, Andrea

Director: Conejero Colás, Enrique

ÍNDICE:

RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVOS GENERALES DE LA INTERVENCIÓN:	6
METODOLOGÍA.....	7
DESARROLLO	10
Fase de evaluación:	10
Fase de intervención:	10
Fase de resultados:	14
RESULTADOS	15
CONCLUSIONES	17
BIBLIOGRAFIA:	19
ANEXOS:	23

RESUMEN

La depresión es considerada en la actualidad un problema de salud pública, siendo en la tercera edad el trastorno afectivo más frecuente y que incluso aumenta su prevalencia entre los ancianos institucionalizados.

El envejecimiento, implica cambios a nivel físico, psicológico y también social: las limitaciones físicas, la presencia de enfermedades, la muerte de algún familiar o amigo, la reducción del número de actividades son algunos ejemplos. Todos estos cambios se hacen evidentes en la mayoría de las personas ancianas y pueden explicar, en ocasiones, la alta frecuencia de depresión en la senectud. Dicha enfermedad repercute de forma notoria sobre la calidad de vida del anciano, viéndose afectadas de forma muy amplia sus Actividades de la Vida Diaria y sus Actividades de Ocio principalmente.

Sin embargo, en el ámbito geriátrico es muy frecuente centrar la labor de la Terapia Ocupacional en torno a enfermedades reumáticas como la artrosis o enfermedades neurológicas como las demencias, pasando por alto la importancia de la depresión como motivo de discapacidad.

Por ello, el presente trabajo se centrará en presentar un plan de intervención de Terapia Ocupacional, cuyo objetivo principal será mejorar la calidad de vida de ancianos institucionalizados con depresión a través de actividades ocio y tiempo libre que resulten motivantes y significativas para ellos. La intervención se llevará a cabo siguiendo el Proceso de Terapia Ocupacional y basada en el Modelo de Ocupación Humana.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la depresión como un "Trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, perdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración." ¹

La depresión es en la actualidad la principal causa de discapacidad a nivel mundial, con una estimación de 300 millones de personas afectadas en el mundo. Puede aparecer en personas de cualquier edad, condición social o país. Sin embargo, la OMS remarca tres grupos de edad en los cuales centrar la atención; los jóvenes de 15 a 24 años, las mujeres en edad fértil, especialmente tras el parto y las personas mayores de 60 años. ²⁻³

Sobre este último grupo, existen estudios que constatan que los mayores de 65 años presentan una prevalencia de depresión mayor de aproximadamente un 2% y de depresión como síndrome de un 15 al 30%. Si bien es cierto que los estudios epidemiológicos que existen revelan una gran discrepancia entre sus resultados, ya que dependen tanto de la definición de depresión como de la población estudiada, se sabe que las tasas de prevalencia varían entre el 5-20% en población geriátrica; tasas que se duplican en la población geriátrica institucionalizada.⁴ En cuanto a la distribución por sexos, dicha patología aparece más frecuentemente en las mujeres siguiendo una proporción aproximada de 2,5 mujeres por cada hombre.²⁻⁵ Por todo ello, puede decirse que se trata de un importante problema de salud pública, aún más si se tiene en cuenta el aumento de la esperanza de vida en España, superior incluso en las mujeres, y como consecuencia, un aumento progresivo de la población longeva.⁵

Entonces, ¿Cómo afecta el envejecimiento en la aparición de la depresión? El término vejez se refiere a una etapa o momento de la vida, es decir, estático, sin embargo envejecer hace referencia a un proceso dinámico de constantes cambios. El envejecimiento por tanto, es un proceso universal, intrínseco, progresivo y deletéreo que conlleva un deterioro físico, mental y sensorial el cual repercute en gran medida en el entorno social de la persona así como en su capacidad para responder al ambiente externo. ⁴⁻⁵⁻⁶

Si bien es cierto que el proceso de envejecimiento es diferente en cada persona, y que tanto la forma de envejecer como la velocidad varían en cada una de ellas, a partir de los 65 años se inicia un nuevo periodo de vida, en el cual se comienza a sufrir cambios.⁵⁻⁷ En este sentido es importante destacar que la depresión no es un aspecto propio del envejecimiento, no todas las personas que comienzan este proceso están deprimidas o presentan sintomatología depresiva, sin embargo existen múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales que favorecen la aparición de cuadros depresivos en las últimas décadas de vida.⁸

Entre los factores psicosociales, a lo largo de este periodo pueden darse situaciones estresantes o complicadas como la pérdida del cónyuge, de algún familiar o amigo que desencadene una situación de soledad y aislamiento; el proceso de jubilación, entendido como un proceso de pérdida en el que la persona deja de ser un miembro productivo o activo de la comunidad y pasa a ser un sujeto paciente; la falta de actividades sociales y de ocio, dando lugar a un desequilibrio en sus ocupaciones; los déficits en salud que van apareciendo con la edad, y que conllevan cambios en sus rutinas; las alteraciones en la relaciones familiares; etc.⁷⁻⁸⁻⁹

Es frecuente que la depresión en el anciano conforme un trastorno heterogéneo que curse una sintomatología distinta que en otros grupos de edad, lo cual puede llevar a un no reconocimiento y como consecuencia un no diagnóstico que dificulte el inicio del tratamiento y que conlleve una disminución de la calidad de vida.⁴⁻⁷⁻⁸ Por otro lado, aunque es menos frecuente encontrar sintomatología afectiva que en las personas jóvenes, presentan una mayor irritabilidad, agitación y ansiedad acompañada de quejas somáticas, alteraciones del sueño y problemas alimenticios. Asociados a la falta de concentración propia de la enfermedad, pueden aparecer problemas cognitivos en el anciano, especialmente en la memoria reciente, atención, etc.⁴⁻⁸⁻⁹

La Terapia Ocupacional (TO) es, según la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales APETO, "una profesión socio-sanitaria que a través de la valoración de las capacidades y problemas físicos, psíquicos, sensoriales y sociales del individuo pretende, con un adecuado tratamiento,

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".¹⁰ Es decir, la TO se basa en el conocimiento y el compromiso con las ocupaciones de forma que estas organicen la vida diaria y contribuyan a la salud y bienestar de la persona. El compromiso con la ocupación como pilar fundamental en la intervención de TO incluye tanto aspectos emocionales y psicológicos como los aspectos físicos del desempeño, defendiendo por tanto una visión de las ocupaciones multidimensional y compleja.¹¹

Mediante la participación en las actividades, los seres humanos ejercitan y desarrollan sus funciones motoras, psicológicas y sensoriales. Una restricción en alguna de estas funciones, junto a un ambiente inaccesible puede dar lugar a una pérdida de roles y ocupaciones significativas para la persona, repercutiendo de forma negativa sobre su participación social y sentido de vida.⁹

Desde el punto de vista de la Terapia Ocupacional, el trastorno depresivo en la vejez supone una dificultad importante a la hora de que la persona sea funcional, autónoma y ocupacionalmente competente. De esta forma el terapeuta, a través de actividades motivantes y significativas, tratará de suprimir el ciclo de aislamiento, inactividad, inmovilidad y deterioro provocado por esta patología, ayudando a mejorar y recuperar habilidades y destrezas que se creían perdidas.⁸⁻¹⁰

En esta línea, pese a que no existen muchas referencias a intervenciones de TO específicas para la depresión en ancianos, cuanto menos institucionalizados, sí existe evidencia científica que confirma los beneficios que se obtienen en ancianos con sintomatología depresiva utilizando la actividad significativa, las actividades sociales y la ocupación como medio terapéutico. Pese a esto, se han recogido intervenciones, en las que se trabaja con esta población, mediante actividad física, actividad lúdica y de ocio, risoterapia, rediseño de los patrones de vida como método preventivo, etc.

Por tanto ¿Es suficiente la terapia ocupacional para que los ancianos superen una depresión? A través de las actividades, la TO pretende que el

aburrimiento disminuya, así como el abandono, el sentimiento de inutilidad, etc. y por otro lado mejorar la calidad de vida al favorecer la comunicación, las actividades de tiempo libre y por ende, la mejora de la autoestima. Es por ello que la TO favorece la recuperación de la persona mayor junto a otro tipo de tratamientos como el farmacológico y que proporciona una visión de la persona desde una perspectiva holística e integral.²⁻¹²⁻¹³⁻¹⁴⁻¹⁵⁻¹⁶

El método elegido para llevar a cabo la intervención es el Modelo de Ocupación Humana (MOHO). Es un modelo conceptual propio de la práctica de Terapia Ocupacional el cual se basa en la ocupación centrada en la persona y tiene como objetivo fundamental proporcionar conocimiento y entendimiento sobre la naturaleza ocupacional de los seres humanos. Actualmente el MOHO considera al ser humano como un sistema dinámico y siempre cambiante en el que se destacan tres componentes o factores personales ocupacionales, volición, habituación y capacidad de desempeño, que interaccionando con los factores ambientales constituyen un todo que facilita o restringe el hacer.¹⁷⁻¹⁸

El MOHO fue el primer modelo de TO en incorporar el concepto de ambiente como aspecto fundamental a valorar en la ocupación humana. Según este modelo, los aspectos físicos y sociales del ambiente se han considerado que tienen un impacto directo en el desempeño ocupacional. Las personas y su ambiente mantienen por tanto una relación dialéctica, es decir, que ambos se influencian mutuamente y es por ello que las personas necesitan ambientes que faciliten su desempeño.¹⁸

OBJETIVOS GENERALES DE LA INTERVENCIÓN:

1. Mejorar la calidad de vida de ancianos institucionalizados con depresión.
2. Restablecer el equilibrio ocupacional a través de actividades de ocio que posean valor e interés personal.
3. Prevenir posibles complicaciones asociadas a la depresión.

METODOLOGÍA

Para la realización del presente trabajo ha sido necesario recoger información relacionada con el tema, para ello se ha buscado evidencia científica en diferentes recursos.

En primer lugar se realizó una búsqueda exhaustiva en varias bases de datos:

- PubMed.
- Dialnet.
- OTSeeker.
- Google Académico.

A su vez se revisaron revistas en línea propias de Terapia Ocupacional en busca de artículos de relevancia:

- TOG, Revista de Terapia Ocupacional Galicia.
- AJOT, American Journal of Occupational Therapy.

Como última fuente de información se revisó el catálogo de la Biblioteca de UNIZAR para la selección de libros y revistas en papel.

Este programa de intervención se basará en el proceso de Terapia Ocupacional descrito en el Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: ámbito de competencia y proceso, y seguirá sus pasos para su implementación. Este proceso incluye la **evaluación, intervención y resultados**.⁶



Figura 1. Proceso de Terapia Ocupacional.⁶

Los procedimientos de evaluación elegidos para la recopilación de datos objetivos son los siguientes:

La **Escala de Depresión Geriátrica** (GDS), en versión reducida con 15 preguntas en las que los pacientes deben contestar si o no. El objetivo de esta escala es valorar el nivel de depresión de los usuarios, ya que según los resultados obtenidos se puede clasificar en depresión leve, moderada o severa.¹⁹ (ANEXO I)

El **Mini Examen Cognoscitivo** (MEC), se utilizará para determinar el nivel cognitivo de los pacientes. Con esta información se podrá valorar si la mejora del estado anímico repercute en el nivel cognitivo de la persona.²⁰ (ANEXO II)

El **Listado de Intereses** propio del MOHO, para establecer posibles intereses entre los participantes y poder así orientar la práctica.²¹ (ANEXO III)

La escala **GENCAT**, para valorar la calidad de vida de los participantes de forma objetiva y holística. En esta escala se prestará especial atención al área del bienestar emocional y a las relaciones interpersonales.²² (ANEXO IV)

En cuanto a la intervención, se plantea una intervención de Terapia Ocupacional integrada en el área de **ocio y tiempo libre**, en la que se busca la mejora del autoconcepto, la motivación, la participación social y el disfrute, así como una disminución del desequilibrio ocupacional. Para ello se plantean sesiones grupales previamente reforzadas con sesiones individuales, que más adelante se especificarán.²³

En la primera sesión grupal, se plantea una introducción y explicación del plan a seguir, así como su justificación y los beneficios esperables. Para ello se propone a los usuarios realizar un **Pastel de la Vida.**²⁴ (ANEXO V)

Por último, en la fase de resultados, se reevaluará con las escalas anteriormente citadas, excepto el Listado de Intereses, para observar las mejoras de forma cuantitativa. También, se realizará una **Encuesta de**

Satisfacción para valorar los beneficios y mejoras percibidas por los usuarios. (ANEXO VI)

Cabe destacar que el presente plan de intervención se ha realizado de forma hipotética, por ello los resultados que se plantean posteriormente son los resultados esperados tras dicha intervención.

En cuanto al modelo teórico elegido para enmarcar la intervención, se ha elegido el Modelo de Ocupación Humana. Con este modelo se busca facilitar el desarrollo del sentido de eficacia, favoreciendo la participación activa en un grupo, a través de intereses y valores propios.¹⁸

Por último, la muestra elegida para desarrollar este plan es de 8 usuarios, de ambos géneros, con diagnóstico de depresión mayor o con sintomatología depresiva, sin deterioro cognitivo o deterioro leve, ya que es una variable que se pretende prevenir con esta intervención, e institucionalizados en residencia. Es por esto que el recurso donde se llevará a cabo la intervención será una residencia.

Se cree que el plan de intervención tendrá una duración aproximada de 10 semanas, en las que se incluyen las fases de evaluación, intervención y reevaluación.

DESARROLLO

Como se ha mencionado, el proceso de envejecimiento repercute notablemente sobre las rutinas, los roles y las ocupaciones de las personas que se inician en dicho proceso, esta modificación de los patrones de vida no tiene porque ser siempre negativa o patológica, sino que se tornará perjudicial si no existen recursos, estrategias ni un entorno adecuado que acompañe dicho cambio.

Cuando la persona no es capaz de hacer frente a los múltiples cambios, es frecuente que aparezcan cuadros depresivos que disminuyan la calidad de vida de la persona, siendo aún más notable la repercusión en las personas institucionalizadas, produciéndose por ende, un desequilibrio en sus ocupaciones. Es por todo ello que este plan de intervención se propone para restablecer el equilibrio ocupacional en dichos usuarios, y que mediante una mayor participación en actividades de ocio, se produzca una mejora de la autoestima, la motivación, de las relaciones sociales y del autoconcepto entre otros aspectos.

Siguiendo esta línea, el plan de intervención se ha organizado de la siguiente forma:

Fase de evaluación

Para comenzar, será necesario conocer a los diferentes usuarios evaluando con las escalas anteriormente citadas. Para ello se plantean sesiones individuales de corta duración (entre 30 y 45 minutos), en las que además de evaluar, sirva como entrevista ocupacional para la obtención de información de interés. Se cree que la duración aproximada de esta fase será de 1 semana.

Fase de intervención

Tras una primera toma de contacto, se llevará a cabo la primera sesión grupal en la que se presentará el plan. En esta sesión se utilizará el Pastel de la Vida (ver Anexo V), en el que se adjudicará un color a cada área de ocupación (Actividades de la Vida Diaria AVD, Descanso y Sueño, Trabajo y Ocio y Tiempo Libre) en proporción con el tiempo, en horas, que dedican a ellas a lo largo del día. Con ella se conoce como el desequilibrio en sus ocupaciones repercute en su salud. Tabla 1

SESIÓN GRUPAL INICIAL	
OBJETIVOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentar el plan de intervención. 2. Elaborar la tabla con el resto de sesiones grupales. 3. Dar a conocer los posibles beneficios de la intervención. 4. Conformar el grupo a través de dinámicas grupales.
DURACIÓN	1 hora
EQUIPO Y MATERIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Será necesaria una sala medianamente amplia, con buena iluminación y ventilación. - En cuanto al equipo serán necesarias mesas y sillas. - Los materiales necesarios serán lápices o bolígrafos y pinturas de colores.

Tabla 1. Desarrollo de la sesión grupal inicial

En cuanto a las sesiones grupales posteriores, en base a los datos obtenidos con el Listado de Intereses, el Terapeuta Ocupacional recogerá 8 de las actividades que más interés han suscitado a los usuarios, asignando una a cada uno de ellos, en base a sus intereses personales y a su perfil ocupacional. De esta forma, cada usuario será el encargado, junto al Terapeuta Ocupacional, de desarrollar a lo largo de la semana dicha actividad para el resto del grupo. Se cree que la duración aproximada de la fase de intervención será de unas 8 semanas.

A continuación, se ha elaborado una tabla, en la que se han seleccionado de forma hipotética 8 actividades de ocio y tiempo libre que pueden resultar de interés a la población anciana institucionalizada. Se pretende llevar a cabo la sesión grupal al final de semana, y los días previos, realizar las sesiones individuales para organizarla. Tabla 2

ACTIVIDADES GRUPALES				
	SESIÓN A	SESIÓN B	SESIÓN C	SESIÓN D
Actividad propuesta	Cocina	Música	Baile	Cine
Usuario encargado de la actividad	Usuario 1	Usuario 2	Usuario 3	Usuario 4
	SESIÓN E	SESIÓN F	SESIÓN G	SESIÓN H
Actividad propuesta	Fotografía	Manualidades	Jardinería	Nuevas tecnologías
Usuario encargado de la actividad	Usuario 5	Usuario 6	Usuario 7	Usuario 8

Tabla 2. Plan de las sesiones grupales

Los **objetivos** de estas sesiones grupales, en relación con los objetivos generales de la intervención, serán:

1. Aumentar la participación en actividades grupales para promover la interacción social.
2. Favorecer el equilibrio en las ocupaciones a través de actividades de ocio y tiempo libre.
3. Mejorar el estado anímico de la persona, a través del trabajo en equipo.
4. Trabajar funciones cognitivas, sensoriales y motoras para prevenir el deterioro asociando a la depresión.

Por otro lado, en las sesiones previas a la actividad grupal, se trabajará de forma individual y personal con el usuario, donde se deberá elaborar, con la ayuda del Terapeuta Ocupacional, una actividad para proponer al grupo, relacionada con la temática trabajada a nivel individual. En estas sesiones se plantearán las siguientes cuestiones al usuario con el fin de llegar a organizar la sesión grupal. Tabla 3

SESIONES INDIVIDUALES PREVIAS A LA ACTIVIDAD GRUPAL	Sesión Individual I	¿Qué se va a hacer? ¿Cómo se va a hacer? ¿Qué se quiere conseguir?	En esta sesión se planteará la idea para la sesión así como el proceso de preparación y la finalidad de la misma.
	Sesión Individual II	¿Qué se necesita para hacerlo?	Se elaborará un listado de material necesario, así de como donde se puede encontrar.
	Sesión Individual III	Recogida del material necesario	Se recogerá el material de la lista, en la propia residencia o en el exterior si es necesario.
	Sesión Individual IV	Práctica individual	Se pondrá en práctica de manera individual la actividad para valorar su ejecución.

Tabla 3. Desarrollo de las sesiones individuales

Los **objetivos** que se pretenden con estas sesiones individuales son:

1. Mejorar el estado anímico de la persona a través de la autorrealización y la eficacia personal.
2. Favorecer la toma de decisiones.
3. Fortalecer el vínculo terapéutico.
4. Incrementar el nivel de autonomía.

Resulta de suma importancia destacar que durante las sesiones individuales se deberán tener en cuenta las necesidades, las limitaciones y las fortalezas del usuario con el que se trabaje, así como las del grupo, a la hora de elaborar y llevar a cabo la sesión grupal. El Terapeuta Ocupacional será el que deba valorar las características de los participantes para ajustar las sesiones, así como las del ambiente, es decir, ajustarse a los recursos disponibles y en base a ello, elaborar las sesiones.

Fase de resultados:

Los resultados esperables obtenidos por medio de una reevaluación se desarrollarán en el siguiente apartado.

RESULTADOS

En cuanto a los resultados esperables de esta intervención, se espera, como se ha mencionado a lo largo del trabajo, que la participación en actividades de ocio, que ocupen el tiempo libre de los participantes, genere satisfacción y disfrute, lo cual mejore su estado anímico, su motivación y su estado emocional y que por tanto, se vea incrementada su calidad de vida.

Para valorar esto de forma cuantitativa, se reevaluará a cada usuario utilizando las herramientas anteriores, de las cuales se esperarán los siguientes resultados:

En cuanto al **GDS**, se espera que haya una mejora en cuanto a la puntuación de partida, que serán personas con depresión establecida o con sintomatología depresiva, es decir una puntuación mayor a 5. La mejora se espera especialmente en los ítems relacionados con el sentimiento de vida vacía, de aburrimiento y de insatisfacción, ya que son los aspectos más trabajados a lo largo de la intervención.

Por otro lado, aunque muy relacionado, se cree que una disminución en la puntuación de la GDS favorecerá el mantenimiento, o incluso el incremento de la puntuación obtenida en el **MEC**, en relación con la puntuación previa. De esta forma, trabajando a través de intereses y motivaciones de la persona, se prevendrán posibles afectaciones cognitivas como la disminución de la atención y concentración así como de la memoria reciente, signos propios de la pseudodemencia depresiva.²⁵⁻²⁶

La escala utilizada para valorar la calidad de vida, objetivo principal del trabajo, es la **GENCAT**. Esta herramienta valora 8 dimensiones que en conjunto constituyen el concepto de calidad de vida. Tras la intervención, es difícil que la mejora se observe en los 8 dominios debido a la duración de la misma, pero sí se espera una mejora de la puntuación en las dimensiones con mayor relación con el área emocional y social. Por tanto, las dimensiones en las que se espera mejoría son: Bienestar emocional, relaciones interpersonales, desarrollo personal, autodeterminación e inclusión social.

Por último, se pasará a cada paciente una **Escala de Satisfacción**, realizada por el Terapeuta Ocupacional. El objetivo de esta escala es obtener información cualitativa, acerca de la percepción de los usuarios sobre las sesiones. En ella, se les pregunta por aspectos como el disfrute, la mejoría percibida y la disposición o no, a repetir este tipo de actividades. Este tipo de herramientas es de gran interés, ya que a pesar de mejorar sus resultados en el resto de escalas, si para los usuarios no ha resultado satisfactoria y beneficiosa la intervención, es posible que realmente la mejora no se manifieste. De igual forma, si no ha habido mejora cuantitativa pero si ha resultado una experiencia gratificante, es posible que los beneficios se perciban y que incluso las actividades planteadas se mantengan en el tiempo.

En cuanto a todos los resultados hipotéticos citados, están respaldados por una revisión de evidencia científica de estrecha relación con el tema, de la que se ha sacado información y conclusiones propias aplicables a este plan de intervención. Es por ello que a pesar de ser resultados hipotéticos poseen cierta validez. 2-11-12-13-14-15-16

CONCLUSIONES

La depresión es en la actualidad la primera causa de discapacidad mundial, siendo las personas de la tercera edad una población en riesgo, especialmente aquellas institucionalizadas. Esta sintomatología depresiva tiene una repercusión negativa sobre la esperanza y la calidad de vida, un mayor deterioro funcional, una carga superior sobre sus familiares, un mayor uso de servicios y gastos sanitarios, etc. Es por todo ello, que resulta de suma importancia intervenir sobre este problema e incluso prevenirlo a través de actividades que ocupen el tiempo de la persona y eviten el aislamiento propio de este cuadro.

Así pues, como tratamiento efectivo, complementario al farmacológico y psicológico y sin efectos secundarios, existe la Terapia Ocupacional, cuyo objetivo principal será aumentar la motivación y garantizar la calidad de vida de estas personas. Los terapeutas basan su intervención en la ocupación considerando esta innata en el ser humano y beneficiosa en su estado de salud.

En este caso, se ha optado por intervenir mediante actividades de Ocio, sabiendo que son éstas las primeras que pueden verse afectadas o suprimidas por la patología. Presentando y realizando actividades que puedan causarles interés, se favorece un equilibrio en sus ocupaciones de forma que repercuta a su estado de salud general y por tanto a su calidad de vida. Además, resulta importante incluir actividades cognitivas y físicas a lo largo de la intervención, para prevenir posibles complicaciones fruto de cuadros depresivos más graves.

A modo de limitación, este plan se ha presentado de forma hipotética, por lo que sus resultados carecen de validez plena, a pesar de ello el presente plan se ha justificado a través de la búsqueda exhaustiva de evidencia científica, de la cual se han seleccionado artículos relevantes. Sin embargo, se baraja como opción poder llevarlo a cabo en el futuro y valorar resultados reales que verifiquen su efectividad.

Por tanto, y como conclusión final, resaltar la Terapia Ocupacional como profesión importante en el tratamiento de ancianos institucionalizados con depresión, debido a su carácter holístico y a su búsqueda continua de la autonomía y funcionalidad. Y por otro lado, resaltar la depresión en el anciano como patología a tener en cuenta, sobre la que establecer un tratamiento integral tanto en instituciones como en domicilios o incluso en centros de salud.

BIBLIOGRAFIA:

1. World Health Organization [Sitio Web]. Definition of Depression. [citado 15 mayo 2018]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/en/
2. Rubio Ortega C, García Toraño A. Revisión sobre la evidencia de los abordajes de terapia ocupacional en personas de la tercera edad con depresión. TOG [Internet]. 2016 [citado 8 mayo 2018]; 13(23). Disponible en: <http://www.resvistatog.com/cum23/pdfs/revision6.pdf>
3. Depresión. PAM [Internet]. 2017 [citado 8 mayo 2018]; 41(403): 374-403. Disponible en: <http://pam.portalfarma.com/depresion/>
4. Valero Merlos E, Rico Becerra JI. Terapia Ocupacional: nuevos retos en geriatría y gerontología. Murcia: Morphos; 2015.
5. Redondo Vega MV. Psicogeriatría: depresión y estilos de afrontamiento [tesis doctoral]. Salamanca; 2012.
6. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: Domain and process. AJOT [Internet]. 2014 [citado 8 mayo 2018]; 68(1): 1-48. Disponible en: <https://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1860439>
7. Vera Vera J. ABC de la depresión en personas mayores. Madrid: Grupo Aula Médica, D.L; 2000.
8. Gurpide Ibarrola S, Madoz Jáuregui V. Depresión y vejez: guía para prevenir y disminuir la depresión en personas mayores. Madrid: Comunidad de Madrid, Dirección General de Salud Pública; 2001.
9. Durante Molina P, Pedro Tarrés P. Terapia Ocupacional en geriatría: principios y práctica. 3^a ed. Barcelona: Masson, D.L; 2010.

10. APETO: Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales [Internet]. Madrid: Lladós [citado 8 mayo 2018]. Disponible en: <https://www.apeto.com/que-es-la-to-definicion.html>
11. Carreño Acebo ME, Cañarte Mero SB, Delgado Bravo WM. El terapeuta ocupacional y su rol con pacientes geriátricos. Dominio de las Ciencias [Internet]. 2016 [citado 8 mayo 2018]; 2(4): 60-71. Disponible en: <http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/215>
12. Quintero A, Henao ME, Villamil MM, León J. Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados. Biomédica [Internet]. 2015 [citado 8 mayo 2018]; 35(1). Disponible en: <https://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/2316>
13. Ya-Chuan H, Cheryl L. The association between participation in social activity and depressive symptoms in institutionalized elders in Taiwan. Geriatric Nursing [Internet]. 2014 [citado 8 mayo 2018]; 35: 31-36. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197457213003170>
14. Mather AS, Rodriguez C, Guthrie MF, McHarg AM, Reid IC, McMurdo ME. Effects of exercise on depressive symptoms in older adults with poorly responsive depressive disorder: randomised controlled trial. Br J Psychiatry [Internet]. 2002 [citado 8 mayo 2018]; 180(5): 411-415. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/effects-of-exercise-on-depressive-symptoms-in-older-adults-with-poorly-responsive-depressive-disorder/700D4C1AC0B8C034F1AD27D4C200915C>

- 15.Makizako H, Tsutsumimoto K, Doi T, Hotta R, Nakakubo S, Liu-Ambrose T et al. Effects of exercise and horticultural intervention on the brain and mental health in older adults with depressive symptoms and memory problems: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* [Internet]. 2015 [citado 8 mayo 2018]; 16. Disponible en: <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-015-1032-3>
- 16.Marqués Andrés S. ¿Es suficiente la terapia ocupacional para que los ancianos superen una depresión?. *Evidentia* [Internet]. 2009 [citado 8 mayo 2018]; 6(26). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n26/ev0326.php>
- 17.Polonio López B, Durante Molina P, Noya Arnaiz B. Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional. España: Editorial Medica Panamericana; 2011.
- 18.De las Heras CG. Modelo de Ocupación Humana. 1^aed. Madrid: Editorial Síntesis, S. A; 2015.
- 19.Martinez de la Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Aguado Taberna C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el cribado de depresión en mayores de 65 años: Adaptación y validación. *Medifam* [Internet]. 2002 [citado 8 mayo 2018]; 12(10): 620-30. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002001000003
- 20.Lobo et al. Mini-examen cognoscitivo. Disponible en: http://www.infogerontologia.com/documents/vgi/escalas/mini_mental.pdf

21. Kielhofner G. Listado de Intereses. Disponible en:
<https://www.moho.uic.edu/resources/files/AISLADO%20LISTADO%20DE%20INTERESES%2011.26.07.pdf>
22. Verdugo MA, Schalock RL, Gómez LE, Arias B. Construcción de escalas de calidad de vida multidimensionales centradas en el contexto: la Escala GENCAT. Siglo Cero [Internet]. 2007 [citado 8 mayo 2018]; 38(4): 57- 72. Disponible en:
<http://sid.usal.es/idocs/F8/ART10367/articulos4.pdf>
23. Gómez Lillo S. Equilibrio y organización de la rutina diaria. Revista Chilena de Terapia Ocupacional [Internet]. 2006 [citado 8 mayo 2018]; (6). Disponible en:
<https://revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/111>
24. Samaratti MC. Las rutinas diarias de personas internadas en hogares con centro de día [tesis doctoral]. Buenos Aires: Universidad Abierta Interamericana; 2011
25. Diana Aracil D, Esteso Signes ME, Girón Martínez M, López Gualda M. Factores de riesgo determinantes en la aparición de depresión en ancianos. Fundamentos de psicología [Internet]. 2014 [citado 9 mayo 2018]; 6(1): 47-54. Disponible en:
<http://revistafundamentospsicologia.umh.es/numeros-publicados/>
26. Barjau JM, Guerro-Pardo D, Vega M. Seudodemencia depresiva: implicaciones clínico terapéuticas. Medicina Clínica. 2011; 117 (18): 703-708.

ANEXOS:

ANEXO I: Escala de Depresión Geriátrica (GDS)

Población diana: Población general mayor de 65 años.

Versión de 15:

Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems: 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15.

Las respuestas correctas negativas en los ítems: 1, 5, 7, 11 y 13.

Cada respuesta errónea puntuá 1. Los puntos de corte son:

- 0-4: Normal
- 5 ó más: Depresión

1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	SÍ	NO
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SÍ	NO
3- ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	NO
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SÍ	NO
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SÍ	NO
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	SÍ	NO
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SÍ	NO
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SÍ	NO
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SÍ	NO
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SÍ	NO
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	SÍ	NO
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SÍ	NO
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SÍ	NO

ANEXO II: Mini Examen Cognoscitivo (MEC)

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.

La versión de 35 puntos, fue la primera y es la más utilizada actualmente. Se trata de una sencilla escala estructurada, que no requiere más de 5 – 10 minutos para su administración.

Sus ítems exploran 5 áreas cognitivas: Orientación, Fijación, Concentración y Cálculo, Memoria y Lenguaje.

Puntuación:

La puntuación total máxima es de 35 puntos. Se considerará que hay deterioro cognitivo con una puntuación <23/24 puntos.

Se excluirán preguntas que el usuario por alguna limitación no sea capaz de contestar, por ejemplo por analfabetismo o ceguera. La puntuación se calculará por una regla de tres con su puntuación total.

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (MEC)

Paciente.....	Edad.....
Ocupación.....	Escolaridad.....
Examinado por.....	Fecha.....
ORIENTACIÓN	
• Digame el dia..... fecha..... Mes.....	Estación..... Año.....
• Digame el hospital (o lugar).....	_____5
Planta..... ciudad..... Provincia..... Nación.....	_____5

FIJACIÓN

- Repita estas tres palabras; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda)

___3

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando?

___5

- Repita estos tres números: 5, 9, 2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás

___3

MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras de antes?

___3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj

___2

- Repita esta frase: En un trigal había cinco perros

___1

- Una manzana y una pera, son frutas ¿verdad?
¿Qué son el rojo y el verde?

___2

- ¿Qué son un perro y un gato?

___3

- Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa

___1

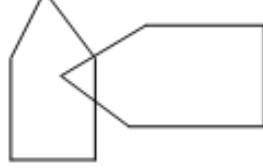
- Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS

___1

- Escriba una frase

___1

- Copie este dibujo ___1



Puntuación máxima 35.

ANEXO III: Listado de Intereses del MOHO

LISTADO DE INTERESES ADAPTADO
Kielhofner, G., Neville, A. (1983)

Nombre _____ Fecha _____

Directrices: Para cada actividad, marque todas las columnas que describan tu nivel de interés en esa actividad.

Actividad	¿Cuál ha sido tu nivel de interés ?						¿Participas actualmente en esta actividad ?		¿Te gustaría realizarla en el futuro ?	
	En los últimos 10 años.			En el último año						
	Mucho	Poco	Ninguno	Mucho	Poco	Ninguno	SI	NO	SI	NO
Practicar Jardinería										
Coser										
Jugar Naipes										
Hablar/Leer Idiomas Extranjeros										
Participar en Actividades Religiosas										
Escuchar Radio										
Caminar										
Reparar Autos										
Escribir										
Bailar										
Jugar Golf										
Jugar/Ver Fútbol										
Escuchar Música Popular										
Armar Puzzles										
Celebrar días Festivos										
Ver Películas										
Escuchar Música Clásica										
Asistir a Charlas/Conferencias										
Nadar										
Jugar Bolos										
Ir de Visita										
Arreglar Ropa										
Jugar Damas/Ajedrez										
Hacer Asado										
Leer										
Viajar										
Ir a Fiestas										
Practicar Artes Marciales										
Limpiar la Casa										
Jugar con Juegos Armables										

Ver Televisión									
Ir a Conciertos									
Hacer Cerámica									
Cuidar Mascotas									
Acampar									
Lavar/ Planchar									
Participar en Política									
Jugar Juegos de Mesa									
Decorar Interiores									
Pertenecer a un Club									
Cantar									
Ser Scout									
Ver vitrinas o Escaparates/Comprar Ropa									
Ir a la Peluquería (salón de belleza)									
Andar en Bicicleta									
Ver un Deporte									
Observar Aves									
Ir a Carreras de autos									
Arreglar la Casa									
Hacer Ejercicios									
Cazar									
Trabajar en Carpintería									
Jugar Pool									
Conducir Vehículo									
Cuidar niños									
Jugar Tenis									
Cocinar									
Jugar Basketball									
Estudiar Historia									
Coleccionar									
Pescar									
Estudiar Ciencia									
Realizar Marroquinería									
Ir de compras									
Sacar Fotografías									
Pintar									
Otros.....									

Adaptado de Matsutsuyu (1967) por Scaffa (1981).
 Modificado por Kielhofner y Neville (1983) NIH OT, 1983.

ANEXO IV: Escala GENCAT para valorar la calidad de vida

Datos de la persona evaluada. Adultos (18 años y más)		
Número de identificación:		
Nombre	Fecha de aplicación	Día Mes Año
Apellidos	Fecha de nacimiento	— — — —
Sexo	Edad cronológica	
<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	—	— — —
Dirección		
Localidad/Provincia/CP		
Teléfono	Lengua hablada en casa	
Servicio	Colectivo	
Datos de la persona informante		
Nombre de la persona que completa el cuestionario		
Puesto de trabajo		
Agencia/Afilación	Lengua hablada en casa	
Dirección		
Correo electrónico	Teléfono	
Nombre de otros informantes	Relación con la persona	Lengua hablada en casa
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Instrucciones

A continuación se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida de la persona que está evaluando. Por favor, marque la opción de respuesta que MEJOR describa a dicha persona y no deje ninguna cuestión en blanco.

BIENESTAR EMOCIONAL		Siempre o Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
1	Se muestra satisfecho con su vida presente.	4	3	2	1
2	Presenta síntomas de depresión.	1	2	3	4
3	Está alegre y de buen humor.	4	3	2	1
4	Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad.	1	2	3	4
5	Presenta síntomas de ansiedad.	1	2	3	4
6	Se muestra satisfecho consigo mismo.	4	3	2	1
7	Tiene problemas de comportamiento.	1	2	3	4
8	Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.	4	3	2	1

Puntuación directa TOTAL _____

RELACIONES INTERPERSONALES		Siempre o Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
9	Realiza actividades que le gustan con otras personas.	4	3	2	1
10	Mantiene con su familia la relación que desea.	4	3	2	1
11	Se queja de la falta de amigos estables.	1	2	3	4
12	Velora negativamente sus relaciones de amistad.	1	2	3	4
13	Manifiesta sentirse infravalorado por su familia.	1	2	3	4
14	Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja.	1	2	3	4
15	Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo.	4	3	2	1
16	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él.	4	3	2	1
17	La mayoría de las personas con las que interacciona tienen una condición similar a la suya.	1	2	3	4
18	Tiene una vida sexual satisfactoria.	4	3	2	1

Puntuación directa TOTAL _____

ITEM 15: si la persona no tiene trabajo, valórela su relación con los compañeros del centro.
ITEM 17: tienen discapacidad, son personas mayores, fueran o son drogodependientes, tienen problemas de salud mental, etc.

BIENESTAR MATERIAL

	Siempre o Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
--	---------------------------	----------------	---------------	-----------------------

19	El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable (ruidos, humos, olores, oscuridad, escasa ventilación, desperfectos, inaccesibilidad...)	1	2	3	4
20	El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad.	4	3	2	1
21	Dispone de los bienes materiales que necesita.	4	3	2	1
22	Se muestra descontento con el lugar donde vive.	1	2	3	4
23	El lugar donde vive está limpio.	4	3	2	1
24	Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas.	4	3	2	1
25	Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos.	1	2	3	4
26	El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades.	4	3	2	1

Puntuación directa TOTAL _____

ITEM 20: si la persona no tiene trabajo, valora la seguridad del centro.

DESARROLLO PERSONAL

	Siempre o Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
--	---------------------------	----------------	---------------	-----------------------

27	Muestra dificultad para adaptarse a las situaciones que se le presentan.	1	2	3	4
28	Tiene acceso a nuevas tecnologías (Internet, teléfono móvil, etc.).	4	3	2	1
29	El trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades.	4	3	2	1
30	Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le plantean.	1	2	3	4
31	Desarrolla su trabajo de manera competente y responsable.	4	3	2	1
32	El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas.	4	3	2	1
33	Participa en la elaboración de su programa individual.	4	3	2	1
34	Se muestra desmotivado en su trabajo.	1	2	3	4

Puntuación directa TOTAL _____

ITEMS 29, 31 y 34: si la persona no tiene trabajo, valora respectivamente si las actividades que realiza en el centro le permiten aprender habilidades nuevas, si realiza esas actividades de forma competente y responsable, y si se muestra desmotivado cuando las realiza.

BIENESTAR FÍSICO

		Siempre o Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
35	Tiene problemas de sueño.	1	2	3	4
36	Dispone de ayudas técnicas si las necesita.	4	3	2	1
37	Sus hábitos de alimentación son saludables.	4	3	2	1
38	Su estado de salud le permite llevar una actividad normal.	4	3	2	1
39	Tiene un buen aseo personal.	4	3	2	1
40	En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma.	4	3	2	1
41	Sus problemas de salud le producen dolor y malestar.	1	2	3	4
42	Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria (atención preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.).	1	2	3	4

Puntuación directa TOTAL _____

ITEM 36: si no necesita ayudas técnicas, valore si dispondrá de ellas en el caso de que llegara a necesitarlas.

ITEM 39: se le pregunta si la persona va aseada o no, no importa que realice el aseo personal por sí misma o que cuente con apoyos para realizarlo.

ITEM 40: si la persona no toma ninguna medicación, marque la opción que considere más adecuada si la tomará. Se refiere a si se revisa la adecuación de la medicación periódicamente.

ITEM 41: si la persona no tiene problemas de salud, marque "Nunca o Casi nunca".

AUTODETERMINACIÓN

		Siempre o Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
43	Tiene metas, objetivos e intereses personales.	4	3	2	1
44	Ejige cómo pasar su tiempo libre.	4	3	2	1
45	En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias.	4	3	2	1
46	Defiende sus ideas y opiniones.	4	3	2	1
47	Otras personas deciden sobre su vida personal.	1	2	3	4
48	Otras personas deciden cómo gastar su dinero.	1	2	3	4
49	Otras personas deciden la hora a la que se acuesta.	1	2	3	4
50	Organiza su propia vida.	4	3	2	1
51	Ejige con quién vivir.	4	3	2	1

Puntuación directa TOTAL _____

ITEMS 43, 44 y 50: en el caso de personas con drogodependencias, valore si sus metas, objetivos e intereses son adecuados, si elige actividades adecuadas para pasar su tiempo libre y si organiza su propia vida de forma adecuada. "Adecuado" hace referencia a que no tenga relación con el consumo de drogas.

INCLUSIÓN SOCIAL		Siempre o Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
52	Utiliza entornos comunitarios (piscinas públicas, cines, teatros, museos, bibliotecas...).	4	3	2	1
53	Su familia le apoya cuando lo necesita.	4	3	2	1
54	Existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan su inclusión social.	1	2	3	4
55	Carece de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad.	1	2	3	4
56	Sus amigos le apoyan cuando lo necesita.	4	3	2	1
57	El servicio al que acude fomenta su participación en diversas actividades en la comunidad.	4	3	2	1
58	Sus amigos se limitan a los que asisten al mismo servicio.	1	2	3	4
59	Es rechazado o discriminado por los demás.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL _____					

DERECHOS		Siempre o Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
60	Su familia vulnera su intimidad (lee su correspondencia, entra sin llamar a la puerta...).	1	2	3	4
61	En su entorno es tratado con respeto.	4	3	2	1
62	Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano.	4	3	2	1
63	Muestra dificultades para defender sus derechos cuando éstos son violados.	1	2	3	4
64	En el servicio al que acude se respeta su intimidad.	4	3	2	1
65	En el servicio al que acude se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad.	4	3	2	1
66	Tiene limitado algún derecho legal (ciudadanía, voto, procesos legales, respeto a sus creencias, valores, etc.).	1	2	3	4
67	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos (confidencialidad, información sobre sus derechos como usuario...).	4	3	2	1
68	El servicio respeta la privacidad de la información.	4	3	2	1
69	Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL _____					

Número de identificación: 	Sección 1a. Escala de Calidad de vida GENCAT	
Nombre y apellidos 	1. Introducir las puntuaciones directas totales de cada una de las dimensiones 2. Introducir las puntuaciones estándar y los percentiles 3. Introducir el Índice de Calidad de vida	
Informante 	Dimensiones de Calidad de vida	Puntuaciones directas totales
Fecha de aplicación 	Bienestar emocional	
Relaciones interpersonales		
Bienestar material		
Desarrollo personal		
Bienestar físico		
Autodeterminación		
Inclusión social		
Derechos		
		Percentiles de las dimensiones
		Puntuación estándar TOTAL (suma)
		ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA. (Puntuación estándar compuesta)
		Percentil del Índice de Calidad de vida
Barómetro usado		
<input type="checkbox"/> Barómetro para la muestra general		
<input type="checkbox"/> Barómetro para personas mayores (a partir de 50 años)		
<input type="checkbox"/> Barómetro para personas con discapacidad intelectual		
<input type="checkbox"/> Barómetro para personas de otros colectivos (Personas con drogodependencias, VIH, SIDA, discapacidad física y problemas de salud mental)		

Sección 1b. Perfil de Calidad de vida											
Rodad la puntuación estándar de cada dimensión y del Índice de Calidad de Vida. Después une los círculos de las dimensiones con una línea para formar el perfil.											
Percentil	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	Índice de CV	Percentil	
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	>130	99	
95	15	15	15	15	15	15	15	15	122-130	95	
90	14	14	14	14	14	14	14	14	118-121	90	
85	13	13	13	13	13	13	13	13	114-117	85	
80									112-113	80	
75	12	12	12	12	12	12	12	12	110-111	75	
70									108-109	70	
65	11	11	11	11	11	11	11	11	106-107	65	
60									104-105	60	
55									102-103	55	
50	10	10	10	10	10	10	10	10	100-101	50	
45									98-99	45	
40									96-97	40	
35	9	9	9	9	9	9	9	9	94-95	35	
30									92-93	30	
25	8	8	8	8	8	8	8	8	89-91	25	
20									86-88	20	
15	7	7	7	7	7	7	7	7	84-85	15	
10	6	6	6	6	6	6	6	6	79-83	10	
5	5	5	5	5	5	5	5	5	68-79	5	
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<68	1	

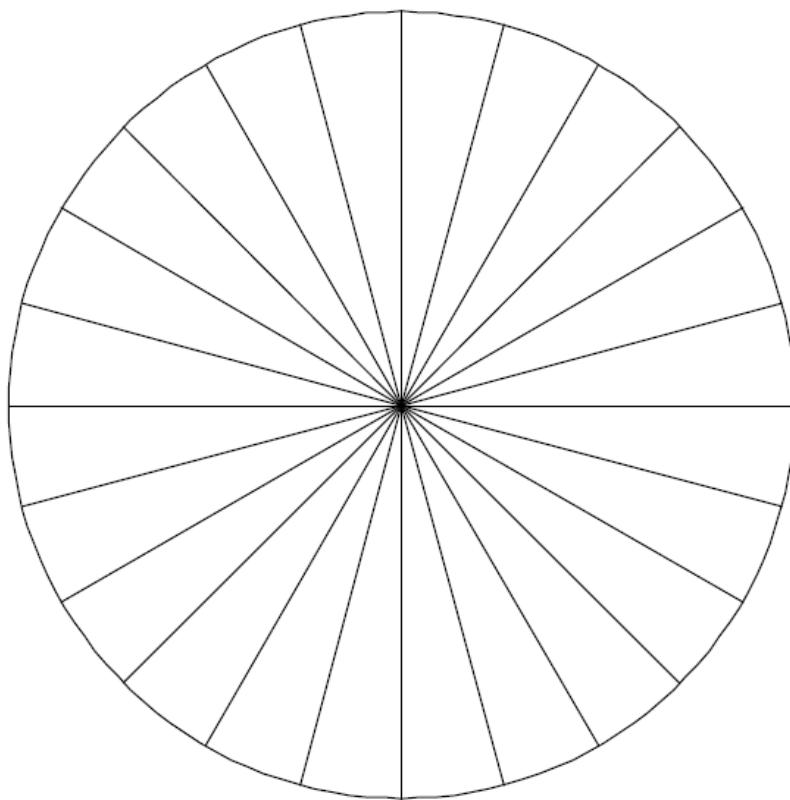
ANEXO V: Pastel de Vida

Fecha:

Nombre:

Sexo:

Edad:



Colores:

- Actividades Vida Diaria
- Descanso y Sueño
- Trabajo
- Actividades de Ocio

ANEXO VI: Encuesta de satisfacción personal

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PERSONAL

Nombre:

Fecha:

1. ¿Cuánto cree haber disfrutado de las actividades?

- Nada
- Poco
- Normal
- Bastante
- Mucho

2. ¿En qué medida cree que le han beneficiado?

- Nada
- Poco
- Normal
- Bastante
- Mucho

3. Tras acabar las actividades ¿Se siente satisfecho?

- Nada
- Poco
- Normal
- Bastante
- Mucho

4. ¿Siente que su estado de ánimo ha mejorado?

- Nada
- Poco
- Normal
- Bastante
- Mucho

5. ¿Cree que ha conseguido integrarse en el grupo?

- Nada
- Poco
- Normal
- Bastante
- Mucho

6. ¿Cuánto ha disfrutado realizando actividades con los demás participantes del grupo?

- Nada
- Poco
- Normal
- Bastante
- Mucho

7. ¿En qué medida se ha sentido cómodo y capaz de guiar al grupo durante la actividad?

- Nada
- Poco
- Normal
- Bastante
- Mucho

8. ¿Cree que el/la Terapeuta Ocupacional ha realizado bien su labor?

- Nada
- Poco
- Normal
- Bastante
- Mucho

9. ¿Le gustaría repetir las actividades?

- Sí
- No

10. Si es así, ¿Cuál de ellas? (Puede marcar más de una)

- Cocina
- Música
- Baile
- Cine
- Fotografía
- Manualidades
- Jardinería
- Deporte

11. Nota global de las sesiones: ___ /10

12. Aportaciones para la mejora de las actividades:
