



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

PROGRAMA PREVENTIVO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN ADULTOS SANOS, DURANTE SUS PRIMEROS 5 AÑOS DE JUBILACIÓN, EN CENTROS DE MAYORES MUNICIPALES DE ZARAGOZA.

PREVENTIVE OCCUPATIONAL THERAPY PROGRAM IN ACTIVE AGEING IN HEALTHY ADULTS, DURING THEIR FIRST 5 YEARS OF RETIREMENT, IN MAJOR CENTRES OF MUNICIPAL ZARAGOZA.

Autor/es

Nuria López San Anselmo

Director/es

Estela Calatayud Sanz

Facultad Ciencias de la Salud

2015-2016

ÍNDICE

<i>RESUMEN</i>	1
<i>ABSTRACT</i>	2
1. Introducción.....	3
1.1 Modelos de Terapia Ocupacional y Marcos de Referencia.....	17
2. Objetivos.....	18
3. Metodología.....	19
3.1 Plan de intervención	19
3.2 Fases del desarrollo del programa.....	21
4. Desarrollo del programa de prevención.....	22
5. Evaluación del programa.....	27
6. Conclusiones.....	27
Referencias bibliográficas.....	29
<u>ANEXOS</u>	
Anexo I.....	36
Anexo II.....	40
Anexo III.....	43
Anexo IV.....	44
Anexo V.....	47
Anexo VI.....	52
Anexo VII.....	55
Anexo VIII.....	56
Anexo IX.....	58

RESUMEN

En este artículo proponemos un programa de intervención preventivo dirigido a personas mayores de 65 años en sus primeros 5 años de jubilación, con posibilidad de encontrarse en una situación de riesgo del deterioro propio del envejecimiento. El proceso de jubilación conlleva la pérdida del rol productivo y una ruptura de los hábitos y rutinas diarias, por lo que puede conllevar el riesgo de padecer una posible disfunción ocupacional.

Objetivo: estimular las funciones cognitivas para enlentecer el deterioro típico del envejecimiento, además de trabajar aspectos físicos a través de sesiones de psicomotricidad; todo ello mediante una intervención centrada en la persona desde terapia ocupacional. Está destinado tanto a personas sanas como aquellas que presenten afectación de la memoria asociado a la edad (AMAE).

Método: el programa tendrá una duración de 7 meses y se diseñarán dos grupos de 25 personas. La evaluación de los adultos se realizará mediante un auto cuestionario personal, el Listado de intereses, y un cuestionario de Fallos de la Memoria. Utilizaremos el Miniexamen cognoscitivo de Lobo (MEC) para determinar el nivel cognitivo de los participantes y poder organizarlos en dos grupos. El desarrollo de la intervención del programa constará de una sesión de estimulación cognitiva y de psicomotricidad.

El modelo implementado será el Modelo de Ocupación Humana (MOHO) y los marcos de referencia cognitivo y biomecánico, los cuales serán utilizados para guiar el diseño de la intervención con el fin de ajustarla a las características, capacidades, necesidades e interés de las personas mayores.

Palabras claves: personas mayores sanas, envejecimiento activo, estimulación cognitiva, psicomotricidad, entrenamiento físico,...

ABSTRACT

In this research article it is proposed a preventive intervention program aimed at people over 65 years old in their first 5 years of retirement, with the possibility of being in a risk initial situation of deterioration due to aging. It is focused in healthy people as well as in people who suffer from age-associated memory impairment (AAMI). The retirement process involves the loss of productive role and a breach in habits and daily routines, which can lead to the risk of a possible occupational dysfunction.

The aim of the present article is cognitive stimulation functions for slowing down typical decline of aging, as well as working physical aspects through psychomotor skills sessions; all this through a person-centered intervention from occupational therapy.

Method: the program will last for 7 months and two groups of 25 people will take part in it. Adults' assessment will be performed through a personal self-questionnaire, the list of interests and a Memory Failures of Everyday Questionnaire. Lobo's Mini - Mental State Examination (MMSE) will be used to determine the cognitive level of the participants and to organize them into two groups. The development of the intervention program will consist of a session of cognitive stimulation and another psychomotor one.

The established model will be the Model of Human Occupation (MOHO) and cognitive and biomechanical reference frameworks , which will be used to lead the intervention design in order to adjust to the characteristics , abilities, needs and interests of the elderly people.

Palabras claves: healthy elderly, active aging, cognitive stimulation, psychomotor, physical training...

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad asistimos a un fenómeno nuevo y revolucionario, el envejecimiento poblacional. Los procesos de industrialización, urbanización y modernización social, junto a los avances tecnológicos, científicos y sanitarios han generado la disminución de las tasas de natalidad y mortalidad; las cuales, junto con el aumento de la esperanza de vida, se han convertido en las dos fuerzas causales de este hecho demográfico ⁽¹⁾.

El envejecimiento es el proceso de llegar a mayor independientemente de la edad cronológica y hace referencia a los cambios que se producen a nivel físico, bioquímico, funcional, psicológico y cognitivo a partir de los 50 años de edad ⁽²⁾. Es importante resaltar que hay múltiples formas de envejecer y que mientras algunos individuos presentan un envejecimiento patológico (trastornos crónicos y poli patologías), otros llegan a una edad avanzada con buena salud y un alto funcionamiento físico, cognitivo, emocional y una amplia participación social ⁽³⁾.

El Índice de Envejecimiento es un indicador del envejecimiento actual y potencial futuro ⁽⁴⁾. Según los datos ofrecidos por la OMS, entre 2015 y 2050, la proporción de la población mundial con más de 60 años de edad pasará de 900 millones hasta 2000 millones, lo que representa un aumento del 12 % al 22 % ⁽⁵⁾.

Los datos a nivel Europeo indican que este colectivo suponía un 13,4 % de la población en 2014 ⁽⁴⁾.

En España la situación demográfica es similar a la del resto de países desarrollados, con un envejecimiento de la población provocado por el descenso de la natalidad y los procesos migratorios negativos ⁽¹⁾. En el último censo del año 2015, se registra una población total de 46.423.064 personas, de las cuales 2.354.952 pertenecen al colectivo de más de 64 años de edad, lo que representa el 12,4 % de la población. Las tres comunidades con mayores cifras son Andalucía, seguida de Cataluña y por último Madrid ⁽⁶⁾.

Respecto a la esperanza de vida se percibe un incremento en los últimos años. En España entre 1992 y 2015, la esperanza de vida de los hombres ha pasado de 73,9 a 80,0 años y la de las mujeres de 81,2 a 85,6 años, según las Tablas de

mortalidad publicadas por el Instituto Nacional de Estadística (en adelante INE) ⁽⁷⁾.

Los datos estadísticos de 2015 referentes a Aragón muestran una población total de 1.317.847 personas, de las cuales 69.656 están comprendidos entre 65 y 69 años de edad, es decir, un 21 %, frente al 18,4 % de media española ⁽⁸⁾.

El aumento de la esperanza de vida y su proyección como un grupo de población activo, es una realidad. Cada vez se viven más años y se llega al momento de la jubilación en mejores condiciones de salud, lo que permite que la persona se mantenga activa y participe en numerosas ocupaciones familiares o inicie ocupaciones nuevas ⁽¹⁾.

La ocupación del trabajo define la etapa de madurez de una persona y es considerado como algo importante para la satisfacción individual. Por otra parte, el trabajo no solo es un factor que organiza nuestra actividad, sino que también nos ayuda a formar nuestro autoconcepto. La percepción de quienes somos y como nos vemos viene determinado, en parte, por nuestra ocupación ⁽⁹⁾.

Según Atcheley (1989), la jubilación es un proceso de continuo cambio en el que la persona pasa por una serie de etapas o fases: la de luna de miel, la de continuidad con las actividades de ocio planificadas y la de descanso ⁽¹⁰⁾.

Mahncke et al. (2006) consideran la jubilación como un momento de tránsito decisivo en el que las personas pueden optar entre seguir con un estilo de vida activo o pasar a una situación de menos actividad cognitiva o social con sus posteriores efectos negativos en la capacidad de aprendizaje y memoria ⁽¹¹⁾.

Fernández-Ballesteros (2009) señala que, "los años por venir han de ser preparados con el mismo (o mayor) cuidado que lo han sido los anteriores" ⁽³⁾.

El Instituto de Mayores y Seguridad Social (2013), concuerda en que tanto la entrada como la salida del mundo laboral necesitan de una cuidadosa planificación y preparación. La satisfacción de las personas depende del éxito en la adaptación, tanto en la actividad de la ocupación, como en la inactividad después de jubilarse ⁽¹⁾.

Una de las consecuencias derivadas de la jubilación son los trastornos de ánimo (ansiedad o depresión) ⁽¹²⁾. Este hecho ocurre cuando el individuo percibe que

sus deseos respecto a la jubilación no se cumplen ⁽¹³⁾. La jubilación puede significar, para unos, el momento de disfrutar del tiempo libre, mientras que para otros es un momento de estrés, ya que el retiro supone una pérdida del poder adquisitivo y, en consecuencia, de la autoestima ⁽¹²⁾.

Si la persona no construye el retiro como un desenlace positivo y que debe tener lugar en su momento, la probabilidad de que la persona desarrolle sintomatología depresiva aumenta notablemente ⁽¹⁴⁾.

El retiro de la actividad laboral conlleva una transición del papel de trabajador al rol de persona jubilada y, además trae consigo cambios en los roles familiares y el deterioro de los contactos sociales ⁽¹⁵⁾ ⁽¹⁶⁾.

Promover la participación de personas mayores jubiladas en Programas de Estimulación Cognitiva y Física (en adelante EC y EF), es clave debido a que se produce la pérdida del rol de trabajador por lo que es fundamental prevenir o retrasar el deterioro cognitivo asociado con la edad y anticiparse al desarrollo de demencias ⁽¹⁷⁾. A través de programas que integren el trabajo cognitivo y motriz mejoraremos: la atención, memoria de trabajo, memoria motriz, conciencia corporal y orientación espacial ⁽¹⁸⁾. Dichas actividades serán definidas a través de tablas en la intervención del programa.

Lo que el individuo hace puede influir en su envejecimiento cognitivo, por lo que se ha percibido que el cese de una actividad laboral cognitivamente estimulante puede influir negativamente en el funcionamiento cognitivo y, puede ser compensado mediante actividades cognitivas, físicas, sociales y de ocio ⁽¹⁹⁾.

Actualmente, existen líneas de investigación en las que se están combinando programas de actividad física con tareas de entrenamiento cognitivo.

La tabla 1 resume los 11 artículos analizados en relación a las características de nuestro programa de entrenamiento cognitivo y psicomotriz.

Entre los estudios que analizaron el efecto de un programa de EC encontramos tres artículos, de los cuales podemos señalar el estudio cuasi experimental de Anna Puig (2000), basado en un programa de psicoestimulación preventiva dirigido a personas mayores de 65 años sanas a nivel cognitivo; el estudio de casos y controles de Fernández Ballesteros (2002), aplicado a adultos mayores

con y sin deterioro cognitivo a los cuales se les dividió en 2 grupos a cada condición y se le aplicó entrenamiento cognitivo a uno sí y al otro no, y por último, podemos señalar el estudio experimental realizado por Smith G et al. (2009) el cual investigó la eficacia de un programa de entrenamiento cognitivo basado en la plasticidad cerebral para valorar su efecto sobre la memoria y la atención en personas mayores sin deterioro cognitivo.

Respecto a estudios que avalan la eficacia de programas combinados podemos destacar siete. Fabre et al. (2002) investigó la eficacia de diferentes técnicas de rehabilitación en sujetos sanos de edad avanzada, y para ello, aplicó un entrenamiento aeróbico y mental para valorar si la combinación de ambas técnicas generaba mejores resultados sobre la función cognitiva. El estudio de casos y controles realizado por Valencia et al. (2008) combinó un entrenamiento de la memoria y psicomotricidad denominado SIMA, aplicado a 95 adultos mayores sanos. Otro estudio cuasiexperimental denominado "Memoria en movimiento" de Ana Rey e Inma Canales (2012), combinó un entrenamiento cognitivo y motriz de forma simultánea en personas mayores de 60 años sin deterioro cognitivo, problemas de movilidad ni institucionalizados. Por último, encontramos el estudio longitudinal de Días de Macedo et al. (2015) quienes analizaron los beneficios de un programa de EC y multisensorial en sujetos de edad avanzada institucionalizados y establecidos en la comunidad.

Por último, señalamos los estudios de Fernández Ballesteros (2002) y Eckroth M et al. (2009), los cuales utilizaron las nuevas tecnologías (en adelante TIC) como medio para mejorar las funciones cognitivas y promover un envejecimiento activo.

La duración total de los estudios oscila desde los 12 meses el programa más largo, hasta los 7-5 meses los más cortos. El tiempo de duración de las sesiones también es variable, desde 45 minutos hasta 1 hora (de dos a cinco veces por semana).

Un dato importante extraído de una revisión sobre estudios que midieron la efectividad de intervenciones cognitivas en la prevención del deterioro de la memoria asociado a la edad, fueron que intervenciones cognitivas administradas durante 60-90 minutos eran más efectivas que las de duraciones mayores debido a la aparición de la fatiga ⁽³⁰⁾.

Respecto al número de adultos que participaron en los estudios, se percibe un tamaño mayor en aquellos estudios longitudinales en el tiempo con muestras de hasta 95-107 personas, pero en general los grupos están formados por 20- 40 personas.

En la mayoría de los estudios, los resultados muestran mejorías en el funcionamiento cognitivo-motriz general, además de un incremento del estado de ánimo. La participación en programas combinados mejoró la percepción de las personas mayores en términos de satisfacción y calidad de vida. La utilización de las TIC para intervenir con este colectivo es un hecho innovador y los últimos estudios avalan que los programas interactivos con ordenadores pueden ser eficaces para mejorar y retrasar la pérdida de habilidades cognitivas.

Tabla 1. Estudios de EC y psicomotricidad en orden cronológico

AUTOR/LUGAR/AÑO	TIPO ESTUDIO	OBJETIVO/MUESTRA/MÉTODO/INTERVENCIÓN	RESULTADOS
Puig A. (Girona,2000) ⁽²⁰⁾	Estudio cuasiexperimental.	<p>Objetivo: probar la eficacia del Programa de Psicoestimulación Preventiva (PPP).</p> <p>Muestra: 24 pacientes adultos mayores de 65 años con deterioro cognitivo.</p> <p>Método: Se dividieron en dos grupos: grupo control (GC) y grupo experimental (GE).</p>	Los resultados mostraron mejorías en las áreas cognitivas del GE frente al GC que empeoró en referencia a los resultados de la prueba de MEC.
Fabre C et al. (2002) ⁽²¹⁾	-	<p>Muestra: 32 sujetos con una edad entre los 60-70 años.</p> <p>Método: fueron asignados en un grupo de entrenamiento aeróbico, entrenamiento cognitivo, entrenamiento combinado y un grupo control.</p> <p>La duración del estudio fue de 2 meses.</p> <p>Tras finalizar el estudio se les administro un</p>	<p>Un entrenamiento combinado genera mejores resultados cognitivos que una formación aeróbica específica o un entrenamiento mental único.</p> <p>El grado de satisfacción mostrado fue mayor en el grupo que recibió</p>

		cuestionario de calidad de vida.	entrenamiento físico comparado con el grupo de entrenamiento cognitivo.
Montejo P. (Madrid, 2003) ⁽²²⁾		Muestra: 1038 personas mayores de 65 años. Método: 11 sesiones de hora y media. Cada grupo estaba compuesto por 14-16 personas. Intervención: Método de entrenamiento de la memoria (UMAM).	Se percibió una mejoría de la memoria a nivel de todo el grupo y concretamente un 77% de los sujetos mejoraron cognitivamente. También se detectó un incremento del estado de ánimo.
Fernández Ballesteros et al. (Madrid, 2002) ⁽²³⁾	Estudio de casos y controles	Muestra: 107 personas voluntarias mayores de 60 años. Intervención: se formaron tres grupos; 44 personas recibieron un curso multimedia, 32 personas un curso presencial y 31 personas formaron el grupo control.	Los resultados mostraron cambios positivos en todos los grupos, aunque en el grupo Multimedia se percibe un incremento significativo en lo referente a la nutrición y el ejercicio físico regular,

			además de mejoría en relación con la satisfacción con la vida. También se detecta un incremento en el nivel de actividad en todos los grupos.
Smith G, Housen P, Yaffe K et al. (California y Minnesota, 2009) (24)	Estudio experimental	<p>Muestra: adultos sanos sin deterioro cognitivo quienes se agruparon en dos grupos al azar.</p> <p>Método: Se estableció un grupo control (programa de estimulación habitual) y un grupo de intervención (programa de entrenamiento cognitivo basado en la plasticidad cerebral)</p> <p>La duración del estudio fue de 8 semanas, 5 días a la semana (1 hora).</p>	<p>El grupo experimental mostró mejores resultados en atención y memoria auditiva que el grupo control, aunque no se observó ninguna ventaja en la memoria narrativa.</p> <p>La conclusión fue que un programa experimental mejoraba a nivel general la memoria y la atención, más que un programa</p>

			<p>cognitivo habitual.</p> <p>La eficacia del programa se calculó utilizando seis subpruebas de la Bateria Repetible para la Evaluación del Estado neuropsicológico (RBANS).</p>
Eckroth M, Siberski J(Pennsylvania, 2009) ⁽²⁵⁾	Estudio experimental	<p>Objetivo: estudiar la eficacia de una intervención para estimular múltiples dominios cognitivos combinando actividades tradicionales y actividades con ordenadores.</p> <p>Muestra: 32 personas mayores de 65 años con diferentes niveles de deterioro cognitivo, quienes fueron asignados al azar en un grupo control y otro experimental.</p> <p>Método: las sesiones tenían una duración de 45 minutos (dos veces a la semana) durante 6 semanas.</p>	<p>Los resultados mostraron que el programa tiene en general efectos positivos sobre la cognición y la memoria. En el grupo experimental se percibieron cambios en las puntuaciones de demencia, la memoria a largo plazo, y el retraso de la recuperación de la información auditiva, aunque ningún grupo</p>

		Los grupos de trabajo estaban formados por 5 personas que debían completar tres tareas (15 minutos cada una) de forma independiente.	alcanzo una mejoría significativa.
Moreno C. (Colombia, 2011) (26)	Estudio cuasi-experimental longitudinal. Ensayo clínico no controlado	Muestra: adultos mayores con y sin deterioro cognitivo leve (DCL) entre 60 y 70 años. Método: Los participantes se dividen en 4 grupos. Intervención: <ul style="list-style-type: none"> - Afectados con DCL en los que un grupo recibirá entrenamiento cognitivo y el otro no. - Personas sin DCL en el que un grupo recibirá entrenamiento cognitivo y el otro no 	El grupo con DCL que recibió entrenamiento cognitivo mostró una mejoría de sus funciones frente a los que no recibieron, donde se percibió un declive en su rendimiento. Respecto al grupo sin DCL las diferencias entre el grupo que recibió o no entrenamiento cognitivo no fueron significativas, aunque sí que estimulo el rendimiento cognitivo, la funcionalidad y calidad de vida de quienes

			recibieron el tratamiento.
Valencia et al (Colombia, 2008) (15)	Estudio de casos y controles	<p>Muestra: 95 adultos sanos. Se dividieron en un grupo control (49) y un grupo de intervención (46).</p> <p>Método: 20 sesiones (1 sesión/semana) en grupos de 10-15 personas guiadas por un tutor.</p> <p>La duración total del programa fue de 5 meses.</p> <p>Intervención: Se utilizó un programa combinado de entrenamiento de memoria y psicomotricidad denominado SIMA.</p>	Los resultados muestran que este programa de entrenamiento mejora el rendimiento cognitivo en población adulta mayor sana, principalmente en la atención selectiva y velocidad de procesamiento de información.

<p>Rey A, Canales I (España, 2012) ⁽²⁷⁾</p>	<p>Estudio cuasi-experimental: "Memoria en movimiento"</p>	<p>Muestra: 234 personas con edad superior a 60 años y ausencia de deterioro cognitivo.</p> <p>Método: grupo experimental (185) y grupo control (49). Lugar: Centros de mayores de la comunidad de Galicia (España).</p> <p>Intervención: 26 sesiones de 1 hora (2 sesiones/semana)</p> <p>120 tareas divididas en cuatro bloques: conciencia corporal, atención, estrategias para recordar y estructuración espacio-temporal.</p>	<p>Los resultados mostraron que la participación de personas mayores en un programa de EC mediante la utilización de tareas cognitivas y motrices, generan mejoras importantes en el funcionamiento cognitivo general.</p>
<p>Reigal R, Hernández (Málaga, 2014) ⁽²⁸⁾</p>	<p>Estudio experimental</p>	<p>Muestra: 57 mujeres con edades entre los 65 y 69 años.</p> <p>Objetivo: analizar los efectos de un programa integrado de actividad física y estimulación cognitiva.</p> <p>Método: dos grupos aleatorizados, uno de ellos fue sometido a un programa de</p>	<p>Los resultados obtenidos indicaron efectos positivos en ambos grupos y diferencias a favor del programa integrado.</p>

		<p>ejercicios físicos sin estimulación cognitiva y otro un programa integrado de actividad física y cognitiva.</p> <p>Intervención: 20 semanas (dos veces a la semana). Las sesiones tenían una duración de 75 minutos</p>	
<p>Días de Macedo (Brasil, 2015) ⁽²⁹⁾</p>	<p>Estudio longitudinal</p>	<p>Muestra: personas mayores de 65 años cognitivamente sanos.</p> <p>Método: Se dividieron en dos grupos: sujetos institucionalizados y sujetos que vivían con sus familias en la comunidad.</p> <p>Intervención: 48 sesiones (dos veces por semana) de EC y multisensorial. Se comparó el rendimiento de cada participante al final del programa de intervención a los 2 meses, 4 meses, 6 meses, 8 meses y 12 meses después del programa de estimulación terminado.</p>	<p>Los resultados mostraron mejorías neuropsicológicas con una reducción de las puntuaciones en el minimental tras los 4 meses de intervención en ambos grupos.</p> <p>Se detectó un deterioro cognitivo progresivo tras la finalización del final del programa de estimulación en ambos grupos. Sin embargo, los</p>

			<p>sujetos de edad avanzada que vivían con sus familias en un ambiente enriquecido dentro de la comunidad presentaban menores tasas de deterioro cognitivo que, los sujetos de edad avanzada que vivían en instituciones de cuidado a largo plazo.</p>
--	--	--	--

1.1 MODELOS DE TERAPIA OCUPACIONAL Y MARCOS DE REFERENCIA

El modelo de Terapia Ocupacional seleccionado para guiar el Programa de EC y EF es el Modelo de Ocupación Humana (en adelante MOHO), debido a que aporta un marco de trabajo detallado del funcionamiento ocupacional del individuo, permite una medición y descripción precisa de las características ocupacionales y proporciona herramientas específicas para evaluar a la persona ⁽³¹⁾.

El MOHO considera al ser humano como un sistema abierto y dinámico y, define a la persona como un sistema compuesto por tres subsistemas interrelacionados: volición, habituación y capacidad de desempeño; influidos a su vez por el entorno en el que se encuentran ⁽³¹⁾.

La volición hace referencia a la motivación intrínseca de la persona en la capacidad de elegir y realizar aquellas cosas que completan sus vidas. Incluye causalidad personal (sentido propio de capacidad y eficacia), valores (aquello que es importante y significativo para la persona) e intereses (lo que uno encuentra placentero o satisfactorio hacer) ⁽³²⁾.

La habituación es la exhibición de patrones de la vida cotidiana, guiados por nuestros hábitos y roles que dan un sentido de regularidad a la vida. La jubilación genera una pérdida de roles (trabajador, sociales,..) pero también facilita la adquisición de otros nuevos.

George Maddos (1974) concluyó que aquellas personas que participan en un mayor número de roles o actividades ocupacionales, conforme entran en la edad avanzada, soportan mejor los efectos desmoralizantes de la salida de aquellos roles obligatorios a los que se le dan prioridad en la vida adulta ⁽³²⁾.

El jubilado debe establecer un nuevo equilibrio en su ritmo vital, y si se poseen intereses y se han explorado alternativas, existen buenas posibilidades para ocupar el tiempo de manera gratificante y significativa ⁽³²⁾.

La capacidad de desempeño se refiere a la capacidad de hacer cosas por medio de la coordinación de los componentes físicos y mentales subyacentes y de la experiencia subjetiva correspondiente. El desempeño ocupacional requiere que las personas anticipen, planifiquen y observen lo que sucede, hagan ajustes y decidan qué hacer luego.

Todo cambio requiere de ajustes, transformaciones de hábitos y formas de hacer, como una forma de adaptación a la nueva realidad ⁽³¹⁾.

Como marcos de referencia utilizaremos el Marco de Trabajo ya que proporciona la base para la organización, análisis, valoración, interpretación e intervención del proceso de terapia ocupacional, centrado en el uso de la ocupación y teniendo en cuenta los entornos y contextos donde se llevará a cabo ⁽³³⁾.

Tomaremos de referencia el Marco Biomecánico, fundamentado en los principios cinéticos y cinemáticos relacionados con la naturaleza del movimiento y, las fuerzas que actúan sobre el cuerpo humano. Nuestra intervención será preventivo y estará enfocada en el mantenimiento de la fuerza, la resistencia y el rango de movilidad dentro de los límites normales para la edad, el género y las características de la persona, a través de actividades psicomotrices ⁽³⁴⁾.

Por otra parte, nos apoyaremos en los modelos cognitivos los cuales se centran en el desarrollo y estudio de las funciones mentales. Podemos destacar el modelo de déficit cognitivo de Allen, cuyo estudio se centra en las limitaciones funcionales del paciente según su capacidad de procesamiento de la información e indica cuando la persona necesita ayuda. El objetivo de este modelo es planificar y establecer un tratamiento acorde al nivel cognitivo del paciente. Está diseñado para tratar el deterioro de las habilidades cognitivas en personas con discapacidad, aunque considero que puede aplicarse a nuestra población debido a que el proceso de envejecimiento también se caracteriza por un declive progresivo de las capacidades mentales ⁽³⁵⁾.

2. OBJETIVOS

El objetivo general del programa es retrasar y/o prevenir posibles déficits cognitivos, manteniendo y mejorando en lo posible, las habilidades cognitivas del usuario además de trabajar aspectos físicos mediante actividades de psicomotricidad, todo ello para promover la independencia y autonomía personal del usuario el mayor tiempo posible.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promocionar un "envejecimiento activo" mediante un entrenamiento cognitivo y actividades de psicomotricidad.

- Prevenir el deterioro progresivo y la pérdida funcional propia del proceso de envejecimiento.
- Mantener o mejorar tanto las capacidades cognitivas y el estado físico de las personas mayores sanas.
- Potenciar y/o mejorar el esquema corporal, la coordinación, el equilibrio, la prevención de caídas,.. a través de la psicomotricidad.
- Reducir posibles alteraciones psicológicas presentes en algunas personas jubiladas.

3. METODOLOGÍA

Se procedió a la búsqueda de información utilizando diferentes bases de datos, entre ellas: Dialnet, Pubmed, Scielo además de metabuscadores como Alcorze y Google Académico, acotando la revisión desde el año 2009 al 2015. Se han utilizado las siguientes palabras clave: envejecimiento activo, personas mayores sanas, jubilación, estimulación cognitiva y física, entrenamiento cognitivo, psicomotricidad,.. Se completó la revisión de información utilizando las referencias bibliográficas encontradas en las búsquedas previas, además de la lectura de libros específicos y portales webs de Terapia Ocupacional (terapia-ocupacional, revista gallega de terapia ocupacional).

3.1 PLAN DE INTERVENCIÓN

El Programa tiene como objetivo principal la prevención primaria del deterioro de las funciones cognitivas y físicas, y el mantenimiento de las capacidades presentes hasta el momento, todo ello dirigido desde la filosofía del "envejecimiento activo".

La Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) (2002), considera que la mejor forma de afrontar el envejecimiento de la población es mediante políticas y programas que fomenten el llamado "envejecimiento activo" para mejorar la salud, la participación y la seguridad de las personas mayores. Su objetivo es motivar al individuo a involucrarse en la realización de actividades que incluyan procesos físicos, psíquicos y sociales ⁽³⁶⁾.

El término “activo”, hace referencia a la participación de las personas mayores en cuestiones sociales, económicas, culturales y cívicas y, no únicamente a la capacidad de estar físicamente activo y participar en actividades laborales ⁽³⁶⁾.

Mediante este envejecimiento activo se pretende ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida de todas las personas, previniendo enfermedades y deterioros físicos durante el proceso de envejecimiento ⁽³⁶⁾.

A la hora de poner en marcha un modelo de envejecimiento activo entre población mayor, habrá que tener en cuenta las características personales (gustos, intereses, preferencias por unas ocupaciones u otras), el tipo de profesión desempeñada a lo largo de su ciclo vital, la zona geográfica de la persona, etc. ⁽³⁶⁾.

POBLACIÓN

El programa de intervención está dirigido a una población concreta: personas mayores de 65 años en sus primeros 5 años de jubilación, con posibilidad de encontrarse en una situación de inicio del deterioro propio del envejecimiento. Está destinado tanto a personas sanas como aquellas que presenten quejas subjetivas de memoria o alteraciones de memoria asociadas a la edad, en adelante AMAE.

El programa estará incluido en el Área de Salud y Calidad de Vida del Ayuntamiento de Zaragoza dirigido a personas mayores y, se llevará a cabo en los Centros de Mayores. En la siguiente tabla se muestran los Centros de Convivencia Municipales con mayor afluencia de socios:

CENTRO	SOCIOS	CENTRO	SOCIOS
Salvador Allende	9409	José María Castro Calvo	3546
Pedro Laín Entralgo	6004	La Almozara	3522
Terminillo	5312	Torrero	3334
Francisco de Goya	4288	La Jota	3284

Los talleres ofertados en esta área se centran en el desarrollo de todos aquellos aspectos que permitan mejorar la calidad de vida y prevenir el deterioro físico, psíquico y social asociado al envejecimiento. En el próximo curso 2015/2016 están previstos 213 talleres, los cuales contarán con un total de 4924 plazas ⁽³⁸⁾.

Con el fin de promocionar nuestro programa y poder llevarlo a cabo en los Centros de Convivencia de Zaragoza, será necesario contactar con el director o persona a cargo de los centros de mayor afluencia señalada anteriormente. Se presentará nuestro programa preventivo definiendo nuestros objetivos específicos y los beneficios que tendría en la salud de este colectivo, además de que prestaríamos sesiones de psicomotricidad a un mayor número de personas, que debido al exceso de demanda o limitación de plazas destinadas a ese taller no hayan podido acceder a él ⁽³⁹⁾.

Las sesiones serán guiadas y desarrolladas por un terapeuta ocupacional cualificado y consistirán en intervenciones grupales con un intervalo de 90 minutos. La duración total del programa será de 7 meses y, los participantes se distribuirán en dos grupos que asistirán dos veces por semana.

3.2 FASES DEL DESARROLLO DEL PROGRAMA

CRONOGRAMA DEL PROGRAMA					
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
	Grupo 1	-	Grupo 2	-	
10.00-10.45H	EC	-	EC	-	VALORACIONES (4 personas)
10.45-11.45 H	Psicomotricidad	-	Psicomotricidad	-	VALORACIONES (4 personas)

Primera fase: evaluación inicial

En esta primera fase, realizaremos una valoración inicial del estado cognitivo y físico de cada persona mediante evaluaciones específicas que nos ayuden a determinar si presenta algún grado de deterioro o un nivel funcional óptimo.

Segunda fase: intervención

Las sesiones se realizarán en horario de mañana de 10.00 a 12.45 h, de lunes a jueves. Los viernes se destinarán para realizar las valoraciones pertinentes e incluso intervenciones individuales si fuera necesario.

Por otro lado, las personas mayores serán divididas en dos grupos de 25 personas cada uno.

Durante esta fase, se implantarán las actividades propuestas para mejorar o mantener la capacidad cognitiva y el estado físico de las personas mayores sanas.

Tercera fase: reevaluación de la intervención

Al finalizar el programa, los participantes serán reevaluados utilizando la herramienta de evaluación cognitiva inicial (MEC) para valorar la consecución de los objetivos y, deberán cumplimentar una escala de satisfacción que revelará el impacto del programa sobre la vida de la persona.

4. DESARROLLO DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN

FASE 1: EVALUACIÓN

En primer lugar, administraremos un cuestionario con el fin de recabar datos generales e información sobre sus intereses, valores, hábitos ocupacionales, roles y estado de salud (ANEXO I).

A continuación, presentamos las diferentes herramientas de evaluación en las que nos hemos inspirado para elaborar el cuestionario inicial:

- **Listado de intereses reducidos:** hemos diseñado un inventario de intereses reducido y sencillo en el que deberán marcar el grado de interés: fuerte interés, algún interés o ningún interés de una serie de actividades cotidianas de ocio y tiempo libre, agrupadas en 15 áreas: Manipulativas, intereses culturales, música, coleccionismo, juegos de mesa, grupos sociales, estética, viajar, audiovisual, cocinar, deportes, cuidado de mascotas, cuidado de niños, naturales y pintura ⁽⁴⁰⁾ ⁽⁴¹⁾ (ANEXO II).

- **Listado de roles:** deberán señalar los roles que desempeñan en la actualidad: estudiante, amigo, miembro de familia, voluntario, cuidador, miembro de un grupo religioso, participante en organizaciones, aficionado, amigo y otros ⁽⁴⁰⁾.

Las herramientas de evaluación utilizadas para valorar el funcionamiento cognitivo de las personas mayores son las siguientes:

- **Miniexamen cognoscitivo de Lobo o MEC:** es una prueba de screening que permite la detección y evaluación de demencias y deterioro cognitivo. Consta de 30 ítems agrupados en 11 secciones: Orientación temporal, orientación espacial, fijación, atención y cálculo, memoria, nominación, repetición, comprensión, lectura, escritura y dibujo. La puntuación total es de 35 puntos (si es <23 puntos, indica la presencia de deterioro cognitivo) ⁽⁴²⁾ (ANEXO III).
- **Cuestionario de Fallos de la Memoria:** valora los olvidos cotidianos y nos proporciona una visión de los problemas de memoria que presenta la persona. Ha sido adaptado para población española por García-Martínez y Sánchez-Cánovas (1993). Consta de 28 ítems sobre situaciones y actividades de la vida diaria, que se puntúan en una escala de 0 a 2 puntos (nunca o rara vez, algunas veces y muchas veces). Las categorías de olvidos que recoge son "hablar, leer y escribir", "nombres y caras", "acciones" y "aprender cosas nuevas" ⁽⁴³⁾ (ANEXO IV).

FASE 2: INTERVENCIÓN

Se procederá a la implementación y seguimiento del programa preventivo enfocado en actividades de EC y psicomotricidad, teniendo en cuenta la diversidad de intereses, características y experiencias de la vida recogidos en el cuestionario inicial, para lograr la mejor intervención.

A continuación, exponemos la definición y características principales de dichos términos.

ESTIMULACIÓN COGNITIVA

Definición	La EC es un conjunto de técnicas y estrategias cuyo objetivo es optimizar la eficacia del funcionamiento de las distintas capacidades y funciones cognitivas mediante una serie de situaciones y actividades concretas que se estructuran en lo que se denominan "programas de entrenamiento cognitivo" ⁽²⁵⁾ .
Objetivos	<ul style="list-style-type: none">▪ Desarrollar las capacidades mentales.▪ Mejorar y optimizar su funcionamiento.▪ Grupos homogéneos en función del nivel cognitivo.
Duración	Sesiones de 45 minutos.
Materiales	Utilizaremos fichas o cuadernillos de trabajo con los que trabajaremos los siguientes aspectos: memoria, orientación visoespacial, lenguaje, praxis, gnosia, cálculo, percepción visual, razonamiento lógico, atención y, programación entre otros ⁽⁴⁴⁾ (ANEXO V).

PSICOMOTRICIDAD

Definición	<p>La psicomotricidad es una técnica corporal basada en una concepción integral del ser humano, la cual se centra en la interacción que se establece entre el conocimiento, la emoción, el cuerpo y el movimiento y, su importancia para el desarrollo de la persona, así como de su capacidad para expresarse y relacionarse en un contexto social ⁽³⁴⁾.</p> <p>Puede estar dirigida a distintos sujetos indistintamente de sus estados de salud y, puede realizarse de forma individual o en grupo ⁽⁴⁵⁾.</p> <p>Por medio de la psicomotricidad fomentamos la actividad física adecuada, adaptada a las características individuales de</p>
-------------------	---

	cada persona.
Objetivos	<p>Con el programa de intervención psicomotriz pretendemos estimular:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El control motor y la lateralidad ▪ La coordinación motriz y el equilibrio ▪ La adaptación y ajuste espacio-temporal ▪ La vivencia y reconocimiento del propio cuerpo ▪ El ritmo y la sensibilidad musical ▪ La expresión y la comunicación no verbal ⁽⁴⁶⁾.
Duración	Sesiones de 45 minutos. Utilizaremos música de fondo para ambientar la actividad, ajustada a los gustos de las personas.
Materiales	<p>Algunos de los materiales que emplearemos serán: esterillas, telas, pañuelos, balones, cuerdas, aros, picas, etc.</p> <p>Será necesario que las personas lleven ropa y calzado apropiados para realizar las actividades de manera cómoda y sin riesgo. También deberán traer una botella de agua.</p>
Actividades	Las actividades utilizadas para implementar la sesión de psicomotricidad pueden ser: Juegos tradicionales, técnicas de relajación, tablas de gimnasia, ejercicios de estiramientos, danza terapia, musicoterapia, taichí o expresión corporal.
Estructura	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludo y contacto inicial. 2. Calentamiento: se realizarán movimientos suaves y rotatorios de todas las articulaciones. Tabla de gimnasia (ANEXO VI). 3. Actividad central de la sesión. 4. Técnica de relajación. <ol style="list-style-type: none"> a. La relajación progresiva de Jacobson.

b. El entrenamiento autógeno de Schultz.

c. La relajación terapéutica de Berges y Bounes.

5. Despedida ⁽⁴⁷⁾.

Comenzaremos realizando la sesión de estimulación cognitiva en primer lugar, debido a que la realización de actividad física requiere de un mayor gasto energético y podrían no ser capaces de mantener la atención necesaria para entender y completar las actividades, además, las personas se encuentran descansadas y más activas cognitivamente a primeras horas de la mañana.

FASE 3: REEVALUACIÓN

Los resultados globales esperados tras la implementación de este programa preventivo de entrenamiento cognitivo y psicomotriz son:

- Lograr un incremento de la motivación por la realización de actividades físicas e incorporarlas a la rutina diaria, en un plazo de tres meses.
- Favorecer el aprendizaje de hábitos de vida saludables, en un plazo de tres meses.
- Lograr un incremento o mantenimiento de las funciones cognitivas de las personas mayores, en un plazo de siete meses.
- Mejorar el estado anímico y aumentar la autoestima y autoconcepto de las personas mayores, en un plazo de siete meses.

Tras la finalización del programa se realizará una reevaluación de los participantes utilizando la prueba cognitiva MEC, para comparar los resultados obtenidos con los valores de la prueba administrada al inicio de la intervención y, determinar si ha habido mejorías en las funciones cognoscitivas.

A partir de la escala de satisfacción conoceremos el nivel de agrado con respecto al programa de intervención y valoraremos las mejorías percibidas en la percepción del dolor y calidad de vida de las personas mayores.

5. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

Evaluación del Proceso: realizaremos un seguimiento de las mejoras observadas en los participantes que serán recogidas en sus fichas ocupacionales (ANEXO VII). En caso de que se produzca alguna caída durante la realización de las sesiones de psicomotricidad, dispondremos de una hoja de registro de caídas en la cual se describe las características de la misma y la actuación realizada (ANEXO VIII).

Evaluación de resultados: para determinar si hemos logrado los objetivos propuestos se procederá a volver a pasar la escala de valoración cognitiva inicial (MEC).

Evaluación de satisfacción: administraremos una escala de satisfacción formulada a partir del contenido de diversas escalas de satisfacción y calidad de vida (SF-12, SF-36, Escala de satisfacción de Filadelfia, WHOQOL) (ANEXO IX).

6. CONCLUSIONES

El contenido del programa supone una novedad respecto a estudios anteriores debido a que está dirigido a personas mayores sanas en sus primeros 5 años de jubilación. Nuestro trabajo no trata de un programa de preparación para la jubilación, sino de un programa preventivo del riesgo de deterioro de las capacidades cognitivas y físicas que debido al proceso de jubilación, pueden verse alteradas. En un primer momento, la población diana son personas mayores sanas que no presenten deterioro cognitivo, pero durante la intervención pueden ocurrir sucesos que empeoren este aspecto, por lo que será complicado mantenernos fieles a este criterio.

En la revisión realizada para este trabajo hemos encontrado un gran número programas de entrenamiento cognitivo-motriz dirigidos a personas mayores, aunque generalmente suelen presentar algún tipo de deterioro cognitivo o demencia, principalmente Enfermedad de Alzheimer, por lo que nuestro colectivo es ignorado con frecuencia en el diseño de este tipo de programas.

La estimulación constante sobre la memoria, el lenguaje, atención y otras habilidades cognitivas puede ser útil para reducir el deterioro característico del envejecimiento. Por ello, debemos alentar a los adultos mayores a mantenerse

activos y probar actividades nuevas y desafiantes, para promover su salud cognitiva y general.

Por otro lado, la psicomotricidad pretende contrarrestar el déficit de actividad física a través del movimiento en el espacio y hacer que la persona reconozca su espacio y se relacione con él de forma autónoma. El objetivo perseguido es que las personas mayores conserven el mayor tiempo posible su nivel de independencia mejorando su estado de salud con el fin de prevenir enfermedades y deterioros físicos propios de la edad, además, de reducir el riesgo de caídas y comportamientos sedentarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Miralles I. El reconocimiento de las personas mayores como un recurso indispensable en la sociedad. KAIROS. 2010;(26):1-14.
- (2) Durante P, Pedro P. Terapia ocupacional en geriatría. Principios y práctica. 3ª ed. España: Masson; 2010.
- (3) Fernández R. Jubilación y salud. HUMANITAS. 2009;(37):1-23.
- (4) Terapia – ocupacional.com [Internet]. Madrid: Corregidor AI, Moralejo C, Ávila MR [acceso el 23 de Dic. de 2015]. Terapia ocupacional en psicogeriatría. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Psicogeriatría.shtml>
- (5) Organización Mundial de la Salud [Internet]: OMS; Sep 2015 [acceso el 23 Dic. de 2015]. Datos y cifras del envejecimiento y ciclo de vida. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
- (6) Instituto Nacional de Estadística [Internet]. España: INE; 2016 [acceso el 14 de En. de 2016]. Principales series de población desde 1998 [2 pantallas]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t20/e245/p08/l0/&file=02002.px&type=pcaxis&L=0>
- (7) Instituto Nacional de Estadística [Internet]. España: 2016 [acceso el 23 de Dic. 2015]. Esperanza de vida a los 65 años según período [4 pantallas]. Disponible en: http://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?type=pcaxis&path=/t00/mujeres_hombres/tablas_1/&file=pcaxis
- (8) Instituto Aragonés de Estadística [Internet]. Aragón: IAEST; Feb 2016 [acceso el 23 de Dic. de 2015]. Datos básicos de Aragón sobre población [1 pantalla]. Disponible en: http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesEstadistica/Documentos/docs/Areas/DatosBasic/2011_Actualizados/03_Poblacion.pdf
- (9) Labra JA, Menor J. Estimulación cotidiana y funcionamiento cognitivo: la importancia de la participación de personas sanas en actividades cotidianas cognitivamente demandantes. EJIHPE. 2014;4(3):309-19.

- (10) Aymerich M, Planes M, Gras ME. La adaptación a la jubilación y sus fases: Afectación de los niveles de satisfacción y duración del proceso adaptativo. *An Psicol.* 2010;26(1):80-8.
- (11) Mahncke HW, Bronstone A, Merzenich MM. Brain plasticity and functional losses in the aged: scientific bases for a novel intervention. *Prog Brain Res.* 2006;157:81-109.
- (12) Tiernes C. Las creencias de las personas mayores sobre su memoria: la metamemoria [Tesis doctoral]. Huelva: Universidad de Huelva; 2014.
- (13) Gómez MA. Operativización de los estilos de vida mediante la distribución del tiempo en personas mayores de 50 años [Tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada; 2005.
- (14) Madrid AJ, Garcés de los Fayos EJ. La preparación para la jubilación: revisión de los factores psicológicos y sociales que inciden en un mejor ajuste emocional al final del desempeño laboral. *An Psicol.* 2000;16(1):87-99.
- (15) Valencia C, López E, Tirado V, Zea MD, Lopera F, Rupprecht R et al. Efectos cognitivos de un entrenamiento combinado de memoria y psicomotricidad en adultos mayores. *Rev Neurol.* 2008;46(8):465-71.
- (16) Ameijerías S. Percepción de la ocupación en personas mayores del ámbito rural en relación a la jubilación [trabajo fin de grado]. A Coruña: Universidad de la Coruña; 2014.
- (17) Alpízar I. Jubilación y calidad de vida en la edad adulta mayor. *ABRA.* 2011;31(42):15-26.
- (18) Rodríguez MC, Aguilar ME. Jubilación y calidad de vida en profesores universitarios: el rol de la familia. *DIF Jalisco.* 2005;4:49-62.
- (19) Rey A, Canales I. Mejorías cognitivas y perceptivo-motrices en personas mayores participantes en un programa de estimulación integral cognitivo-motriz. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2012;15(1):27-39.
- (20) Puig A. Un instrumento eficaz para prevenir el deterioro cognitivo de los ancianos institucionalizados: el programa de psicoestimulación preventiva (PPP). *Rev Mult Gerontol [revista en Internet]* 2000[28 de Abril de 2016];10(3):[146-51]. Disponible en:

<http://myslide.es/documents/programa-de-prevencion-del-deterioro-cognitivo.html>

- (21) Fabre C, Chamari K, Mucci P, Masse- Biron J, Préfaut C. Improvement of cognitive function by mental and/or individualized aerobic training in healthy elderly subjects. *Int J Sports Med* [revista en Internet] 2002 [28 de Abril de 2016];23(6):[415-21]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/11173195_Improvement_of_Cognitive_Function_by_Mental_andor_Individualized_Aerobic_Training_in_Healthy_Elderly_Subjects
- (22) Montejo P. Programa de entrenamiento de memoria para mayores con alteraciones de memoria: resultados y predictores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2003;38(6):316-26.
- (23) Fernández R, Caprara MG, Iñiguez J, García LF. Promoción del envejecimiento activo: efectos del programa "Vivir con vitalidad". *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2005;40(2):92-102.
- (24) G. E. Smith, P. Housen, K. Yaffe et al. A cognitive training program based on principles of brain plasticity: results from the improvement in memory with plasticity-based adaptive cognitive training (IMPACT) study. *J Am Geriatr Soc*[revista en Internet] 2009[30 de Abril de 2016];57(4):[594-603]. Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.2008.02167.x/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED
- (25) Eckroth M, Siberski J. Preserving cognitive through an integrated cognitive stimulation and training program. *AJADD*. 2009;24(3):234-45.
- (26) Moreno C. Estimulación cognitiva en adultos mayores sanos y con deterioro cognitivo leve [Trabajo de fin de grado]. Colombia: Universidad de San Buenaventura; 2011.
- (27) Rey A, Canales I. Mejorías cognitivas y perceptivo-motrices en personas mayores participantes en un programa de estimulación integral cognitivo-motriz. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(1):27-39.

- (28) Reigal RE, Hernández-Mendo A. Efectos de un programa cognitivo-motriz sobre la función ejecutiva en una muestra de personas mayores. RICYDE. 2014;37(10):206-20.
- (29) Dias L, Galdino TC, Cabral F, Bento-Torres J, Oliver V, Clive D, Wanderley C. Beneficial effects of multisensory and cognitive stimulation in institutionalized elderly: 12-months follow-up. Clin Interv Aging. 2015;10:1351-60.
- (30) Novoa A, Juárez O, Nebot M. Efectividad de las intervenciones cognitivas en la prevención del deterioro de la memoria en las personas mayores sanas. Gac Sanit. 2008;22(5):474-82.
- (31) Kielhofner G. Modelo de ocupación humana. Teoría y aplicación. 4ª ed. Argentina: Médica Panamericana; 2011.
- (32) Allan N, Wachholtz D, Váldez A. Cambios en la ocupación de los adultos mayores recientemente jubilados. Rev Chil [revista en Internet] 2005 [acceso 13 de Marzo de 2016];(5):[1-13]. Disponible en: <http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/File/103/86>
- (33) Ávila A, Martínez R, Matilla R, Máximo M, Méndez B, Talavera MA, et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: dominio y proceso. 2º edición [traducción]. [terapia-ocupacional.com](http://www.terapia-ocupacional.com) [Internet] 2010. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>
- (34) Kielhofner G. Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional. Madrid: Médica Panamericana; 2006.
- (35) Polonio B, Durante P, Noya B. Conceptos fundamentales de terapia ocupacional [Internet]. Madrid: Médica Panamericana; 2003 [citado 15 Mar 2016]. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=t0VK4tQLYxEC&pg=PT71&lpg=PT71&dq=fundamentos+y+conceptos+de+terapia+ocupacional&source=bl&ots=5GTLG93Z6T&sig=us7Vdk5P8KI5Spf25mmtxCjdTVE&hl=es&sa=X&ved=0ahUKewjcuNly0MfMAhXHcRQKHRCECFEQ6AEILzAC#v=onepage&q=fundamentos%20y%20conceptos%20de%20terapia%20ocupacional&f=false>
- (36) IMSERSO. Libro blanco sobre el envejecimiento activo [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011 [acceso 12 de En. de 2016]. Disponible en:

http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf

- (37) Landinez NS, Contreras K, Castro A. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia [Trabajo de fin de grado]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2012.
- (38) Ayuntamiento de Zaragoza [Internet]. Zaragoza: Ayuntamiento de Zaragoza; 2015 [acceso 4 May. 2016]. Personas mayores. Área de salud y calidad de vida [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.zaragoza.es/ciudad/sectores/mayores/salud.htm>
- (39) Ayuntamiento de Zaragoza [Internet]. Zaragoza: Ayuntamiento de Zaragoza; 2015 [acceso 4 May. 2016]. Centros de convivencia municipales para personas mayores. Memoria 2015 [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.zaragoza.es/contenidos/sectores/mayores/memoriamayores15.pdf>
- (40) Kielhofner G, Forsyth K, Suman M, Kramer J, Yamada T, Rjeille J et al. Autoevaluaciones: facilitación de la perspectiva de los clientes. En: Kielhofner G. Modelo de ocupación humana. Teoría y aplicación. 4ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2011.p.37-61.
- (41) Kielhofner G, Forsyth K, Kramer J, Melton J, Dobson E. Modelo de la ocupación humana. En: Crepeau E, Cohn E, Schell B. Williams & Spakman. Terapia ocupacional. 11ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2011. p. 446-61.
- (42) López J, Martí G. Mini- examen cognoscitivo (MEC). Rev Esp Med Legal. 2011;37(3):122-27.
- (43) Montejo P, Montenegro M, Sueiro M, Huertas E. Cuestionario de fallos de memoria de la vida cotidiana (MFE). Análisis de factores con población española. Anal Psicol. 2014;30(1):320-8.
- (44) Villalba S, Espert R. Estimulación cognitiva: una revisión neuropsicológica. TERAPEÍA. 2014;(6):73-93.
- (45) Mendiara J, Gil P. Psicomotricidad. Evolución, corrientes y tendencias actuales. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado [revista en Internet]2004[acceso el 2 de May. de

2016];18(2):[213-15].

Disponible

en:

<http://www.redalyc.org/pdf/274/27418219.pdf>

- (46) Menéndez MC, Bernardete R. La actividad y la psicomotricidad en las personas mayores: sus contribuciones para el envejecimiento activo, saludable y satisfactorio. Textos & contextos. 2011;10(1):179-92.
- (47) Calatayud E, Gómez I, Arilla S. Psicomotricidad en Geriátría, desde el ámbito de la Terapia Ocupacional y el Trabajo Social. 60 ejercicios prácticos; 2011.
- (48) Martínez T, García E, Rodríguez ME, Rascón M, Rodríguez P. Estimulación cognitiva: guía y material para la intervención [Internet]. Asturias: Gobierno del Principado de Asturias; May 2002 [acceso 16 de Abr. de 2016]. Disponible en: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/estimulacioncognitiva.pdf>
- (49) Montejo P, Montenegro M. Memoria cotidiana en los mayores. Portal mayores [Internet]. 2006 [acceso 21 de May. de 2016];(60):1-25. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/montejo-memoria-01.pdf>

ANEXOS

ANEXO I

FICHA DE TERAPIA OCUPACIONAL

NOMBRE:

APELLIDOS:

FECHA:

Nº GRUPO:

1. INFORMACIÓN DESCRIPTIVA

SEXO:

FECHA DE NACIMIENTO:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

ESTADO CIVIL:

Nº HIJOS:

LENGUA MATERNA:

OTRAS LENGUAS:

ESTUDIOS:

PROFESIÓN:

LATERALIDAD:

CONTACTO (NOMBRE FAMILIAR):

TELÉFONO:

2. INFORMACIÓN DIAGNÓSTICA

FISICO

Marque con una X si presenta alguna de las siguientes patologías físicas:

Artrosis

Artritis reumatoide

Osteoporosis

Lumbalgias

Dolor cervical

Dolor de espalda

Dolor de cabeza

Enfermedad vascular

Limitación de rango articular

Prótesis

- Hombros

- Cadera

- Rodillas

- Rodilla

Pérdida de equilibrio

Caídas

CARDIOVASCULARES

Taquicardia

Palpitaciones

Arritmias

Otros

RESPIRATORIO

Apnea del sueño

Dificultad respiratoria (disnea)

Bronquitis

EPOC*

Alergia

Tos frecuente

Otros

Fumador

*EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica

COGNITIVOS

Trastornos del sueño

Olvidos/pérdida de memoria

Demencia senil

Depresión

Ansiedad/estrés

Trastornos de humor

Mareos

Alzheimer

Apatía

Labilidad emocional

OTROS

Problemas visuales

Sordera

TRATAMIENTOS RECIBIDOS

Analgésicos

Depresivos

Corticoides

Antiinflamatorios

Ansiolíticos

Benzodiazepinas

HÁBITOS DE SALUD

Dieta equilibrada

Suplementos vitamínicos

Ejercicio físico regular

Alguna actividad concreta:

Bicicleta

Caminar

Correr

Nadar

Gimnasio

Senderismo

3. AYUDAS TÉCNICAS

AYUDAS TÉCNICAS UTILIZADAS

Muleta

Bastón

Andador

Silla de ruedas

ADAPTACIONES EN DOMICILIO

Ducha

Alzador de WC

Rampa de acceso

Agarraderos

Ascensor

Colchón articulado

4. ROLES

Estudiante

Aficionado

Voluntario

Amigo

Miembro activo de grupo religioso

Cuidador

Miembro de familia

Participante en organizaciones

Otros

5. EXPERIENCIA LABORAL

Puesto de trabajo:

Funciones:

Tareas a realizar:

Herramientas, maquinaria, materiales:

Relación con jefes y compañeros:

Grado de satisfacción **(-) 1 2 3 4 5 (+)**

Edad de jubilación:

6. DATOS COMPLEMENTARIOS

MOTIVO DE PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA

DESEOS/EXPECTATIVAS DEL PROGRAMA

ANEXO II

LISTADO DE INTERESES REDUCIDO

NOMBRE:

FECHA:

Señale con una X las siguientes actividades según su grado de interés, marcando solo una casilla en cada actividad:

ACTIVIDADES	FUERTE INTERÉS	ALGÚN INTERÉS	NINGÚN INTERÉS
MANIPULATIVAS			
Coser, arreglar ropa			
Puzles			
Bricolaje			
Manualidades			
Mecánica			
INTERESES CULTURALES			
Historia			
Ciencias			
Idiomas			
Política			
Arte			
Otros			
MÚSICA			
Escuchar música ¿tipo?			
Cantar			
Tocar instrumento algún			
Bailar			
Ir a conciertos			

COLECCIONISMO			
¿De qué?			
JUEGOS DE MESA			
Cartas			
Domino			
Damas			
Ajedrez			
Videojuegos			
Otros			
GRUPOS SOCIALES			
Pertenecer a un asociación			
Actividades religiosas o espirituales			
Quedar con amigos			
Reuniones familiares			
Fiestas			
ESTÉTICA			
Ir de comprar			
Ir a peluquería			
VIAJAR			
Playa			
Montaña			
Otros			
AUDIOVISUAL			
Cine			
TV			

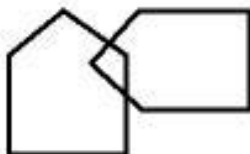
Radio			
Fotografía			
COCINAR			
DEPORTES			
Caminar			
Nadar			
Bicicleta			
Otros			
CUIDADO DE MASCOTAS			
CUIDADO DE NIÑOS			
NATURALEZA			
Acampar			
Senderismo			
Jardinería			
Huerto			
Caza			
Pesca			
PINTURA			
OBSERVACIONES			

ANEXO III

"MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO"

Paciente Edad
 Ocupación Escolaridad Examinado por Fecha

ORIENTACION	PUNTOS
"Dígame el día Fecha Mes Estación Año"	(5)
"Dígame el Hospital (o el lugar) Planta"	(5)
Ciudad Prov. Nación"	(5)
FIJACION	
"Repita estas 3 palabras: Presenta-Caballo-Manzana" (Repetirlas hasta que las aprenda)"	(3)
CONCENTRACION Y CALCULO	
"Si tiene 30 ptas. Y me va dando de 3 en 3 ¿Cuántas le van quedando?"	(5)
"Repita estos números: 5-9-2" (hasta que los aprenda) "Ahora hacia atrás""	(3)
MEMORIA	
"¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?"	(3)
LENGUAJE Y CONSTRUCCION	
Mostrar un bolígrafo "¿Qué es esto?" Repetirlo con el 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?""	(2)
"Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa""	(3)
"Lea esto y haga lo que dice"; CIERRE LOS OJOS"	(1)
"Escriba una frase""	(1)
"Copie este dibujo":	(1)



PUNTUACION TOTAL (35)
 Nivel de conciencia
 Ciego Sordo Otros

ANEXO IV

CUESTIONARIO ABREVIADO DE FALLOS DE MEMORIA DE LA VIDA DIARIA (MFE)

Nombre:

Fecha:

¿CON QUÉ FRECUENCIA LE OCURREN A USTED LAS SIGUIENTES SITUACIONES?						
	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Raras veces	4 Algunas veces	5 Casi siempre	6 Siempre
1. Olvidar nombres						
2. Olvidar caras						
3. Olvidar citas						
4. Olvidar el lugar donde dejó las llaves						
5. Olvidar direcciones						
6. Olvidar las tareas domésticas						
7. Olvidar números de teléfono que acabo de leer						
8. Olvidar Números de teléfono que utiliza a diario						
9. Olvidar cosas que la gente dice						

10. Olvidar fechas señaladas						
11. Salir a comprar y olvidar lo que quería						
12. Olvidar hacerse una prueba médica						
13. Iniciar una tarea y no poder terminarla por olvido						
14. Perder el hilo de una conversación						
15. Recordar si ya le ha dicho algo a alguien						
CUANDO ESTÁ LEYENDO UNA NOVELA, PERIÓDICO O REVISTA, ¿CON QUÉ FRECUENCIA TIENE PROBLEMAS PARA RECORDAR LO QUE HA LEÍDO?						
16. Al principio, una vez que ha acabado el libro						
17. El capítulo anterior al que estoy leyendo						
18. El párrafo antes del que estoy leyendo						
19. La frase antes a la que estoy leyendo						
¿RECUERDA BIEN LAS COSAS QUE SUCEDIERON?						

20. El último mes						
21. Entre hace cinco meses y un año						
22. Entre uno y cinco años						
23. Entre hace seis y diez años						
¿CON QUÉ FRECUENCIA UTILIZA LAS SIGUIENTES ESTRATEGIAS PARA RECORDAR?						
24. Anotar las citas en la agenda						
25. Escribirse a sí mismo notas						
26. Escribir listas de cosas por hacer						
27. Hacer listas de la compra						
28. Planificar su vida diaria por adelantado						
29. Repetición mental						
30. Asociar con otras cosas						
31. Colocar en un lugar destacado objetos para recordar						

ANEXO V

A continuación, presentamos de manera resumida un listado de diversas tareas de psicoestimulación que podremos utilizar para trabajar las diferentes funciones cognitivas de manera específica.

TAREAS DE PRAXIAS

Objetivos	<ul style="list-style-type: none">- Practicar la realización de actos motores voluntarios- Favorecer las habilidades visoconstructivas
Actividades	<ul style="list-style-type: none">▪ Tareas de dibujo: Copiar figuras con modelo presente, completar dibujos incompletos de forma simétrica,..▪ Tareas de construcción de modelos: Reproducir modelos con figuras de madera, figuras de cartón, palillos o cubos.▪ Ejecución de órdenes: Ejecutar órdenes simples y complejas verbalmente o leídas ⁽⁴⁸⁾.

TAREAS DE PERCEPCIÓN Y GNOSIAS

Objetivos

- Entrenar la discriminación y percepción visual, auditiva y táctil.
- Favorecer la organización visoespacial.
- Estimular el reconocimiento corporal.

Actividades

- Tareas de discriminación visual: Reconocer y tachar los diferentes estímulos indicados (números, letras o formas).
- Tareas de identificación y reconocimiento de imágenes: Identificar una imagen concreta dentro de un conjunto de imágenes.
- Encajes
- Tareas de clasificación: Agrupar elementos por características físicas (color, forma, etc.).
- Tareas de identificación de errores: Encontrar diferencias en dibujos semejantes, hallar la parte o elemento que falta en una imagen o dibujo.
- Tareas de reconocimiento de colores: Agrupar elementos por colores, señalar el color indicado.
- Tareas de reconocimiento e identificación de las partes del cuerpo humano.
- Nociones espaciales básicas: Situar/señalar en función de los conceptos espaciales básicos (arriba-abajo; dentro/fuera; derecha-izquierda).
- Reconocimiento auditivo: Identificar y reconocer sonidos (animales, de la naturaleza, artificiales, etc.) ⁽⁴⁸⁾.

TAREAS DE MEMORIA

Objetivos - Ejercitar los diferentes tipos y procesos de la memoria.

- Actividades**
- Tareas de repetición inmediata.
 - Tareas de recuerdo diferido: Esconder objetos, listado de palabras, recuerdo de pares asociados, de imágenes, de historias breves.
 - Tareas de reconocimiento: Encontrar parejas de imágenes, reconocimiento de imágenes, números o palabras, recuerdo guiado de historias breves a través de preguntas o claves.
 - Tareas de recuerdo de hechos remotos: Relatos personales, recuerdo de datos biográficos ⁽⁴⁸⁾.

Estrategias y técnicas para los olvidos cotidianos

- Repetición de los nombres
- Verbalizar las acciones de una actividad
- Utilización de agendas, listas,.. ⁽⁴⁹⁾.

TAREAS DE LENGUAJE

- Objetivos**
- Ejercitar lenguaje expresivo espontáneo y fluidez verbal.
 - Favorecer la capacidad de denominación.
 - Ejercitar habilidades lectoescritura.
 - Ejercitar capacidad repetición oral.

- Ejercitar la abstracción, razonamiento, juicio crítico y memoria semántica.

Actividades

- Descripciones: Describir estímulos presentes (imágenes, láminas, objetos, personas) y estímulos ausentes (personas, lugares...).
- Tareas de fluidez verbal: Decir o escribir palabras que empiecen por una letra determinada o por una sílaba determinada.
- Tareas de evocación categorial: Nombrar o escribir conceptos de una misma categoría semántica.
- Tareas de lenguaje automático: números, letras del abecedario, días de la semana, meses del año, refranes y cantares.
- Tareas de repetición verbal: Repetir palabras y frases.
- Tareas de lectura
- Tareas de escritura: Escritura espontánea o guiada, completar palabras y frases, dictado.
- Tareas verbalizadas de conocimiento semántico, abstracción y razonamiento.
 - Decir semejanzas y diferencias. Dar soluciones lógicas a situaciones cotidianas.
 - Decir sinónimos y antónimos ⁽⁴⁸⁾.

TAREAS DE CÁLCULO

Objetivos

- Favorecer la capacidad de concentración.
- Mantener el concepto de número.
- Ejercitar habilidades de conteo y de cálculo simple.
- Ejercitar habilidades aritméticas.
- Razonamiento y resolución de problemas.

Actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Tareas de identificación de números y conteo. Contar imágenes iguales. • Contar piezas. Contar elementos, tareas de ordenación (números o piezas) de mayor a menor y viceversa. • Tareas de cálculo aritmético. Realizar problemas y operaciones aritméticas, simular compras. • Realizar ejercicios de cálculo mental ⁽⁴⁸⁾.
--------------------	--

TAREAS DE FUNCIONES EJECUTIVAS	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer la capacidad de concentración. - Ejercitar capacidad de planificación. - Ejercitar capacidad de secuenciación e inhibición de conductas inadecuadas. - Favorecer la reversibilidad y flexibilidad cognitiva.
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Tareas de ordenación y seguimiento de series: Ordenar elementos según un orden temporal, seguir series propuestas (de colores, números, letras o figuras), ordenar la secuencia lógica de una serie de imágenes. • Tareas de ordenación inversa: Deletreo de palabras en orden inverso. • Tareas de resistencia a la interferencia: Tarea stroop, tareas de sollicitación de una respuesta específica asociada a un único estímulo (dar una palmada cada vez que se oiga la letra E). • Tareas adaptadas de recorridos mediante la unión de números o letras en siguiendo un orden lógico. • Tareas de laberintos de diferentes niveles de dificultad ⁽⁴⁸⁾.

ANEXO VI

SESIÓN DE PSICOMOTRICIDAD

A continuación, presentamos una tabla de gimnasia dirigida a mejorar la flexibilidad y la postura corporal, prevenir contracturas y atrofia muscular y, potenciación muscular y aumentar la función motora.

Ejercicios	
CARA	<ul style="list-style-type: none">- Movilizaciones con la lengua por toda la boca.- Hinchar de aire los carrillos y desplazar el aire de uno a otro.- Subir y bajar cejas (poner cara de asombro).- Mandar besos y sonrisas.
CUELLO	<ul style="list-style-type: none">- Inclínación de cabeza hacia adelante (tocar con la barbilla el pecho) y hacia atrás.- Girar la cabeza hacia la derecha e izquierda despacio, y parando en el centro (para evitar marearse).- Tocar el hombro con la oreja.
HOMBROS	<ul style="list-style-type: none">- Subir y bajar hombros.- Rotar hacia adelante y atrás.
MANOS Y MUÑECAS	<ul style="list-style-type: none">- Abrir y cerrar puños.- Juntar y separar dedos con la mano abierta (aducción-abducción).- Contarse los dedos (tocar con el pulgar el pulpejo del resto de dedos).- Rotación de muñecas hacia la derecha e izquierda.- Flexo-extensión de muñecas.
BRAZOS	<ul style="list-style-type: none">- Abrir y cerrar brazos (abrazar a alguien).- Llevar las manos a tocar los hombros alternando.- Boxeo (dar puñetazos al aire).

	<ul style="list-style-type: none"> - Estirar brazos por encima de la cabeza alternando izquierda y derecha (marcha militar). - Con manos unidas, subir los brazos estirados por encima de la cabeza. - Con manos unidas, llevar manos desde el pecho hasta el frente estirando brazos. - Coreografía: tocar rodillas, manos a la cintura, brazos en cruz y palmada por encima de la cabeza.
CINTURA	<ul style="list-style-type: none"> - Rotar el tronco hacia la derecha e izquierda suavemente. - Inclinarsse hacia la derecha e izquierda con los brazos estirados (resbalar por el lateral del cuerpo). - Llevar un balón imaginario de izquierda a derecha. - Agarrados al respaldo de la silla, sacar pecho y después meter tripa.
PIERNAS	<ul style="list-style-type: none"> - Comenzar marcha sobre el sitio o caminando por la sala. - Agarrados al respaldo de la silla: <ul style="list-style-type: none"> o Rotaciones de tobillos hacia la derecha e izquierda. o Pararse de puntillas y talones. o Subir rodillas alternadamente. o Llevar el pie hacia atrás a tocar el glúteo (flexionando rodilla) alternando. o Extender la pierna hacia el lateral alternando. - Sentados: <ul style="list-style-type: none"> o Mantener una pierna en el aire durante 20 segundos, alternando. o Mantener las dos piernas en el aire durante 30 segundos. o Hacer la tijera (cruzando piernas extendidas

	por encima y por debajo) ⁽⁴⁹⁾ .
RESPIRACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Coger aire profundamente, aguantar unos segundos y después soltar lentamente. - Coger aire profundamente y soltar por la boca contrayendo y relajando el abdomen ⁽⁴⁹⁾.

Se realizarán 10 repeticiones de cada ejercicio.

A lo largo de la sesión, el terapeuta ocupacional realizará recomendaciones sobre todos aquellos ejercicios que puedan suponer un riesgo de lesión en personas afectadas de alguna patología (artrosis, lumbalgias,..) o condición (prótesis de cadera) y, propondrá diferentes formas de llevar a cabo la acción (en bipedestación o sedestación, disminuyendo la flexión,..).

También proporcionaremos información sobre hábitos saludables y nos referiremos a la importancia de realizar ejercicio físico y gimnasia durante la rutina diaria, además del realizado en las sesiones de psicomotricidad para mantener un nivel de actividad óptimo.

Para finalizar, utilizaremos la relajación con el fin de disminuir la ansiedad, mejorar la atención y concentración sobre el propio cuerpo y, aliviar las tensiones.

Desde terapia ocupacional podremos utilizar diferentes técnicas de relajación, entre ellas: la relajación progresiva de Jacobson, Schultz,.

ANEXO VII

FICHA DE SEGUIMIENTO INDIVIDUAL

Nombre:

Fecha:

Número de faltas:

Motivo de baja:

Resultados MEC:

Fecha	Puntuación obtenida	Observaciones

Observaciones generales:

Problemas detectados:

ANEXO VIII

NOTIFICADO FAMILIA

SI FECHA:

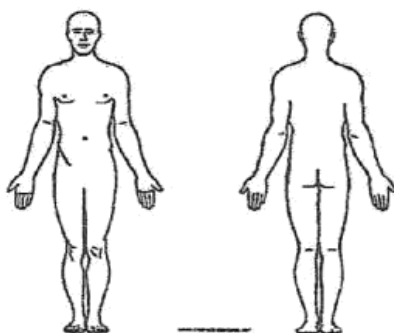
REGÍSTRRO DE CAÍDAS		
DATOS PERSONALES		
NOMBRE:	APELLIDOS:	
CENTRO:	FECHA CAÍDA:	HORA CAÍDA:
CUMPLIMENTADO POR (Nombre, apellidos y función):		
¿has encontrado a la persona caída? SI NO		¿has observado la caída? SI NO
DESCRIPCIÓN DE LA CAÍDA		
1. LUGAR DE LA CAÍDA	2. CARACTERÍSTICAS DEL SUELO	
Su habitación Baño Pasillo Comedor Planta calle Calle Otros:	Liso Resbaladizo Irregular Pendiente Escaleras Ninguna de las anteriores	
3. ILUMINACIÓN DEL LUGAR DE LA CAÍDA	4. ¿HABÍA ALGÚN OBJETO QUE FAVORECIERA LA CAÍDA?	
Bien iluminado Mal iluminado	No Sí, ¿cuál?	
5. TIPO DE CALZADO QUE LLEVABA	6. TIPO DE CAÍDA	
Descalzo Zapatillas Zapatos Otros (especificar)	Mareo Aparentemente accidental Provocada por terceros (empujón, etc.), especificar Otros	
7. MECÁNICA DE LA CAÍDA	8. ¿CUÁNTO TIEMPO HA PERMANECIDO EN SUELO?	
Hacia delante Hacia detrás Hacia un lado De cabeza Sentado Sobre las manos No se sabe	Se levantó inmediatamente Unos minutos Menos de una hora Más de una hora No puedo decirlo	
9. ¿PUDO LEVANTARSE?	10. CONSECUENCIAS INMEDIATAS DE LA CAÍDA	
No Si Si pero con ayuda	Ninguna Herida superficial o contusión Fractura u otras contusiones graves Traumatismo craneal Defunción	
11. DESCRIBA LA ACTIVIDAD DE LA PERSONA EN EL MOMENTO DE LA CAÍDA (qué estaba haciendo):		

12. DESCRIBA LA **CAUSA PROBABLE** DE LA CAÍDA (por ejemplo, humedad en el suelo, hay un obstáculo, escalón):

13. CONSIDERA QUE LA CAIDA PODÍA HABERSE EVITADO: SI NO

14. QUÉ **MEDIDAS** SE HAN **ADOPTADO INMEDIATAMENTE** TRAS LA CAÍDA (levantar al anciano, dejarlo en el suelo, llamar a la enfermera.....):

15. MARCAR DONDE SE HA PRODUCIDO LA LESIÓN O CUAL ES EL PUNTO DE DOLOR (o los puntos):



ANEXO IX

ESCALA DE SATISFACCIÓN PERCIBIDA

Hombre Mujer Edad:

CALIDAD DE VIDA

1. ¿Cuál es, en general, su estado de salud?

Muy bueno Bueno Aceptable Malo Muy malo

2. ¿Con que frecuencia su salud física o problemas emocionales le dificultan sus actividades sociales (visitar a amigos o familiares)?

Siempre Casi siempre Algunas veces Nunca

3. Siente que tiene tanta o más energía que el año pasado:

SI NO

4. Siente que conforme cumple años es menos útil:

SI NO

5. Es usted tan feliz como cuando era más joven:

SI NO

6. A veces se preocupa porque no puede dormir por las noches:

SI NO

7. Se siente más irritable o se enfada con mayor facilidad que antes:

SI NO

8. ¿Tiene sentimientos negativos (tristeza, miedo, ansiedad, depresión)?:

SI NO

9. Le cuesta trabajo realizar tareas que antes realizaba de forma rápida y eficaz:

SI NO

10. Es capaz de desplazarse de un lugar a otro de forma independiente:

SI NO

11. Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades

SI NO

12. Está satisfecho con su vida actual

SI NO

PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

1. Indique su nivel de satisfacción global con los servicios recibidos durante su participación en el programa preventivo

Muy satisfecho Satisfecho Poco satisfecho Nada satisfecho

2. Recomendaría a algún conocido este programa:

Sin dudarlo Nunca Tengo dudas

3. En su opinión, la actuación y trato del terapeuta ocupacional a cargo del programa ha sido:

Adecuado Inadecuado Indiferente Malo

4. ¿Está conforme con las pruebas de valoración realizadas para determinar su nivel cognitivo y físico?

SI NO

5. ¿Cree que ha recibido suficiente información para aumentar y mejorar su estado de salud?

SI NO

6. En el caso de padecer dolores a diario, ha sentido que han disminuido durante su participación en el programa.

SI NO

7. ¿Ha percibido mejoras en la realización de sus actividades diarias?

SI NO

8. ¿Siente que han mejorado sus capacidades cognitivas en comparación con el año pasado: menos olvidos, fallos,..?

SI NO

9. Le han parecido útiles las actividades realizadas en el programa:

SI NO

10. Ha aumentado su participación en actividades de ocio y tiempo libre

SI NO