



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

FACULTADE DE CIENCIAS DA SAÚDE

GRAO EN TERAPIA OCUPACIONAL

Curso académico 2012-13

TRABALLO DE FIN DE GRAO

Estudio diferencial en una población de personas mayores institucionalizadas en base a un programa de intervención grupal vs individual llevado a cabo por un terapeuta ocupacional

Emma Varela Álvarez

6 de junio del 2013

DIRECTORES

José Carlos Millán Calenti

Raquel Feal González

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
ABSTRACT	6
1. INTRODUCCIÓN	7
1.1 Salud y calidad de vida	7
1.2 Deterioro cognitivo leve y proceso de institucionalización.....	8
1.3 Servicio de atención residencial y Terapia Ocupacional	9
1.4 Actividades instrumentales de la vida diaria.....	11
2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS	13
3. METODOLOGÍA.....	14
3.1 Descripción de la muestra	14
3.2 Criterios de inclusión y de exclusión	14
3.3 Variables e instrumentos de evaluación	15
3.4 Procedimiento	18
3.5 Análisis estadístico.....	19
3.6 Consideraciones éticas	20
4. RESULTADOS.....	21
5. DISCUSIÓN.....	25
6. CONCLUSIONES	28
7. AGRADECIMIENTOS.....	29
8. BIBLIOGRAFÍA	30
9. ANEXOS.....	34
Anexo I. Variables.....	35
Anexo II. FAST	36
Anexo III. Lawton & Brody modificada	37
Anexo IV. MEC.....	38
Anexo V. Cuestionaria elaboración propia “manejo del dinero”	40
Anexo VI. Cuestionario elaboración propia “compras”	41
Anexo VII. Hoja de registro	42
Anexo VIII. Carta comité de ética	44
Anexo IX. Consentimiento informado participantes	45

Anexo X. Hoja de información	47
Anexo XI. Consentimiento informado institución	49
Anexo XII. Póster presentado en el XXV Congreso Internacional de la SGXX	51

RESUMEN

Objetivo: estudiar la variabilidad en el desempeño de las actividades instrumentales de la vida diaria referidas a las compras y el manejo del dinero en las personas mayores institucionalizadas de una residencia según hayan recibido intervenciones grupales o individuales de Terapia Ocupacional.

Metodología: Se realizó una evaluación pre-post intervención a 18 sujetos divididos en tres grupos (Intervención Individual, Intervención Grupal, Grupo Control). Se administró el MEC, la Escala FAST, el Cuestionario de Lawton y Brody modificado y dos cuestionarios ad hoc sobre capacidad para hacer compras y manejar el dinero. La intervención constó de 16 sesiones (2 semanales de 1 hora) durante 8 semanas.

Resultados: los resultados no mostraron diferencias significativas entre las valoraciones pre y post-intervención pero se ha encontrado que estos tienen una tendencia estadística a la mejoría en la valoración post-intervención de todos los test de las personas que habían recibido sesiones de Terapia Ocupacional, sobre todo, en los que evalúan el manejo del dinero. Así mismo, estos resultados tienen una tendencia todavía más elevada a la mejoría, en el caso del grupo que ha recibido las sesiones individualizadas. Únicamente se ha encontrado tendencia estadística al empeoramiento en el grupo que no ha recibido Terapia Ocupacional.

Conclusiones: Los resultados, aunque preliminares, resultan prometedores al sugerir el importante papel de la terapia ocupacional para la mejora de las actividades instrumentales referidas al manejo del dinero y la realización de compras de manera autónoma en mayores institucionalizados.

Palabras clave: personas mayores, institucionalización, terapia ocupacional, actividades instrumentales de la vida diaria, deterioro cognitivo.

ABSTRACT

Objective: To study the variability in the performance of instrumental activities of daily living related to shopping and money management in the institutionalized elderly of a residence by individual or group interventions of occupational therapy.

Methods: We conducted a pre-post intervention assessment 18 subjects divided into three groups (Individual Intervention, Intervention Group, Control Group). It was administered MEC, FAST Scale Questionnaire, modified Lawton and Brody and two ad hoc questionnaires ability to make purchases and manage money. The intervention consisted of 16 sessions (two per week of 1 hour) for 8 weeks.

Results: The results showed no significant differences between the scores pre-and post-intervention but found that they have a statistical trend to improved post-intervention assessment of all test persons who had received occupational therapy sessions, especially in evaluating money management. Furthermore, these results are still higher tendency to improvement, if the group received individualized sessions. Only found statistical trend to worsening in the group that did not receive occupational therapy.

Conclusions: The results, although preliminary, are promising in suggesting the important role of occupational therapy to improve the instrumental activities referring to money management and making purchases independently in institutionalized elderly.

Keywords: elderly, institutionalized, occupational therapy, instrumental activities of daily living, cognitive impairment.

1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional es un fenómeno que está actualmente a la orden del día en nuestro país, y más concretamente en la comunidad autónoma de Galicia. Estamos inmersos en un proceso en el que cada vez hay más personas mayores en comparación con la gente joven, debido principalmente a la disminución de la natalidad y de la mortalidad, junto con el incremento de la esperanza de vida, que han dado lugar a lo que se conoce como el fenómeno de ``inversión de la pirámide poblacional'', propio de los países envejecidos como España.¹

Si analizamos los datos demográficos de nuestro país, observamos que Galicia cuenta con aproximadamente un 22% de personas mayores dentro de su población total y es la 3ª Comunidad Autónoma con un mayor número de ancianos.²

El proceso de envejecer es un hecho que se caracteriza por su universalidad y que tiene su origen en la concepción del ser y termina con el fin de la vida. Es muy difícil establecer cuando un ser humano empieza a envejecer, pero muchos de los especialistas coinciden en que se podría contextualizar cuando el ser humano alcanza su edad fértil. Su estudio cobra cada vez una mayor importancia debido al gran aumento de personas mayores de 65 años que ha habido en los países más desarrollados como España y debido a la posibilidad de prevenir, aliviar o retrasar los problemas de salud propios de esa edad. Además, la evolución demográfica afirma que esto seguirá creciendo considerablemente en los próximos años.³

Siguiendo estas líneas, se conoce que el envejecimiento no es tanto un estado, sino que es un proceso evolutivo sobre el que influencias diferentes factores y que se caracteriza por una gran variabilidad tanto dentro de un mismo individuo como en un individuo con respecto a los demás.

1.1 Salud y calidad de vida

El incremento de la población dependiente es una de las consecuencias más inmediatas del proceso de envejecimiento en el que estamos

inmersos. Sus cifras en España alcanzan porcentajes cercanos al 60% a partir de los 89 años de edad, siendo esta cifra mayor si nos centramos exclusivamente en el sexo femenino, que aumenta a más del 67%.⁴

El mantenimiento de la salud y la mejora de la calidad de vida son unos de los aspectos más trabajados en el ámbito de las personas mayores. El concepto de calidad de vida en concreto, ha ido sufriendo, a medida que cambiaba la sociedad, importantes cambios en cuanto a su significado y se ve influenciado por la personalidad y por el entorno en el que vive la persona.

Estudios demuestran como las personas mayores institucionalizadas tienen un nivel inferior de satisfacción subjetivo, mientras que en los aspectos de bienestar psicológico no se han encontrado diferencias entre la población institucionalizada y la no institucionalizada.⁵

En los últimos años, ha aparecido un nuevo concepto de calidad de vida relacionada con salud (CDVRS) en el que se destaca la importancia de tener en cuenta la percepción del paciente, sus deseos y motivaciones en la evaluación de los resultados referentes a su salud. Esto cobra todavía mayor importancia cuando nos centramos en el campo de la geriatría.⁶

1.2 Deterioro cognitivo leve y proceso de institucionalización

Se conoce como deterioro cognitivo leve a aquella entidad en la que existe una pérdida discreta de la memoria sin que exista una limitación en las actividades habituales de la persona, es decir, sin que exista una demencia. Los principales síntomas descritos por los pacientes son la pérdida de la memoria episódica reciente y en muchas ocasiones, síntomas de ansiedad o depresión junto con problemas para conciliar el sueño.⁷

El estudio de la causa de los cambios en el estado mental durante el envejecimiento, es un tema que ha recibido especial atención en los últimos años. En esta misma línea, también se está investigado mucho sobre cómo puede influir el deterioro cognitivo en la autonomía personal básica de las personas mayores, encontrándose relaciones muy

significativas, pudiendo afirmar que si ya la autonomía funcional disminuye progresivamente en el curso del envejecimiento, en el caso de las personas mayores con un deterioro cognitivo leve diagnosticado, este decrecimiento será todavía más notable.⁸

Aproximadamente entre el 1% y el 5% de la población general presenta deterioro o déficit cognitivo. Las causas más importantes de este deterioro son el envejecimiento cerebral y los trastornos asociados a ello, los traumatismos craneoencefálicos, los accidentes cerebro-vasculares, las enfermedades degenerativas cerebrales, los tumores cerebrales y la esquizofrenia. Así mismo, el nivel de educación está altamente relacionado con el deterioro cognitivo en las personas mayores, independientemente de las causas anteriormente citadas.⁹

El proceso de institucionalización ha ido aumentando cada vez con más fuerza a lo largo de los años, a pesar de los elevados costes que esto supone y de las creencias negativas que en el pasado recaían sobre las residencias geriátricas.¹⁰ Se sabe que entre los criterios más influyentes para que se produzca el ingreso están el padecer demencia y tener dificultades en el desempeño de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Aún así, no existe todavía suficiente evidencia para afirmar con certeza que el hecho de tener diagnosticado un deterioro cognitivo leve, a lo que con frecuencia suele predecir la demencia, sea un criterio significativo en este proceso.¹¹

Multitud de estudios han tratado de investigar en estos últimos años la influencia de la institucionalización sobre la capacidad funcional de las personas mayores. La mayor parte de las veces se observa que las personas mayores con un mayor grado de dependencia son las personas institucionalizadas, aunque también existen estudios cuyos resultados demuestran lo contrario.¹²

1.3 Servicio de atención residencial y Terapia Ocupacional

El profesor Francisco Guillén Llera conjuntamente con el Dr. Alberto Salgado Alba fueron las figuras que promovieron el desarrollo de la terapia ocupacional en el ámbito de la geriatría, entre otras cosas,

incluyendo la figura del terapeuta ocupacional en el servicio hospitalario de Geriatría.

A partir del año 1980, tras la modernización de las residencias de ancianos de nuestro país, el Dr. J.R. Parreño Rodríguez consiguió que se dotara de rehabilitación a estos centros, lo que hizo que la terapia ocupacional se impulsara en el campo socio-comunitario, comenzando a estar presente en la mayor parte de las residencias de ancianos de nuestro país.¹³

Actualmente, en nuestro país existen 5293 residencias geriátricas, siendo Cataluña la comunidad autónoma que mayor número tiene, con 1029 centros. Concretamente en la comunidad autónoma de Galicia, existen 270 centros residenciales, que cuentan con un total de 17.892 plazas.¹⁴

Los servicios de atención residencial de las personas mayores ofrecen una atención integral, individual, especializada y continuada, además de alojamiento y manutención. La terapia ocupacional como disciplina dirigida a promover la salud y la autonomía desde el tratamiento terapéutico de las actividades de la vida diaria está reconocida en las principales modalidades de atención social a los mayores, principalmente en estos centros residenciales.

La función que desempeña el terapeuta ocupacional en estos centros se caracteriza por el mantenimiento en el desempeño de las actividades de la vida diaria y el entrenamiento en habilidades motoras, cognitivas y sociales para favorecer desempeño óptimo y lo más independiente posible en un entorno muy diferente al de su hogar. Estos objetivos se pueden cumplir implementando intervenciones en sesiones grupales u ofreciendo unos servicios más individualizados, dependiendo de las características del centro y del número de terapeutas ocupacionales, que suele ser entre uno y dos.

Es muy importante que los planes de intervención llevados a cabo por el terapeuta se diseñen teniendo en cuenta las perspectivas de los demás profesionales del centro, es decir, es vital que el equipo rehabilitador

forme parte de un equipo interdisciplinar para conseguir unos resultados satisfactorios.¹⁵

1.4 Actividades instrumentales de la vida diaria

Las actividades que las personas hacemos de forma cotidiana día tras día, han sido, desde los orígenes de la terapia ocupacional, objeto de estudio de la propia disciplina. Mosey fue la primera en mostrar en su definición de las actividades de la vida diaria, dos tipos de actividades muy diferentes, aquellas ligadas únicamente al cuidado personal, básicas, y aquellas cuyo propósito es el mantenimiento y la administración del hogar, instrumentales.¹⁶

Según el marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional, las actividades instrumentales de la vida diaria son las actividades de apoyo a la vida cotidiana en el hogar y en la comunidad que a menudo requieren más interacciones complejas que las actividades de auto-cuidado. Estas se dividen en: cuidado de los otros, cuidado de mascotas, facilitar la crianza de los niños, gestión de la comunicación, movilidad en la comunidad, uso de la gestión financiera, gestión y mantenimiento de la salud, establecimiento y gestión del hogar, preparación de la comida y la limpieza, práctica de la religión, mantenimiento de la seguridad y responder a emergencias y compras.¹⁷

El grado en el que una persona mayor puede seguir viviendo de forma totalmente independiente, está muy vinculado en gran medida al desempeño en las actividades instrumentales de la vida diaria. Las limitaciones en las AIVD se sabe que aparecen como resultado de diferentes enfermedades neurodegenerativas o incluso con el paso del tiempo, es decir, con el envejecimiento. La pérdida de la independencia en el desarrollo de estas actividades, eventualmente es una causa de la disminución en las actividades cotidianas. En las personas mayores, esto se traduce en la necesidad de asistencia personal o en el ingreso en un centro residencial. Por otra parte, la dificultad para llevar a cabo las AIVD se asocia con una menor calidad de vida y auto-eficacia. Una variedad

entre la ocupación y la actividad en las intervenciones puede ser el resultado para reducir al mínimo estas limitaciones.¹⁸

2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

En base al envejecimiento poblacional en el que estamos inmersos y el cada vez mayor número de personas mayores institucionalizadas aparece la necesidad de diseñar intervenciones dirigidas a esta población en concreto. Así mismo, se han encontrado relaciones muy significativas entre el deterioro cognitivo y el declive en la autonomía personal de las personas, y por lo tanto una profesión como la Terapia Ocupacional, cuyo objetivo es promover la salud y la autonomía desde el tratamiento terapéutico de las actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales, resulta ser una de las principales modalidades de atención social a los mayores institucionalizados.

Por todo ello, el objetivo principal de este trabajo de investigación es:

1. estudiar la variabilidad en el desempeño de las actividades instrumentales de la vida diaria en las personas mayores institucionalizadas de una residencia en concreto, según hayan recibido intervenciones grupales o individuales de Terapia Ocupacional.

Los objetivos específicos que se plantean son:

2. Estudiar la situación funcional de las personas con deterioro cognitivo leve en cuanto al manejo del dinero y las compras.
3. Comparar los resultados obtenidos en el desempeño diario de los sujetos que han recibido una intervención de terapia ocupacional con respecto al grupo control.
4. Comprobar el beneficio de la utilización de intervenciones individualizadas en el desempeño de las personas mayores frente a las intervenciones grupales en AVDI.
5. Justificar la necesidad de más de un terapeuta ocupacional en los centros de atención permanente a personas mayores (residencias geriátricas).

3. METODOLOGÍA

Este trabajo de investigación cuantitativo se llevó a cabo a través de un ensayo clínico de casos y controles transversal con control paralelo. En él se trabajó sobre un estudio diferencial de las intervenciones individuales y grupales de entrenamiento en dos actividades instrumentales de la vida diaria, realización de las compras y manejo del dinero, de las personas mayores institucionalizadas de una residencia geriátrica. Las intervenciones fueron dirigidas por un terapeuta ocupacional y supervisadas por las auxiliares de enfermería del centro. El estudio se desarrolló desde el mes de octubre de 2012 hasta el mes de mayo del año 2013.

3.1 Descripción de la muestra

La muestra obtenida de la población total de la residencia ha sido de 18 personas, con edades comprendidas entre los 68 años y los 96 años de edad, divididas en grupos de 6 personas cada uno. Los sujetos fueron adjudicados a uno de los dos grupos “caso” o al grupo “control” mediante muestreo aleatorio simple empleando la base de datos del centro. El grupo caso A fue el que recibió las sesiones de Terapia Ocupacional grupales y el grupo caso B fue el que recibió las sesiones individualizadas. El grupo control, por el contrario, no recibió tratamiento alguno de Terapia Ocupacional en actividades de la vida diaria.

3.2 Criterios de inclusión y de exclusión

La población de estudio son todos los usuarios institucionalizados en un centro residencial privado para personas mayores de la ciudad de A Coruña. Los usuarios de este centro, para poder entrar a formar parte del proyecto, debían cumplir los siguiente criterios: estar diagnosticados de deterioro cognitivo leve (información recogida en la historia clínica), tener una edad igual o superior a 65 años, obtener una puntuación en el mini examen cognoscitivo (escala de evaluación de presencia de deterioro cognitivo) superior o igual a 19 puntos y obtener los permisos correspondientes por los familiares para salir de la institución. Así mismo,

se consideraba condición indispensable para formar parte del estudio no superar la preguntas número 6 y número 8 del cuestionario de elaboración propia sobre el manejo del dinero y la pregunta número 10 del cuestionario de elaboración propia sobre las compras. Se excluyeron de este estudio las personas que tenían alteraciones conductuales que pudiesen impedir un desarrollo normalizado de las terapias grupales, las personas que padecían déficit de visión o audición y las personas que padecían algún tipo de patología física grave que les pudiese impedir realizar las intervenciones. (Tabla I)

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Diagnóstico de deterioro cognitivo leve	Diagnóstico de alteraciones conductuales
Edad igual o superior a 65 años	Personas con déficit de visión o audición
Resultado en MEC igual o superior a 19	Personas con patología física grave
Permiso de salida de la institución	
No superar preguntas 6 y 8 cuestionario elaboración propia manejo del dinero	
No superar pregunta 10 cuestionario elaboración propia compras	

Tabla I. Criterios inclusión y exclusión

3.3 Variables e instrumentos de evaluación

Las variables registradas en el trabajo, de tipo cualitativo y cuantitativo, han sido: código, género, edad, estado civil, nivel de instrucción, Lawton y Brody dinero 1, Lawton y Brody dinero 2, Lawton y Brody compras 1, Lawton y Brody compras 2, FAST 1, FAST 2, cuestionario manejo del dinero 1, cuestionario manejo del dinero 2, cuestionario manejo del dinero 3, cuestionario compras 1, cuestionario compras 2, cuestionario compras 3, MEC 1, MEC 2, asistencia y grupo de intervención. (Anexo 1)

La evaluación del estado funcional de todos los usuarios, tanto de los usuarios de los grupos caso como de los usuarios del grupo control, se realizó antes de comenzar la intervención (evaluación pre-intervención), y al finalizar las sesiones (evaluación post-intervención) con las siguientes instrumentos:

- **La escala FAST:** Este instrumento, que se basa en la observación, evalúa el declive o evolución en la capacidad para ejecutar las actividades de la vida diaria en función de su estado cognitivo. Las puntuaciones van desde el estadio 1, normalidad, hasta el estadio 7, deterioro cognoscitivo muy grave. Se utilizará la versión original de esta escala, la cual se encuentra validada para su utilización.¹⁹ (Anexo 2)
- **La escala Lawton y Brody modificada:** Esta es una escala que se basa en la observación del desempeño de las actividades instrumentales de la vida diaria. Evalúa la capacidad funcional de las personas mayores según diferentes niveles de competencia, en particular la autonomía física e instrumental en actividades de la vida diaria. Las puntuaciones van desde 0-8 puntos, siendo 8 el nivel máximo de independencia y 0 el nivel máximo de dependencia. Distingue entre 8 ítems: la capacidad para usar el teléfono, ir de compras, la preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de ropa, uso de los medios de transporte, responsabilidad sobre la medicación y la capacidad de utilización del dinero. Este instrumento no está validado al castellano, y existen pequeñas variaciones en cuanto a su traducción directa al castellano.²⁰ En esta ocasión se ha modificado su utilización reduciendo los ítems usados a 2: ir de compras y la capacidad de utilización del dinero. La valoración de cada ítem se ha realizado de forma independiente, así como la puntuación, siendo 3 puntos la puntuación máxima en el caso del ítem de compras y 2 puntos la puntuación máxima en el caso del ítem de la capacidad de

utilización del dinero. En ambos casos, la puntuación mínima era 0 puntos, manteniéndose los rangos de puntuación establecidos por la escala original. (Anexo 3)

- **El Mini Examen Cognoscitivo:** test de cribado de demencias, útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas. Proporciona un análisis breve y estandarizado del estado mental que sirve para diferenciar los diferentes grados y sus niveles cognitivos. Explora cinco áreas: Orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria y lenguaje. No es una escala auto-administrada, ya que la pasa un evaluador. La puntuación máxima que se obtiene en el test es de 30-35 puntos teniendo un estado cognitivo normal y la puntuación mínima es de menos de 14 puntos, cuyo deterioro cognitivo es grave. Esta escala es una adaptación de la versión original validada al español. ²¹ (Anexo 4)
- **Cuestionario de elaboración propia de manejo del dinero:** se ha diseñado un instrumento de evaluación para codificar el desempeño en la actividad del manejo del dinero, compuesto por 6 preguntas simples, con una puntuación de 1 punto cada una, y 2 preguntas más complejas, con una puntuación de 2 puntos cada una. La máxima puntuación en el cuestionario es de 10 puntos y la mínima de 0 puntos. (Anexo 5)
- **Cuestionario de elaboración propia de compras:** se ha diseñado un instrumento de evaluación para codificar el desempeño en la actividad de compras, compuesto por 8 preguntas simples, con una puntuación de 1 punto cada 1 y 1 pregunta más compleja, con una puntuación de 2 puntos. La puntuación máxima en este cuestionario es de 10 puntos y la mínima de 0 puntos. (Anexo 6)

Todos los usuarios contaban con una hoja de registro propia en la que aparecían todos los datos personales necesarios de la persona, su nivel de instrucción, los resultados obtenidos en las evaluaciones y un control de asistencia a las sesiones de Terapia Ocupacional. (Anexo 7)

3.4 Procedimiento

Las sesiones de terapia ocupacional tanto grupales como individuales tuvieron una duración de 2 meses. La intervención con el grupo caso A se basó en sesiones grupales 2 días a la semana dirigidas por un terapeuta ocupacional. Las intervenciones con el grupo caso B han constado de sesiones individualizadas con cada participante 2 días a la semana. En ambos grupos, la duración de todas las sesiones de terapia fue de una hora. (Tabla II)

Del 8-1-13 Al 1-3-13	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes		
Actividades	Grupal Dinero P1-P6	Individuales dinero P7 P8	Individuales dinero P9 P10 P11 P12	Grupal compras P1-P6	Individual compras P7 P8	Individual compras P9 P10 P11 P12

Tabla II. Cronograma

El grupo control no recibió tratamiento alguno de terapia ocupacional dirigido al entrenamiento de las actividades de la vida diaria.

Las intervenciones se dividieron en dos bloques, por un lado un día a la semana se trabajó el manejo del dinero y otro día el ir de compras:

1. Intervención grupo caso A: Terapia grupal

-Manejo del dinero: se implementó un taller en el que se entrenó grupalmente sobre el reconocimiento de las monedas y billetes, el manejo de las mismas, las operaciones matemáticas simples (suma y resta), y el control del cambio recibido.

-Compras: se implementó un taller en el que se simularon diferentes establecimientos comerciales en la sala de terapia ocupacional. Entre ellas se trabajo el ir al mercado, ir a la farmacia, ir a una tienda de ropa e ir a la librería. Cada usuario tenía una

función concreta dentro del establecimiento y había elaborado previamente la lista de la compra con lo que desearía comprar junto con la ayuda de folletos y revistas publicitarias.

2. Intervención grupo caso B: Terapia individual

-Manejo del dinero: el terapeuta ocupacional trabajó individualmente con cada persona el reconocimiento de las monedas y los billetes, el manejo de las mismas, las operaciones matemáticas simples y el control del cambio recibido.

-Compras: se implementó un taller en el que previamente el usuario elaboraba su lista de la compra con lo que necesitaba comprar y posteriormente acudía al establecimiento adecuado con el terapeuta ocupacional. Se ha acudido a supermercados, mercados, librerías, tiendas de ropa y farmacias. Allí se entrenó in-situ el reconocimiento de objetos según sus necesidades, la selección adecuada de objetos y sobretodo estrategias de compra según el dinero disponible cada día.

3. Intervención grupo control: este grupo no recibió ninguna sesión de terapia ocupacional relacionada con el entrenamiento en actividades de la vida diaria.

Tras pasar un mes desde que se comenzó con la intervención, se realizó una evaluación con los cuestionarios de elaboración propia de compras y manejo del dinero para revisar que el diseño de la intervención estaba siendo el adecuado y para identificar problemas que pudieran existir en la implementación.

3.5 Análisis estadístico

El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS elaborando en primer lugar la base de datos de los usuarios y posteriormente aplicando la prueba T de Student para muestras

relacionadas para la comparación de los valores de los instrumentos de la evaluación pre-intervención y la valoración post-intervención.

Los resultados obtenidos en este trabajo, dado que proceden de una población no representativa de la general, únicamente pueden extrapolarse a la propia población de la que fueron obtenidos, pero en todo caso, nos indicarán el camino a seguir en futuros trabajos.

3.6 Consideraciones éticas

Para cumplir las consideraciones éticas, en primer lugar se ha solicitado la evaluación del presente trabajo de investigación por parte del comité de ética de la universidad de A Coruña, cuya petición ha sido rechazada por no cumplir los requisitos requeridos por parte de este comité, que entiende que los trabajos fin de grado no son de su competencia. (Anexo 8)

Posteriormente se ha entregado a cada participante una hoja con el consentimiento informado, la cual debían devolver firmada y cumplimentada correctamente antes de comenzar las intervenciones. En el se explicaba la privacidad de sus datos personales conforme lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal y la posibilidad de abandonar el estudio siempre y cuando lo consideraran adecuado. (Anexo 9) También se les hizo entrega de una hoja de información detallada sobre el estudio del que iban a ser partícipes. (Anexo 10)

Así mismo, también se solicitó a la dirección de la residencia el permiso adecuado para poder llevar a cabo en sus instalaciones y con sus residentes el trabajo de investigación. (Anexo 11)

4. RESULTADOS

Del total de la muestra estudiada, 4 sujetos no han copmletado el estudio. El porcentaje de mujeres ha sido de un 88,9% y han predominado las personas viudas con un 55,6%. Además, el 55,6% tenía un nivel de instrucción de entre 6 y 12 años (Tabla III).

	N	%
Género		
Hombre	2	11,1
Mujer	16	88,9
Estado civil		
Viudo	10	55,6
Soltero	6	33,3
Casado	2	11,1
Nivel instrucción		
0-6 años	4	22,2
6-12 años	10	55,6
>12 años	4	22,2

Tabla III. Descripción variables

De los 6 sujetos que conformaban el grupo caso A , es decir, aquellos que habían recibido las sesiones de terapia ocupacional grupales, 1 persona no ha llegado hasta el final de la investigación. Dentro de este grupo, cuya media de edad era de 80,50 años, el 66,7% acudieron al total de las sesiones de terapia ocupacional a las que se les había citado. (Gráfico I)

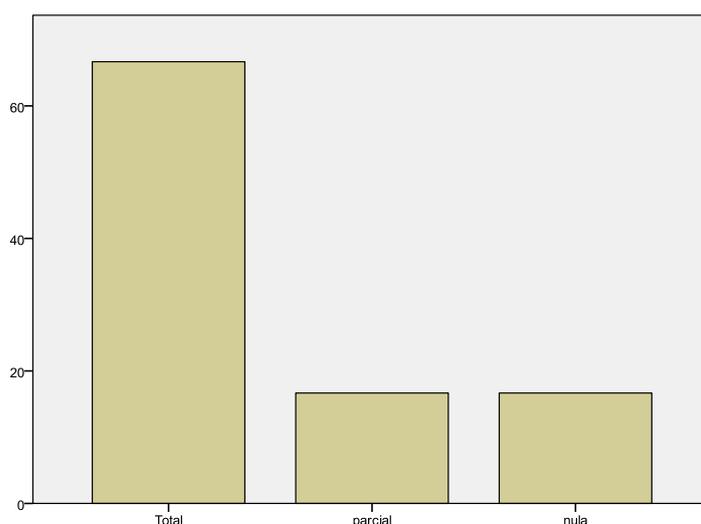


Gráfico I. Asistencia grupo caso A

En cuanto a los datos obtenidos de las evaluaciones pre y post intervención, destaca que la media de resultados en el cuestionario de Lawton y Brody de dinero incrementa desde un $1,17 \pm 0,75$ en la valoración pre-intervención, hasta un $1,50 \pm 0,55$ en la valoración post-intervención, así como en el caso de los resultados del cuestionario de elaboración propia de las compras, en donde se observa como se pasa de una media de $4,83 \pm 2,04$ en la valoración pre-intervención a un $6,00 \pm 1,10$ de media en la valoración post-intervención, siendo este el dato más significativo en este grupo. (Tabla IV)

Test	Grupo Intervención Grupal			
	Pre-Intervención	Post-Intervención	t(gl)	Valor-p
MEC	$27,50 \pm 4,32$	$27,50 \pm 3,39$	0,000(5)	1,000
L&B dinero	$1,00 \pm 0,63$	$1,00 \pm 0,00$	0,000(5)	1,000
L&B compras	$1,17 \pm 0,75$	$1,50 \pm 0,55$	-1,581(5)	0,175
FAST	$4,00 \pm 0,00$	$3,83 \pm 0,41$	1,000(5)	0,36
Cuest. dinero	$4,17 \pm 1,17$	$4,33 \pm 1,03$	-3,49(5)	0,741
Cuest. compras	$4,83 \pm 2,04$	$6,00 \pm 1,10$	-1,190(5)	0,287

Tabla IV. Grupo intervención Grupal

De los 6 sujetos que conformaban el grupo caso B, es decir, aquellos que habían recibido las sesiones de terapia ocupacional individuales, 3 personas no han finalizado todo el proceso de intervención y por lo tanto sus resultados no pueden ser incluidos en la investigación. Dentro de este grupo, cuya media de edad era de 85,33 años el 50 % de los sujetos acudieron al total de las sesiones de Terapia Ocupacional, mientras que el porcentaje de los sujetos que han tenido una asistencia nula ha sido de 33,3%. (Gráfico II)

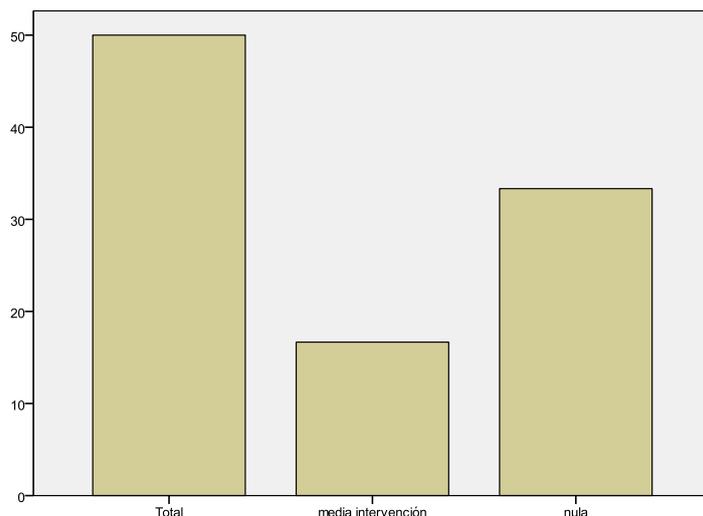


Gráfico 2. Asistencia grupo caso B

En cuanto a los datos obtenidos de las evaluaciones pre y post intervención, destaca que la media de resultados en el cuestionario de elaboración propia de manejo del dinero incrementa desde un $5,50 \pm 1,00$ en la valoración pre-intervención, hasta un $7,25 \pm 2,22$ en la valoración post-intervención, así como en el caso de los resultados del cuestionario de elaboración propia de las compras, en donde se observa como se pasa de una media de $4,75 \pm 0,96$ en la valoración pre-intervención a un $6,50 \pm 1,73$ de media en la valoración post-intervención, siendo este el dato más significativo en este grupo. (Tabla V)

Test	Grupo Intervención Individual			
	Pre-Intervención	Post-Intervención	t(gl)	Valor-p
MEC	$27,40 \pm 1,14$	$28,20 \pm 2,95$	-0,784 (4)	0,477
L&B dinero	$1,00 \pm 0,00$	$1,00 \pm 0,71$	0,000(4)	1,000
L&B compras	$1,40 \pm 0,55$	$1,80 \pm 0,45$	-1,633(4)	0,178
FAST	$3,80 \pm 0,45$	$3,40 \pm 1,14$	1,000(4)	0,374
Cuest. dinero	$5,50 \pm 1,00$	$7,25 \pm 2,22$	-2,782(3)	0,069
Cuest. compras	$4,75 \pm 0,96$	$6,50 \pm 1,73$	-1,85(3)	0,162

Tabla V. Grupo intervención individual

De los 6 sujetos que conformaban el grupo control, es decir, aquellos que no han recibido ninguna sesión de terapia ocupacional, todos han llegado hasta el final del proceso de investigación. Dentro de este grupo la media de edad era de 89,50 años y los resultados más significativos de la comparación de valoraciones pre y post-intervención ha sido la disminución de los resultados de la prueba MEC pasando de un $28,67 \pm 2,58$ en la valoración pre-intervención a un $25,67 \pm 3,67$ en la valoración post-intervención y la disminución de los resultados del cuestionario de elaboración propia de manejo del dinero, pasando de un $4,17 \pm 1,17$ en la valoración pre-intervención a un $2,83 \pm 1,47$ en la valoración post-intervención. (Tabla VI)

Test	Grupo Control			
	Pre-Intervención	Post-Intervención	t(gl)	Valor-p
MEC	$28,67 \pm 2,58$	$25,67 \pm 3,67$	2,535 (5)	0,052
L&B dinero	$0,83 \pm 0,40$	$0,50 \pm 0,55$	1,581(5)	0,175
L&B compras	$0,550 \pm 0,55$	$0,67 \pm 0,52$	-1,000(5)	0,363
FAST	$4,17 \pm 0,41$	$4,33 \pm 0,52$	-1,000(5)	0,363
Cuest. dinero	$4,17 \pm 1,17$	$2,83 \pm 1,47$	2,000(5)	0,102
Cuest. compras	$5,50 \pm 0,55$	$4,33 \pm 1,21$	2,445(5)	0,058

Tabla VI. Grupo control

5. DISCUSIÓN

Más de la mitad de las personas que se han incluido en este trabajo son del sexo femenino, situación que concide con la mayor parte de los estudios de personas mayores revisados,²² quizás relacionado con una mayor participación por parte de las mujeres en actividades llevadas a cabo en las residencias, tanto de Terapia Ocupacional como de otras disciplinas.

Concretamente la práctica de la Terapia Ocupacional en las residencias de personas mayores, todavía no está lo suficientemente implantada que debería estar debido a la falta de profesionales formados en esta disciplina en comparación a otras, como Fisioterapia. Tanto es así que, hoy en día, no todas las residencias cuentan con la figura del Terapeuta Ocupacional en su plantilla y si cuentan con ella, solo disponen de un terapeuta para atender al total de los residentes, que en numerosas ocasiones superan los 50.²³

El hecho de hacer una distinción en este trabajo entre actividades grupales y actividades individualizadas de Terapia Ocupacional puede ser comparable al encontrado en otros estudios, en los que, a diferencia de este, implementan tanto terapias individuales como grupales conjuntamente para llegar a conseguir unos resultados en una población similar.²⁴

A pesar de existir evidencia de obtener mejores resultados en cuanto a la mejoría en el desempeño diario y en la autonomía en la población no institucionalizada²⁵, es importante investigar en intervenciones llevadas a cabo en residencias para lograr conseguir la mayor autonomía posible de los residentes o incluso retrasar el proceso de deterioro cognitivo. Todavía se necesitan muchos más estudios en este campo, y más aún si se trata de justificar los beneficios de la terapia ocupacional en residencias de mayores, de lo que a penas se encuentra hoy en día literatura al respecto.²⁶

En la muestra de este trabajo, los que pertenecían al grupo caso A, es decir, los que se han beneficiado de las actividades grupales de manejo

del dinero y compras, han tenido un mayor porcentaje de asistencia a las sesiones de Terapia Ocupacional en comparación a los del grupo caso B, que se han beneficiado de las actividades individualizadas. A pesar de ello, los resultados de las evaluaciones post-intervención en el grupo caso B han tenido una tendencia estadística a la mejoría más elevada que en el grupo caso A, en comparación a las evaluaciones pre-intervención de ambos grupos. Estos resultados pueden ser equiparables a los obtenidos en un estudio con una población similar, en donde concluyen que los peores resultados se habían obtenido en los usuarios que no habían recibido intervenciones individualizadas.²⁷

Los sujetos del grupo caso A, presentaron una evolución más significativa en la prueba de Lawton y Brody modificada de manejo del dinero y en el cuestionario de elaboración propia de compras. Esto deja constancia de que los sujetos han tenido una tendencia a la mejoría más elevada en los aspectos que evalúan los instrumentos específicos de valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria. Sin embargo, la evolución en aspectos como el nivel cognitivo, medido con la escala MEC, ha sido lineal, presentando prácticamente la misma media tanto en la evaluación pre-intervención como en la evaluación post-intervención.

En el grupo caso B, el Lawton y Brody modificado de compras y los 2 cuestionarios de elaboración propia de manejo del dinero y compras son los instrumentos de evaluación que han mostrado una tendencia estadística a la mejoría más evidente en las evaluaciones post-intervención. Sin embargo, otros instrumentos específicos que evalúan el nivel cognitivo, también han mostrado una pequeña tendencia a la mejoría.

En el caso de los sujetos del grupo control se ha notado que no solo estas personas no habían mostrado una tendencia a la mejoría, si no que para la mayor parte de los instrumentos, estos presentaban una tendencia estadística al empeoramiento, como en un artículo revisado con una muestra muy similar.²⁸

A pesar de que los resultados no han sido significativos, como en el estudio de *Catherine M Sackley et al* sobre la efectos de la terapia ocupacional y la fisioterapia en las personas mayores,²⁹ la tendencia a la mejoría de los sujetos que han recibido una intervención grupal, y más aun en los que han participado en las sesiones de intervención individualizada, frente a la tendencia al empeoramiento de los sujetos que no han recibido sesiones de terapia ocupacional, muestran claros beneficios para estas personas y abren nuevas líneas de investigación en el campo del entrenamiento de las actividades instrumentales tan importantes para las personas mayores institucionalizadas y que muchas veces se quedan en el olvido.

6. CONCLUSIONES

En relación a los objetivos establecidos con la realización de este trabajo, queda justificado que:

1. Existe una clara variabilidad en el desempeño de las actividades instrumentales de la vida diaria, compras y manejo del dinero, en las personas mayores insitucionalizadas.
2. Cada persona, dependiendo de su estado cognitivo, de salud, emocional, cultural y personal tiene inicialmente un nivel de autonomía diferente en las actividades de compras y manejo del dinero.
3. Aparece una tendencia a la mejoría en varios aspectos en las personas que habían recibido tanto intervenciones grupales como intervenciones individualizadas de Terapia Ocupacional frente a la tendencia al empeoramiento en actividades de la vida diaria que aparece en las personas pertenecientes al grupo control.
4. Los residentes mejoran aun más su nivel de autonomía diaria en las actividades instrumentales de compras y manejo del dinero en el caso de haber recibido intervenciones de forma individualizada.
5. Para poder llevar a cabo las terapias de entrenamiento individualizadas en los centros de atención permanente a personas mayores sería necesario la inclusión de más de un terapeuta ocupacional a la plantilla de los equipos de los centros, lo que permitiría trabajar con más personas a la vez y realizar una adecuada evaluación e intervención ajustadas a las necesidades de cada sujeto.

7. AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradecer la gran ayuda, profesionalidad, compromiso y paciencia mostrada por mis dos tutores, Millán y Raquel, gracias a los cuales este trabajo ha podido salir adelante.

En segundo lugar agradecer a todas las personas que han participado en este estudio por el gran entusiasmo mostrado a lo largo del proceso, en especial, este trabajo está dedicado a una persona que, a pesar de no haber llegado hasta el final, me ha enseñado el significado de la palabra superación. Palabra que ha estado presente conmigo hasta el último día del trabajo así como la alegría que me producía haber compartido mañanas recorriendo el barrio a su lado y que me sigue produciendo cada vez que pienso en todos aquellos momentos, por todo ello, gracias R.

En tercer lugar, agradecer a todo el personal de la institución en la que se ha llevado a cabo el trabajo y, sobretodo, a la directora, que me ha facilitado el acceso a la misma y ha aceptado sin problema todo lo que quería realizar. Así mismo, gracias a todo el equipo de investigación en gerontología y geriatría de la UDC por darme la oportunidad de participar con ellos en la organización del XXV Congreso internacional de la ``Sociedade gallega de Xeriatría e Xerontoloxia`` y por toda la experiencia y conocimiento que obtuve con la presentación del póster.

Agredecer también a todos mis compañeros de Terapia, y en especial a Alba, Sonia, Lydia, Loreto y Leticia, por compartir esta experiencia a mi lado y por ser mis grandes apoyos.

Finalmente, a mi familia por ayudarme y aconsejarme, a Nando por la paciencia mostrada y por escucharme cuando más lo necesitaba y a César por acompañarme en todas las tardes de trabajo y noches en vela.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Millán Calenti J C Maseda Rodríguez A. *Envejecimiento. En: Millán Calenti J C. Gerontología y geriatría. Valoración e intervención. Madrid: Editorial médica Panamericana; 2011, p 1-19.*
2. *Equipo Portal de Mayores. Informe de personas mayores de la comunidad de Galicia. Informes Portal Mayores.2008; Galicia: capítulo duodécimo.*
3. Franco Módenes P y Sánchez Cabaco A. *Saber envejecer: aspectos positivos y nuevas perspectivas. Foro de educación.2008;(10): 369-383.*
4. Gázquez Linares J J, Pérez Fuentes M C, Mercader Rubio I, Moledo Jurado M M .*Prevalencia de la dependencia funcional en personas mayores. Anales de psicología. 2011; 27(3): 871-876.*
5. Molina Sena C, Meléndez Moral J C Y Navarro Pardo E. *Bienestar y calidad de vida en ancianos insitucionalizados y no institucionalizados. Anales de psicología. 2008; 24(2): 312-319.*
6. Real Fortuny T. *Dependencia funcional, depresión y calidad de vida en ancianos institucionalizados. Informaciones psiquiátricas. 2008; (192).*
7. Donoso Sepúlveda A. *Deterioro y demencia: orientación para médicos no especialistas. Cuadernos de Neuropsicología 2007; 1(2): 115-126*
8. Álvarez Hernández J y Sicilia Molina M. *Deterioro cognitivo y autonomía personal básica en personas mayores. Anales de psicología. 2007; 23(2): 272-281.*
9. González Delgado R, Zapata Muñoz J A, Pérez Sánchez J C, Hormigo Pozo A, Guerrero Zamorano R D y Baca Osorio A. *Estudio del déficit cognitivo en pacientes ingresados en una residencia geriátrica. Medicina general. 2001; 38: 792-796.*
10. Lupp M, Luck T, Weyerer S, König H-H, Brahler E y Riedel-Heller S G. *Predictio of institutionalization in the elderly. A systematic review. Age and Ageing. 2010; 39: 31-38.*

11. Gnjidic D, Stanaway F F, Cumming R, Waite L, Blyth F, Naganathan V, Handelsman D J y Le Couteur D G. *Mild cognitive impairment predicts institutionalization among older men: a population-based cohort study. Plos One. 2012; 7(9): e46061.*
12. Valdivieso C, García-Martín J, Ponce J y Rodríguez L P. *Valoración de la institucionalización de los sujetos ancianos en relación a su dependencia, en función de la capacidad para las actividades de la vida diaria. Revista motricidad. 2002; 8: 95-110.*
13. Matilda Mora R. *Historia y evolución de la terapia ocupacional geriátrica en España. En: Corregidor Sánchez A I. Terapia Ocupacional en Geriatría y Gerontología: bases conceptuales y aplicaciones prácticas. Madrid: Sociedad española de geriatría y gerontología; 2010, p 3-9.*
14. EQUIPO PORTAL MAYORES (2011). *“Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de noviembre de 2011”.* Madrid, *Informes Portal Mayores, nº 128.*
15. Corregidor Sánchez A I. *Terapia Ocupacional en los servicios sociales comunitarios: servicios de ayuda a domicilio, centros de día y residencias. En: Corregidor Sánchez A I. Terapia Ocupacional en Geriatría y Gerontología: bases conceptuales y aplicaciones prácticas. Madrid: Sociedad española de geriatría y gerontología; 2010, p 3-9.*
16. Moruno Miralles P. *Definición y clasificación de las actividades de la vida diaria. En: Moruno Miralles P y Romero Ayuso D M. Actividades de la vida diaria. Barcelona: Masson, S.A.; 2006, p 3-22.*
17. Ávila Álvarez A, Martínez Piérdrola R, Matilda Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde M A et al. *Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com. 2010. [17/11/2012]; [85p.]. Disponible en:*

- <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> Traducido de: *American Occupational Therapy Association* (2008). *Occupational therapy practice framework: Domain and process* (2nd ed.).
18. Orellano E, Colón I W y Arbesman M. *Effect of Occupation- and Activity-Based Interventions on Instrumental Activities of Daily Living Performance Among Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review*. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2012; 66(3): 292-300.
 19. Sclan SG, Reisberg B. *Functional assessment staging (FAST) in Alzheimer's disease: reliability, validity, and ordinality*. *Int Psychogeriatr*. 1992;4 Suppl 1:55-69. PubMed PMID: 1504288.
 20. Lawton MP, Brody EM. *Assesment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living*. *Gerontologist*. 9: 179-186.
 21. Calero García, María Dolores. *Estudio de validez del Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo et al para la detección del deterioro cognitivo asociado a demencias*. *Rev. Neurología*. 2000; Vol 15 (8): p. 337-342.
 22. Matínez Vidal A., et al. *"Effect of a combined program of physical activity and intellectual activity in the cognitive functioning of the elderly"*. *Journal of Human Sport and Exercise*. 2011; 6(2): 462-473
 23. Alonso Jiménez. *Intervención del terapeuta ocupacional en el ámbito residencial*. *Terapia Ocupacional: revista informativa de la APETO*. 2010; 52: 9-14.
 24. Vilaboy Filguieras L., Vázquez Vázquez T. *Las actividades instrumentales de la vida diaria en personas con daño cerebral adquirido*. *Intervención de terapia ocupacional en un centro de autonomía persona*. *TOG (A Coruña) [revista en Internet]*. 2011 [03/05/2013]; 8(14): [7 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num14/pdfs/caso1.pdf>
 25. Candel Parra E., Córcoles Jiménez MP., del Egado Fernández MA., Villada Munera Á., Jiménez Sánchez MD., Moreno Moreno M. et al. *Independencia para actividades de la vida diaria en ancianos*

- previamente autónomos intervenidos por fractura de cadera secundaria a una caída tras 6 meses de evolución. *Enf Clin.* 2008; 18(6): 309-316.
26. Sackley C., Burton C., Herron-Marx S., Lett K., Mant J., Roalfe A. et al. A cluster randomized controlled trial of an occupational therapy intervention for residents with stroke living in UK care homes (OTCH): study protocol. *BMC Neurology.* 2012; 12(52)
27. Kolanowski A., Litaker M., Buettner L., Moeller J., Costa P. A Randomized Clinical Trial of Theory-Based Activities for the Behavioral Symptoms of Dementia in Nursing Home Residents. *J Am Geriatr. Soc.* 2011; 59(6): 1032-1041.
28. Sackley C.M., Copley Atinson J. and Walker M.F. Occupational Therapy in Nursin and Residential Care Settings: a Description of a Randomized Controlled Trial Intervention. *The British Journal of Occupational Therapy.* 2004; 67(3): 104-110.
29. Sackley C., Van den Berg M., Lett K., Patel S., Hollands K., Wright C. et al. Effects of a physiotherapy an occupational therapy intervention on mobility and activity in care home residents: a cluster randomized controlled trial. *BMJ.* 2009; 339:3123.

9. ANEXOS

Anexo I Variables

Anexo II FAST

Anexo III Lawton & Brody modificado

Anexo IV MEC

Anexo V Cuestionario elaboración propia “manejo del dinero”

Anexo VI Cuestionario elaboración propia “compras”

Anexo VII Hoja de registro

Anexo VIII Carta comité de ética

Anexo IX Consentimiento informado participantes

Anexo X Hoja de información

Anexo XI Consentimiento informado institución

Anexo XII Póster presentado en el XXV Congreso Internacional de la
SGXX

Anexo I. Variables

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	código	Cadena	8	0		Ninguna	Ninguna	8	Izquierda	Nominal	Entrada
2	género	Numérico	8	0		{1, hombre}...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
3	edad	Numérico	8	0		Ninguna	Ninguna	8	Derecha	Escala	Entrada
4	estado_civil	Numérico	8	0		{1, viudo}...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
5	nivel_instruc...	Numérico	8	0		{1, 0-6 años...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
6	LYB_DIN_1	Numérico	8	0	Lawton y Brody...	{0, incapaz ...	Ninguna	8	Derecha	Escala	Entrada
7	LYB_DIN_2	Numérico	8	0	Lawton y Brody...	{0, incapaz ...	Ninguna	8	Derecha	Escala	Entrada
8	LYB_COM_1	Numérico	8	0	Lawton y Brody...	{0, incapaz ...	Ninguna	8	Derecha	Escala	Entrada
9	LYB_COM_2	Numérico	8	0	Lawton y Brody...	{0, incapaz ...	Ninguna	8	Derecha	Escala	Entrada
10	FAST_1	Numérico	8	0	Fast valoración ...	{2, olvidos l...	Ninguna	8	Derecha	Escala	Entrada
11	FAST_2	Numérico	8	0	Fast valoración ...	{2, olvidos l...	Ninguna	8	Derecha	Escala	Entrada
12	CUES_DIN_1	Numérico	8	0	Cuestionario el...	Ninguna	Ninguna	8	Derecha	Escala	Entrada
13	CUES_DIN_2	Numérico	8	0	cuestionario ela...	Ninguna	Ninguna	8	Derecha	Escala	Entrada
14	CUES_DIN_3	Numérico	8	0	cuestionario ela...	Ninguna	Ninguna	8	Derecha	Escala	Entrada
15	CUES_CO...	Numérico	8	0	cuestionario ela...	Ninguna	Ninguna	8	Derecha	Escala	Entrada
16	CUES_CO...	Numérico	8	0	cuestionario ela...	Ninguna	Ninguna	8	Derecha	Escala	Entrada
17	CUES_CO...	Numérico	8	0	cuestionario ela...	Ninguna	Ninguna	8	Derecha	Escala	Entrada
18	MEC_1	Numérico	8	0	MEC valoración...	Ninguna	Ninguna	8	Derecha	Escala	Entrada
19	MEC_2	Numérico	8	0	Mec valoración ...	Ninguna	Ninguna	8	Derecha	Escala	Entrada
20	asistencia	Numérico	8	0		{1, Total}...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
21	grupo_interv...	Numérico	8	0		{1, grupal}...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada

Anexo II. FAST

ESCALA FAST		FO 2019/03/2010 III versión 1
		Residencia: A Coruña
		Página 1 de 1

Valoración escala:

- 1.- Ausencia de dificultades funcionales objetivas o subjetivas.
- 2.- Quejas por haber olvidado donde dejó objetos.
Dificultades subjetivas en el trabajo.
- 3.- Disminución de su capacidad laboral evidente según sus compañeros.
Dificultad para viajar a lugares nuevos. Disminución de la capacidad organizativa.
- 4.- Disminución de la capacidad de realizar tareas complejas (por ejemplo, planificar una cena para invitados) y de manejar las finanzas personales (por ejemplo, olvido de pagar facturas); dificultad en las compras...
- 5.- Requiere asistencia para escoger la ropa adecuada para el día, la estación o la ocasión.
- 6.- Decremento en la habilidad del paciente para vestirse, bañarse y lavarse.
Se especifican cinco subestadios:
 - 6 a. Se viste incorrectamente sin asistencia o indicaciones (por ejemplo, puede ponerse ropa de calle sobre el pijama, los zapatos en el pie equivocado o tener dificultades para abotonarse) de vez en cuando o con mayor frecuencia en las últimas semanas.
 - 6 b. Es incapaz de bañarse correctamente (por ejemplo, tiene dificultad para ajustar la temperatura del agua) de vez en cuando o con mayor frecuencia en las últimas semanas.
 - 6 c. Es incapaz de manejar la mecánica del váter (por ejemplo, olvida tirar de la cadena, no se limpia correctamente o no deposita adecuadamente el papel higiénico) de vez en cuando o con mayor frecuencia en las últimas semanas.
 - 6 d. Incontinencia urinaria (de de vez en cuando o con mayor frecuencia en las últimas semanas).
 - 6 e. Incontinencia fecal (de de vez en cuando o con mayor frecuencia en las últimas semanas).
- 7.- Pérdida del habla y de la capacidad motora.
Se especifican seis subestadios:
 - 7 a. Capacidad de hablar limitada aproximadamente a un promedio de media docena o menos de palabras diferentes en el curso de un día o en el curso de una entrevista detenida.
 - 7 b. Capacidad de hablar limitada a un promedio de una sola palabra inteligible en un día o en el curso de una entrevista detenida (el paciente puede repetir la palabra continuamente).
 - 7 c. Pérdida de la habilidad para caminar (no puede andar sin ayuda personal).
 - 7 d. Pérdida de la habilidad para estar sentado sin ayuda (por ejemplo, el individuo se caerá si no hay apoyos [brazos] en la silla).
 - 7 e. Pérdida de la capacidad de sonreír.
 - 7 f. Pérdida de la capacidad de mantener la cabeza erguida por sí solo.

RESULTADO TEST:

Observaciones:

Firmado por el profesional

Anexo III. Lawton & Brody modificada

TEST ESCALA FUNCIONAL - LAWTON y BRODY	
Datos Residente:	
Código:	Nombre:
N° Seg. Social:	N° S.I.P.:
Edad:	
<p><u>CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO:</u></p> <p>Utiliza el teléfono y posee iniciativa propia para buscar y marcar los números.</p> <p>Marca unos cuantos números bien conocidos.</p> <p>Contesta el teléfono pero no marca.</p> <p>No usa el teléfono en absoluto.</p>	<p><u>CUIDAR LA CASA:</u></p> <p>Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional.</p> <p>Realiza tareas domésticas ligeras como fregar platos o hacer camas.</p> <p>Realiza tareas domésticas pero no con un nivel de limpieza aceptable.</p> <p>Necesita ayuda en todas las tareas de la casa.</p> <p>No participa en ninguna tarea doméstica.</p>
<p><u>IR DE COMPRAS:</u></p> <p>Realiza todas las compras con independencia.</p> <p>Compra con independencia pequeñas cosas.</p> <p>Necesita compañía para comprar cualquier cosa.</p> <p>Completamente incapaz de ir de compras.</p>	<p><u>MEDIO DE TRANSPORTE:</u></p> <p>Viaja con independencia en transporte público o conduce su coche.</p> <p>Capaz de organizar su transporte en taxi. No usa otro transporte.</p> <p>Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona.</p> <p>Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros.</p> <p>No viaja en absoluto.</p>
<p><u>PREPARACIÓN DE LA COMIDA:</u></p> <p>Planifica, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia.</p> <p>Prepara la comida adecuada si le dan los ingredientes.</p> <p>Calienta, sirve y prepara la comida, pero no mantiene el calor adecuada.</p> <p>Necesita que se le prepare y sirva la comida.</p>	<p><u>RESPONSABILIDAD SOBRE MEDICACIÓN:</u></p> <p>Es responsable, la usa a dosis correctas y a las horas señaladas.</p> <p>La toma de forma responsable, si se le prepara con antelación en dosis separadas.</p> <p>No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación.</p>
<p><u>LAVADO DE ROPA:</u></p> <p>Realiza completamente el lavado de su ropa.</p> <p>Lava ropa pequeña.</p> <p>Necesita que otro se ocupe del lavado.</p>	<p><u>CAPACIDAD PARA USAR EL DINERO:</u></p> <p>Maneja sus asuntos financieros con independencia.</p> <p>Maneja los gastos cotidianos, pero requiere ayuda para el resto.</p> <p>incapaz de manejar dinero.</p>
Observaciones:	
RESULTADO TEST:	
Firmado por el profesional	

Anexo IV. MEC

		ESCALA MINIMENTAL		<small>PEI-01, PEI-02, 03-04 versión 2</small>
				Residencia: A Coruña
				Página 1 de 1

Residente:

ORIENTACIÓN:
Dígame el (día), (fecha), (mes), (estación) y (año). Dígame la (residencia), (habitación), (ciudad), (provincia) y (país). No se permite decir la Comunidad Autónoma en el apartado de País.
FIJACIÓN:
Repita estas tres palabras: Peseta, Caballo, Manzana. (Repítalas hasta que las aprenda)
CONCENTRACIÓN Y CALCULO:
Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3. ¿Cuántas le van quedando? Repita estos números: 5-9-2. (Hasta que los aprenda). Después hacia atrás.
MEMORIA:
¿ Recuerda las tres palabras que ha dicho antes ?.
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN:
Mostrar un BOLIGRAFO. ¿Qué es esto?. Repétirlo con un RELOJ. Repita esta frase: EN UN TRIGAL HABIA CINCO PERROS. Una Manzana y una Pera son frutas. ¿Verdad?. ¿Qué son el Rojo y el Verde?. ¿Qué son el Perro y el Gato?. Coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesas. Lea esto y haga lo que dice. CIERRE LOS OJOS. Escriba una frase. Debe ser escrita espontáneamente. Ha de tener sujeto, verbo y tener sentido. No se considera correcto que aparezca su nombre. Copie el dibujo inferior. No valorar temblor ni rotación. Los 10 ángulos deben estar representados, y los dos pentágonos deben hacer intersección para puntuar un punto.
RESULTADO TEST:
Observaciones:
Firmado por el profesional

FO-16_PR.06.CO-04

Fecha:

Edición: 2

Página: 1 de 1

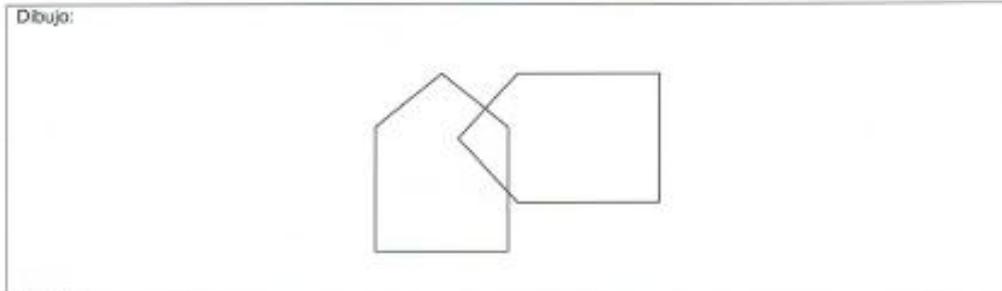
**ESCALA MINIMENTAL
(DIBUJO)**



Residente:

Copie el dibujo inferior:

No valorar temblor ni rotación. Los 10 ángulos deben estar representados, y los dos pentágonos deben hacer intersección para puntuar un punto.



Anexo V. Cuestionaria elaboración propia “manejo del dinero”

1. ¿Es capaz de reconocer la moneda de 1 euro? SÍ NO
2. ¿Sabe diferenciar entre el billete de 10 euros y el de 20 euros?
SÍ NO
3. ¿Sabe aproximadamente cuantas pesetas son 1 euros?
SÍ NO
4. ¿Sabe aproximadamente cuantos euros son 1000 pesetas? SÍ
NO
5. ¿Si una camiseta cuesta 20 euros y pagamos con un billete de 50,
cuanta vuelta nos tienen que dar? _____
6. ¿Si una barra de pan nos cuesta 1.32 euros y pagamos con 2
euros, cuanta vuelta nos tienen que dar? _____
7. ¿Qué me puedo comprar con 30
euros? _____
8. ¿Cuánto suman 1 billete de 20 euros, 1 moneda de 2 euros, 1
moneda de 20 céntimos, una moneda de 10 céntimos y una
moneda de 2 céntimos? _____

Anexo VI. Cuestionario elaboración propia “compras”

1. ¿Sale a comprar usted solo? Sí NO
2. ¿Si tiene que comprar una camiseta, sabría a donde ir?
 Sí NO
3. ¿Es capaz de encontrar facilmente los objetos en los comercios
 cuando sale a comprar? Sí NO
4. ¿Sabe diferenciar los objetos que necesita de los que no cuando
 sale a comprar? Sí NO
5. ¿Podría comprar pescado en una carnicería?
 Sí NO
6. ¿Podría comprar medicamentos en una farmacia? Sí NO
7. ¿Es capaz de calcular las cantidades adecuadas qué necesita de
 cada cosa cuando sale a comprar? Sí NO
8. ¿Es capaz de ajustar su compra al dinero que tiene en ese
 momento para gastar? Sí NO
9. ¿Sabría decir que necesitaremos comprar para hacer un cocido?
 o
 ¿Sabría decir que ropa necesitaremos comprar para ir a una fiesta
 importante?

Anexo VII. Hoja de registro

1. Código:

--	--	--	--	--

2. Género: 1. Hombre 2. Mujer

3. Fecha nacimiento:

4. Edad:

5. Estado civil: 1. Viudo; 2. Soltero; 3. Casado

6. Nivel de estudios según años de escolarización:

1. 0-6 años 2. 6-12años 3. >12 años

7. Lugar al que le gustaría ir a comprar:

1. Mercado; 2. Supermercado; 3. Tienda de ropa; 4. Farmacia;
5. Librería
6. Otros (especificar lugar):

8. Objetos que le gustaría adquirir en ese lugar:

Mercado
Supermercado
Tienda de ropa
Farmacia
Librería
Otros (especificar objetos):

10. Evaluación:

	INICIAL	MEDIA	FINAL
Lawton y brody (manejo dinero)			
Lawton y brody (Compras)			
FAST			
Cuestionario elaboración propia (dinero)			
Cuestionario elaboración propia (compras)			
Mini examen cognoscitivo de Lobo (MEC)			

11.Asistencia:

Días	Asistencia	Observaciones
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		

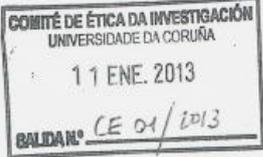
Observaciones generales:

Anexo VIII. Carta comité de ética



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

COMITÉ DE ÉTICA DA INVESTIGACIÓN



COMITÉ DE ÉTICA DA INVESTIGACIÓN
UNIVERSIDADE DA CORUÑA
11 ENE. 2013
BALDANº CE 01/2013

ACUERDO
DEL COMITÉ DE ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE A
CORUÑA

El Comité de Ética de la Universidad de A Coruña (CE-UDC), reunido en sesión ordinaria de 11 de enero 2013, y a la vista de la solicitud de informes relativos a los Trabajos Fin de Grado presentados por las estudiantes de Terapia Ocupacional de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UDC: *Loreto García Alén, Leticia Moreira Souto, Pamela Laura María Pedreiras Pérez, Picallo Amigo, Ana Isabel Souto Gómez, Enma Varela Álvarez,*

Acordó por unanimidad, DECLARARSE INCOMPETENTE para evaluar los aspectos éticos de las solicitudes presentadas. Y ello con base en los siguientes argumentos:

a). Es cierto que, con arreglo a lo prescrito en el art. 4.a) del Reglamento del CE-UDC, este órgano colegiado tiene como función no sólo emitir informes respecto a Proyectos de Investigación, sino también en relación con trabajos de investigación. Pero también es cierto que, según lo ordenado por el art. 2 del propio Reglamento, el CE-UDC únicamente tiene competencias para evaluar los trabajos de investigación cuya autoría provenga de investigadores vinculados a la UDC. Y en este sentido, aun cuando pudiera llegar a estimarse que los Trabajos Fin de Grado tienen la condición de trabajos de investigación, resulta claro que su autoría no proviene de investigadores vinculados a la UDC, sino de meros estudiantes. En este mismo entendimiento, se considera que, a pesar de que los profesores que actúan como tutores son investigadores vinculados a la UDC, su misión únicamente consiste en tutelar la labor de los estudiantes y no pueden ser conceptuados ni siquiera como coautores de los Trabajos Fin de Grado que aquéllos elaboran.

b). Los Trabajos de Fin de Grado constituyen una asignatura más dentro de los planes de estudio de los Grados Universitarios y por ello, a efectos de implicaciones éticas, deben tener el mismo tratamiento que se otorga a cualquier otra de las asignaturas que componen el Grado. Por lo tanto, si el CE-UDC no evalúa las implicaciones éticas de los múltiples ejercicios prácticos que, en el seno de las diversas asignaturas, los estudiantes desarrollan a lo largo del Grado, tampoco debe entrar a juzgar los Trabajos Fin de Grado. De lo contrario, y si el CE-UDC tuviese que informar sobre los Trabajos Fin de Grado, es muy posible que también tuviera que hacerlo sobre cualquier ejercicio de cualquier otra asignatura del Grado que pudiese revestir implicaciones de carácter ético.

Y para que conste a los efectos oportunos, firma la presente en A Coruña, a 11 de enero de dos mil trece.



Comité de Ética
UNIVERSIDADE DA CORUÑA

Fdo.: Rafael Colina Garea
Presidente del CE-UDC

Anexo IX. Consentimiento informado participantes

ESTUDIO DIFERENCIAL DE UNA POBLACIÓN DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS EN BASE A UNA INTERVENCIÓN INDIVIDUAL VS GRUPAL LLEVADA A CABO POR UN TERAPEUTA OCUPACIONAL

Yo : _____

DNI/Pasaporte: _____

He sido informado ampliamente sobre los puntos en los que consiste el estudio.

He tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio.

He recibido respuestas satisfactorias.

He recibido suficiente información en relación con el estudio.

He hablado con el Dr./Investigador: **Emma Varela Álvarez**

Entiendo que la participación es voluntaria.

Entiendo que puedo abandonar el estudio:

- Cuando lo desee.
- Sin que tenga que dar explicaciones.
- Sin que ello afecte a MIS cuidados médicos.

También he sido informado de forma clara, precisa y suficiente de los siguientes extremos que afectan a los datos personales que se contienen en este consentimiento y en la ficha o expediente que se abra para la investigación:

- Estos datos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la vigente normativa de protección de datos.

- Sobre estos datos me asisten los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercitar mediante solicitud ante el investigador responsable en la dirección de contacto que figura en este documento.

- **Estos datos no podrán ser cedidos sin mi consentimiento expreso y no lo otorgo en este acto.**

Doy mi consentimiento sólo para la participación necesaria en la investigación de la que se me ha informado sin posibilidad de compartir o ceder mis datos personales, en todo o en parte, a ningún otro investigador, grupo o centro distinto del responsable de esta investigación o para cualquier otro fin.

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Y, por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para **MANIFESTAR MI DESEO DE PARTICIPAR EN ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOBRE: ESTUDIO DIFERENCIAL DE UNA POBLACIÓN DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS EN BASE A UNA INTERVENCIÓN INDIVIDUAL VS GRUPAL LLEVADA A CABO POR UN TERAPEUTA OCUPACIONAL** Hasta que decida lo contrario. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos. Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.

Nombre del sujeto colaborador:

DNI/Pasaporte:

Firma:

Fecha:

Nombre del investigador:

DNI/Pasaporte

Firma:

Fecha:

Anexo X. Hoja de información

Estudio diferencial de una población de personas mayores institucionalizadas en base a un programa de intervención individual VS grupal llevado a cabo por un terapeuta ocupacional

INVESTIGADORA: Emma Varela Álvarez

INSTITUCIÓN: Universidad de A Coruña

Está usted invitado a formar parte de esta investigación. Antes de que decida la participación en el estudio lea detenidamente este formulario y haga todas las preguntas que crea necesarias para su comprensión. La participación en el estudio es completamente voluntaria y en caso de aceptar, podrá abandonarlo en cualquier momento y siempre que usted lo considere oportuno.

¿Cuál es el objetivo del estudio?

El objetivo del estudio es mostrar las diferencias de los resultados obtenidos en cuanto al desempeño en las actividades instrumentales de la vida diaria tras la intervención de terapia ocupacional grupal e individual.

¿Cuál será mi aportación?

Usted ha sido elegido porque es una persona mayor que se encuentra actualmente viviendo en Sanitas Residencial A Coruña y cuenta con un nivel de desempeño bastante elevado y permiso para salir de la residencia. Por lo tanto, su participación consistirá en acudir a las sesiones de Terapia Ocupacional con el investigador relacionadas con el tema de las compras y el manejo del dinero, con el fin de poder extraer de ellas conclusiones para alcanzar el objetivo anteriormente mencionado.

¿Existen riesgos por participar en el estudio?

No se ha descrito ningún riesgo sobre el estudio. En caso de que exista una posibilidad de riesgo durante el transcurso del estudio usted será informado.

¿Existe algún beneficio por participar en el estudio?

No existe ningún beneficio de tipo económico. El principal beneficio es conseguir una mayor funcionalidad e independencia en el manejo del dinero y en las compras, actividades que son muy necesarias y que es muy importante mantener, aún estando institucionalizado.

¿Cómo se protegerán mis datos?

En los resultados obtenidos de las valoraciones e intervenciones de Terapia Ocupacional no aparecerán nunca y bajo ningún concepto los datos personales de los sujetos.

El tratamiento de sus datos se hará conforme lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal. En todo momento usted podrá acceder a sus datos para corregirlos o cancelarlos. Posteriormente sus datos podrán ser cedidos a terceros de forma que no pueda ser identificado con fines de investigación y siempre bajo la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal.

En caso de requerir más información puede usted contactar con el investigador:

Emma Varela Álvarez

652142338

emma_varela@hotmail.com

emma.varela@udc.com

Anexo XI. Consentimiento informado institución

Doña _____, como
directora del centro

Yo: **Emma Varela Álvarez**

Con NIF: 47386718 W

Domicilio en: Ronda de Nelle 134 8B 15010

Y número de contacto: 652142338

Ante Ud. Respetuosamente me presento y expongo:

Que estando en proceso de finalización de la carrera profesional de **TERAPIA OCUPACIONAL** en la **Universidad de A Coruña**, y estando de prácticas en el presente centro, le solicito a Ud. Permiso para la realización de mi trabajo de fin de grado, explicado en el anexo adjunto, sobre: **“ESTUDIO DIFERENCIAL DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS EN BASE A UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN GRUPAL VS INDIVIDUAL DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA”**, tutorizado por la terapeuta del centro **Raquel Feal González** y el profesor de la Universidad **José Carlos Millán Calentí**, para optar al grado de Terapia Ocupacional. Finalmente destacar que bajo ningún concepto aparecerá el nombre de la institución en el trabajo de investigación para respetar y garantizar el anonimato de los sujetos participantes en el mismo siguiendo la ley Orgánica 15/1999 de 15 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

Por lo expuesto, le ruego a usted acceder a mi solicitud

Yo, _____, con NIF
_____, como directora del centro y habiendo leído la hoja de información del trabajo adjunta a este consentimiento, acepto:

**LA REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN POR LA
INVESTIGADORA: EMMA VARELA ÁLVAREZ**

Directora:

Firma: _____

NIF: _____

Fecha: _____

Investigadora:

Firma: _____

NIF: _____

Fecha: _____

Anexo XII. Póster presentado en el XXV Congreso Internacional de la SGXX



XXV Congreso Internacional SGXX

"Investigación, Desarrollo e Innovación en Gerontología y Geriatría"

10 y 11 de MAYO 2013 – Edificio Universitario de Oza – A Coruña

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL SOBRE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES EN MAYORES INSTITUCIONALIZADOS

Varela Álvarez, E*, Feal González, R**, Lorenzo-López, L.***, y Millán-Calenti, J.C.***

*Facultad de Ciencias de la Salud, Terapia Ocupacional, Universidad de A Coruña. **Terapeuta Ocupacional Sanitas Residencial A Coruña. ***Grupo de Investigación en Gerontología, Departamento de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de A Coruña.

INTRODUCCIÓN

En base al envejecimiento poblacional en el que estamos inmersos y el cada vez mayor número de personas mayores institucionalizadas aparece la necesidad de diseñar intervenciones dirigidas a este grupo poblacional. El terapeuta ocupacional, tiene un papel fundamental en este colectivo



OBJETIVO

Evaluar el efecto de un programa de intervención de Terapia Ocupacional orientado al manejo del dinero y compras sobre el desempeño de las AIVD en mayores institucionalizados

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una evaluación pre-post intervención a 18 sujetos divididos en tres grupos (Intervención Individual, Grupal y Grupo Control). Se administró el MEC, la Escala FAST, el Cuestionario de Lawton y Brody modificado, y dos cuestionarios ad hoc sobre capacidad para hacer compras y manejar el dinero. La intervención constó de 16 sesiones (2 semanales de 1 hora) durante 8 semanas





Grupo intervención individual		
	Pre-intervención	Post-intervención
MEC	27,40 ± 1,14	28,20 ± 2,95
L&B Dinero	1,00±0,00	1,00±0,71
L&B Compras	1,40±0,55	1,80±0,45
FAST	3,80±0,45	3,40±1,14
Cuest. Dinero	5,50±1,00	7,25±2,22
Cuest. Compras	4,75±0,96	6,50±1,73

Grupo intervención grupal		
	Pre-intervención	Post-intervención
MEC	27,50 ± 4,32	27,50±3,39
L&B Dinero	1,00±0,63	1,00±0,00
L&B Compras	1,17±0,75	1,50±0,55
FAST	4,00±0,00	3,83±0,41
Cuest. Dinero	4,17±1,17	4,33±1,03
Cuest. Compras	4,83±2,04	6,00±1,10

CONCLUSIONES

- Eficacia de la Terapia Ocupacional para la mejora en el desempeño de las AIVD, manejo del dinero y realización de compras, en mayores institucionalizados
- Las terapias individualizadas resultan más beneficiosas debido a la mejoría más significativa en el desempeño de las AIVD que han mostrado las personas que se han beneficiado de las mismas
- Necesidad de más de un Terapeuta Ocupacional por residencia para implementar intervenciones individualizadas



UNIVERSIDADE DA CORUÑA
Grupo de Investigación en Gerontología



UNIVERSIDADE DA CORUÑA
Facultad de Ciencias de la Salud

