



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

UNIVERSIDAD DE LA CORUÑA

MÁSTER EN ASISTENCIA E INVESTIGACIÓN SANITARIA

**ESPECIALIDAD: Reeducción Funcional, Autonomía Personal y
Calidad de Vida**

Curso académico 2011-2012

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

**Cómo viven la Estimulación Psicomotriz las
Personas Mayores**

Alumna: Sabela Díez Amado

4 de Junio del 2012

Tutoras

Doña Natalia Yanáina Rivas Quarneti
Pf^a. Doña María Jesús Movilla Fernández

ÍNDICE

1.- RESUMEN.....	4
2.- PLALABRAS CLAVE.....	5
3.- INTRODUCCIÓN.....	6
4.- METODOLOGÍA.....	11
5.- RESULTADOS.....	18
6.- LIMITACIONES.....	21
7.- DISCUSIÓN.....	22
8.- CONCLUSIONES.....	24
9.- APLICABILIDAD.....	25
10.- AGRADECIMIENTOS.....	26
11.- BIBLIOGRAFÍA.....	27
12.- ANEXOS.....	30

1.- RESUMEN

En los Centros de Día de Personas Mayores, la estimulación psicomotriz es utilizada en Terapia Ocupacional como medio de intervención generalmente basado en los beneficios a nivel funcional y cognitivo. Sin embargo, es la ocupación significativa el centro de la disciplina, por ello, resulta fundamentalmente conocer si la actividad de estimulación psicomotriz es vivida como una ocupación significativa por las personas que cotidianamente la desempeña y por lo tanto es apropiada su presencia en los planes terapéuticos de la Terapia Ocupacional. Para ello, se llevó a cabo un estudio cualitativo con el objetivo de conocer los significados que las personas dan a dicha actividad; asimismo, la forma elegida para la recogida de los datos ha sido una entrevista semiestructurada pasada a cada uno de los participantes. Como resultados se obtuvieron que la actividad de psicomotricidad se puede ver influenciada por tres categorías de índole personal: bienestar físico y cognitivo que le proporciona dicha actividad, la participación social con el resto de los usuarios y el medio para realizar otras actividades significativas para ellos. Resulta de suma relevancia continuar investigando en esta línea para poder comprender si la actividad psicomotriz podría ser una ocupación significativa. Y si no lo es, resulta urgente ahondar en la puesta en práctica y el estudio de la ocupación significativa como medio de intervención de la Terapia Ocupacional en este contexto.

2.- PALABRAS CLAVE

Ocupación significativa, estimulación psicomotriz, personas mayores, Terapia Ocupacional.

3.- INTRODUCCIÓN

El **envejecimiento** es un proceso natural, gradual y universal que afecta al mundo en su totalidad, sobre todo a los países desarrollados e industrializados; conlleva cambios biológicos, psicológicos y sociales. Con el paso del tiempo a medida que las personas van avanzando en edad y se acercan a la vejez se va a producir un deterioro fisiológico de las capacidades intelectuales y físicas del ser humano, que en lo que se refiere al Sistema Nervioso Central va a cursar con una serie de cambios morfofuncionales que afectan tanto al área cognitiva como a la del comportamiento, aumentando así la posibilidad de que se produzca un deterioro cognitivo relacionado con la edad (1).

Según una encuesta del IMSERSO, en España hay un total de 7.782.904 personas mayores de 65 años, lo que supone el 16,7% de la población en total. La situación demográfica en Galicia de personas mayores de 65 años es de 511.148, lo que equivale al 18,95% de la población total (2).

Esta situación ha traído consigo, en cuanto a aspectos sociosanitarios se refiere, un aumento del consumo de recursos destinados a este sector de la población y a una ineludible necesidad de buscar nuevos modos y modelos para afrontar los retos que plantea la atención a tan específica y vulnerable sector de la población.

En la asistencia sanitaria al anciano coinciden una larga serie de consideraciones: alta prevalencia de enfermedad, tendencia de la misma a la cronicidad y complicaciones diversas, habitual asociación de enfermedad con la consiguiente polifarmacia, y la constante presencia de factores psíquicos y sociales condicionante. Todo ello ocasiona una frecuente situación de pérdida de capacidad funcional para realizar un óptimo desempeño de las actividades de la vida diaria.

Según esto, es evidente señalar que la Terapia Ocupacional pasará a ser un punto esencial en la praxis geriátrica, ya que el mantenimiento del máximo desempeño ocupacional por parte del usuario constituye el objetivo básico de la acción terapéutica; restaurando y manteniendo una independencia funcional óptima y un nivel de satisfacción vital analizando y seleccionando actividades y

terapias que permitan a la persona desarrollar y mantener sus habilidades adaptativas necesarias para poder llevar a cabo sus roles vitales (3,4).

Los **Centros de Día para Personas Mayores** tienen un marcado carácter rehabilitador, dirigido hacia aquellos ancianos que presentan cierto grado de incapacidad. En la Ley 39/2006, del 14 de Diciembre, de Promoción a la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, se definen los Centros de día como aquellos que ofrecen una atención integral durante el período diurno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores. En particular, cubre, desde un enfoque biopsicosocial, las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal (5).

Según diferentes reuniones de expertos de diferentes Centros de día de personas mayores de Galicia utilizan dentro de sus planes terapéuticos de la Terapia Ocupacional una actividad común: la **estimulación psicomotriz**; dicha terapia se basa en que el movimiento del cuerpo es indisoluble del comportamiento, y su desarrollo es paralelo al cognitivo. Y teniendo como referencia el esquema corporal, se trata de coordinar este con el espacial y el temporal, para que la persona se desarrolle adecuadamente (6). Una de las ideas fundamentales que justifica este tipo de terapia es que queda en la mente lo que antes se ha vivido en el cuerpo. Al tiempo se trabajan tres dimensiones de forma coordinada, como son la motriz, la cognitiva y la afectiva. En un nivel diferente a estas tres, se integra la dimensión social, expresada mediante la relación con uno mismo, con los iguales, con el terapeuta y con el entorno (7,8).

Este tipo de terapia pretende ayudar a la persona a adaptarse a su vida cotidiana ya que gracias a ella la persona entra en contacto con los demás y con su entorno, desplegando las capacidades cognitivas necesarias para llevar a cabo esta interacción; es importante tener en cuenta que las sesiones son un espacio de libertad, que se permita a la persona expresarse a través de su

cuerpo y se debe intentar que dichas sesiones sean para la persona una experiencia positiva (9, 10, 11).

Según la búsqueda bibliográfica revisada (Anexo I), existen diversos estudios que demuestran que la psicomotricidad es una técnica efectiva para mejorar el rendimiento cognitivo de las personas mayores, principalmente en las funciones como la atención selectiva y la velocidad de procesamiento de la información, por lo que Oswald y sus colaboradores recomiendan emplear dicha técnica de forma temprana para evitar o retrasar el deterioro cognitivo asociado a la edad y/o prevenir además el desarrollo de demencia en esta población (12). Lautenschlager y sus compañeros indican que un programa de actividad física de un mínimo de 142 minutos por semana produce una ligera mejora en el conocimiento de adultos mayores con deterioro cognitivo (13).

En un estudio realizado por Baker y sus colaboradores durante 6 meses en el que se aplicaba ejercicio aeróbico a personas mayores encontraron efectos positivos en cuanto a las habilidades de control ejecutivo como la atención selectiva, eficiencia de búsqueda, rapidez de procesamiento y flexibilidad cognitiva (14).

Angevaren y sus colaboradores realizaron un estudio con 11 pacientes mayores de 65 años para aplicarles un programa de actividades aeróbicas con el objetivo de mejorar su rendimiento cardiovascular y que beneficie además a sus funciones cognitivas. En 8 de los 11 se obtuvieron resultados favorables en cuanto a lo cardiovascular y un 14% mejoró su capacidad cognitiva. Se observaron mejoras en el campo motor y de atención auditiva, y efectos moderados en rapidez cognitiva y la atención visual (15). En el mismo camino va Weisser y sus compañeros en sus estudios que afirman que la actividad física en personas mayores tiene un efecto terapéutico positivo en enfermedades cardiovasculares, pulmonares, neoplasias y muchos otros estados patológicos como la demencia (16).

Como se puede observar si que se han encontrado evidencias de que a nivel funcional y cognitivo la psicomotricidad mejora ciertos componentes, pero no se ha encontrado evidencia relacionando dicha actividad con la **ocupación**, que

desde la Terapia Ocupacional es considerada como el núcleo central y definitorio que nos guía; así se expresa Gilbert en el año 1996 al afirmar: “la ocupación debe ser el corazón de la terapia ocupacional y debe guiar la acumulación y el desarrollo de los conocimientos de los terapeutas ocupacionales” (17); por lo tanto, es necesario investigar esta relación ya que dicha actividad es utilizada como técnica dentro de los planes de intervención de la Terapia Ocupacional en los Centros de día de personas mayores.

En la misma dirección se manifiesta Clark et al (1991) al afirmar que la ocupación “son unidades de actividad cultural y personalmente significativas en las que los seres humanos se comprometen y pueden ser nombrados en el léxico de la cultura” (17). Finlay remarca la existencia de esta jerarquía considerando a las ocupaciones como roles de la vida cotidiana, haciéndose necesario la ejecución de múltiples actividades para poder desarrollarlos (18).

La ocupación es inherente a la vida y al ser humano. Supone un punto en común en donde la mayor parte de los diferentes teóricos no discrepan. Como señala Annie Turner citando a Wilcock (1993) “la ocupación es el aspecto central de la experiencia humana” (19).

La ocupación como algo simbólico es uno de los pilares básicos sobre los que se sustentan las diversas teorías de la Ciencia Ocupacional. El simbolismo es el que le proporciona el sentido y el significado por el cual se diferencia de aquella que no lo posee. Se considera además que es un aspecto inherente a la humanidad y a su existencia, pues es desde los inicios de la misma cuando se comenzó a desarrollar la capacidad de representación simbólica (17). Queda expresado que la ocupación no se reduce a aspectos meramente funcionales, sino que entronca de manera importante con el significado, sentido o valor, constituyéndose lo que se denomina **ocupación significativa**, la cual posee un potencial terapéutico si se utiliza de manera correcta (20).

Cabe señalar que todo lo referido a la ocupación humana, está sumamente relacionado con las ideas y teorías constructivistas, que son aquellas que se centran en la construcción de significados para interpretar la experiencia y la realidad. Estas teorías constructivistas constituyen una fuente de

enriquecimiento para la disciplina, ya que está en constante evolución, pero siendo siempre la búsqueda de propósito y significado su núcleo central (21). Concretando, como se ha explicado anteriormente, la psicomotricidad es utilizada en Terapia Ocupacional como medio de intervención generalmente basado en los beneficios a nivel funcional y cognitivo reportados en la literatura científica. Sin embargo, es la ocupación significativa el centro de la disciplina, por ello, resulta fundamentalmente conocer si la actividad de psicomotriz es vivida como una ocupación significativa por las personas que cotidianamente la desempeñan. Para ello, la perspectiva de los protagonistas es esencial.

4.- METODOLOGÍA

4.1.- Tipo de estudio

Este estudio se ha abordado desde un enfoque cualitativo, el cual permite estudiar los fenómenos en su contexto natural, intentando encontrar el sentido o la interpretación de los mismos a partir de los significados que las personas le conceden, en este caso, a la estimulación psicomotriz.

Los estudios fenomenológicos describen el significado de las experiencias de la vida, de diversos individuos acerca de un concepto o fenómeno (22). Se busca conocer los significados que las personas dan a su experiencia; lo importante es aprender el proceso de interpretación por el que la gente define su mundo y actúa en consecuencia (23). Por lo tanto, este proyecto se ha realizado desde este enfoque, basado en conocer si la estimulación psicomotriz es una ocupación significativa para las personas mayores y por lo tanto es apropiada su presencia en los planes terapéuticos de la Terapia Ocupacional.

4.2- Selección de los participantes

En el Centro de Día de Personas Mayores de Galicia dónde se ha realizado la investigación, se encuentran ingresados un total de 30 usuarios, diagnosticados con diferentes enfermedades: musculoesqueléticas (osteoporosis, artrosis, artropatía degenerativa cervical-lumbar, prótesis de cadera, hernia discal), neurogenerativas (alzhéimer, párkinson y demencia no especificada), cardiovasculares (hipertensión arterial (HTA), accidente cerebrovascular (ACV), demencia vascular y fibrilación auricular) y otras relevantes (déficit de visión, déficit de audición, esquizofrenia y trastorno ansioso-depresivo).

Se ha realizado la selección de los participantes a partir de un test y una escala que evalúan el deterioro cognitivo de las personas, ambas realizadas por la psicóloga del centro:

1. **Mini Examen Cognitivo de Lobo (MEC)**, 1979 (ANEXO II): es una versión adaptada y validada en España del Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein. Se trata de un test de cribado de demencias, útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas.

Existen dos versiones, de 30 y 35 puntos respectivamente, siendo la de 30 puntos un instrumento más útil para comparaciones internacionales.

Tanto en una versión como en otra, los ítems están agrupados en 5 apartados que comprueban orientación, memoria de fijación, concentración y cálculo, recuerdo diferido, lenguaje y construcción.

En el punto de corte para demencia se establece habitualmente en 24 puntos. Si hay que anular algún punto (a causa de analfabetismo, ceguera, hemiplejía...) se recalcula proporcionalmente.

2. **Escala de Deterioro Global de Reisberg (Global Deterioration Scale (GDS)** (ANEXO III), gradúa la demencia tipo alzhéimer en 7 estadios, desde el primero (sin deterioro cognitivo) al séptimo (déficit cognitivo muy grave).

Población: En lo que se refiere a los participantes, se incluyeron en el estudio a aquellas personas que suelen participar en la actividad de estimulación psicomotriz y con un MEC igual o superior a 20 puntos (entre 20 y 35), lo que equivale a un GDS 1,2 o 3; ya que por debajo de dicha puntuación habría un deterioro cognitivo moderado llegando a un deterioro muy grave por lo que dificultaría el proceso de recogida de información; también fueron excluidos del estudio todos aquellos que presentaban incapacidad de comunicación o un lenguaje no funcional.

Los criterios de inclusión y exclusión de los participantes en el estudio han sido los siguientes (Tabla I):

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Usuarios del Centro de Día de Galicia que acuden a la actividad de estimulación psicomotriz. • Que acepten el consentimiento informado. • MEC igual o superior a 20 puntos (entre 20 y 35 puntos). • GDS 1, 2 o 3 	<ul style="list-style-type: none"> • Usuarios de Centro de Día de Galicia que no suelen acudir a la actividad de estimulación psicomotriz. • Que no acepten el consentimiento informado. • Incapacidad de comunicación. • MEC inferior a 20 puntos (entre 0 y 19). • GDS 4, 5, 6 o 7.

Tabla I: Criterios de inclusión y exclusión de los usuarios participantes.

4.3.- Entrada en el campo

La entrada en el campo se ha realizado a través del Centro de Día de Personas Mayores de Galicia perteneciente a la Red Gallega del Consorcio Gallego de Igualdad y Bienestar.

El estudio se ha realizado por una sola investigadora, quien ha llevado a cabo todo el proceso, tanto la recogida como el análisis de los mismos.

En la presente investigación, la investigadora se ha aproximado al fenómeno del estudio con el siguiente marco teórico:

El paradigma actual de la disciplina de la Terapia Ocupacional es el Paradigma Contemporáneo que surge en la década de los 70. Mantiene un enfoque basado en la ocupación con una actitud holística centrada en la unidad de la mente y cuerpo y de la persona y su entorno (24).

La visión contemporánea es que la Terapia Ocupacional proporciona a los individuos oportunidades y recursos medioambientales para reformar su desempeño y sus vidas en patrones nuevos que cubran las necesidades personales y sus deseos (24).

Cómo viven la Estimulación Psicomotriz las Personas Mayores

El modelo teórico utilizado en la intervención desde Terapia Ocupacional en el centro de día en dónde se ha realizado el estudio, es el **Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional** que describe la visión de la terapia ocupacional sobre la relación dinámica y entrelazada entre las personas, el medio y la ocupación que resulta en el desempeño ocupacional en el trascurso de la vida. Mantiene la práctica centrada en el cliente involucrándolos en la toma de decisiones durante el proceso terapéutico y teniendo en cuenta sus necesidades individuales (18).

Las ideas principales de este modelo son:

- El sujeto mantiene una relación con su entorno (contextos y situaciones que manifiestan en el exterior del individuo y que suscitan respuestas de su parte) y la ocupación (conjunto de actividades y tareas de la vida cotidiana a las cuales los individuos y las diferentes culturas dan un nombre, una estructura, un valor y un significado) aparece como una interacción entre las personas y sus entornos.
- Cualquier cambio en cualquier parte de la interacción entre sujeto, entorno y ocupación afecta a las otras partes y, en consecuencia, al desempeño.
- Se muestra al sujeto en el centro para resaltar la perspectiva centrada en el cliente, aportando a cada individuo que se trata un punto de vista holístico y entenderlo como un ser único.
- La espiritualidad se encuentra en el centro de la personalidad que está modelada por el entorno y les da sentido a las ocupaciones.

En este modelo la espiritualidad se define como: “el verdadero ser, aquello que tiende a expresarse en todas nuestras acciones. Es la manifestación de un ser trascendente que guía a la persona a lo largo de su vida”.

El acceso al campo ha sido un proceso continuo que no solo abarca el tiempo que se ha dedicado a realizar las entrevistas y obtener la información, sino que los meses previos al comienzo del estudio, he estado presente en el tratamiento ofrecido a estos usuarios como Terapeuta Ocupacional de dicho centro. Todo ello ha facilitado mi labor a la hora de realizar el análisis de los datos, porque no sólo se ha contado con la información que ellos han dado en el momento de la entrevista, sino que, he podido estar presente durante el proceso, haciendo posible la creación de vínculos que han permitido que la información ofrecida sea lo más próxima a la realidad que ellos perciben.

4.4.- Recogida de datos

La forma elegida para la recogida de los datos ha sido una entrevista semiestructurada (Anexo IV). La duración de cada una de ellas ha sido aproximadamente de 20 mint/media hora, variando en función de la persona entrevistada.

La entrevista tiene carácter individual, entre el investigador y el informante, contando con la previa autorización del mismo.

Antes de comenzar la entrevista se ha explicado al informante, de qué trata la investigación en la que está colaborando aportando datos así como de la posibilidad de que surjan nuevas preguntas de interés para la investigación así como su derecho a no contestar a aquellas que considere, o finalizar la entrevista cuando así lo desee.

Se ha dejado a la elección de los informantes el lugar dónde se llevaría a cabo la entrevista, con el fin de favorecer un ambiente cálido, de confianza y comodidad evitando de ese modo la posibilidad de que se sintiesen cohibidos a la hora de proporcionar la información.

La información aportada por los informantes ha sido recogida con una grabadora, para acercarse lo mejor posible a la naturaleza de los datos.

Se han realizado las seis entrevistas durante cinco días, y las transcripciones se han llevado a cabo posteriormente a cada entrevista, para que la información fuera lo más fiable posible.

El perfil de los usuarios entrevistados ha sido el siguiente (Tabla II):

SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	PROFESIÓN	TIEMPO CENTRO
Mujer	72 años	Casada	Cocinera	3 años
Mujer	77 años	Casada	Pescadera	3 años
Mujer	82 años	Viuda	Cocinera	3 años
Mujer	76 años	Viuda	Frutera	3 años
Mujer	81 años	Viuda	Ama de casa	2 años
Hombre	67 años	Divorciado	Mecánico	1 año

Tabla II: Perfil de los usuarios participantes.

4.5.- Análisis de datos

El análisis de los datos es un proceso circular que comienza con la propia recogida de información y que está en continua ebullición hasta que se alcanza la saturación (23).

En este procedimiento, la investigadora: transcribe los datos, los interpreta y realiza un trabajo de categorización de los mismos que van surgiendo a medida que se analiza la información recogida, lo que determina el carácter inductivo del proyecto. Asimismo, con la finalidad de enriquecer y perfeccionar el conocimiento sobre el fenómeno, se ha contado con diferentes expertas externas para triangular la información en el análisis de datos (triangulación por investigadoras).

4.6.- Consideraciones éticas

En primer lugar se ha explicado el proyecto a la directora del Centro de Día y se ha solicitado permiso a la Coordinadora del Departamento de Gerontología del Consorcio Gallego de Igualdad y Bienestar (Anexo V) para acceder a los datos pertinentes para el estudio.

Con lo que respecta a las personas que han participado en el estudio, éstas fueron informadas por parte de la investigadora de la metodología, objetivos y resultados esperados del proceso de investigación. Los participantes realizaron

las preguntas que consideraron pertinentes para completar el conocimiento del estudio.

De la misma, se ha informado de su derecho a abstenerse en cualquier momento.

Posteriormente al proceso de información, los usuarios firmaron el consentimiento informado (Anexo VI) y recibieron copias del mismo.

4.7.- Rigor y credibilidad de la investigación

Para asegurar la credibilidad (25) se ha basado en el trabajo prolongado y continuado en el campo, considerando esto como los cuatro meses que se ha estado trabajando diariamente con los usuarios así como el trabajo de campo realizado en los dos últimos meses. También se ha basado en la revisión bibliográfica continua y en la observación persistente. Se ha sometido la investigación a juicio de expertas externas en investigación cualitativa y enfermería y terapia ocupacional respectivamente, ambas tutoras del presente trabajo.

La transferibilidad (25) ha sido conseguida con descripciones detalladas del fenómeno observado y por supuesto con el muestreo teórico anteriormente mencionado.

La dependencia (25) se ha asegurado a través de la disposición de todos los datos registrados automáticamente. Se ha conservado todos los documentos de registro y los esquemas de análisis llevados a cabo.

La “objetividad” en un estudio cualitativo viene dada por la confirmabilidad (25) residente en los datos. De este modo, la confirmabilidad en este estudio se ha basado en la triangulación por investigadoras.

5.- RESULTADOS:

Según las personas entrevistadas, la participación en la estimulación psicomotriz se puede ver influenciada por factores de índole personal, dando lugar a tres categorías dentro de esta temática, tales como el bienestar físico y cognitivo que le proporciona dicha actividad, la participación social con el resto de los usuarios y el medio para realizar otras actividades significativas para ellos.

Bienestar físico y cognitivo

Se ha encontrado que la actividad de psicomotriz es una fuente de salud para ellos que les ayuda a estar **físicamente y cognitivamente** mejor: *“me viene bien para los brazos y para todo...para mover los huesos y hacer lo mejor que pueda para poder caminar, porque a base de la gimnasia se camina mejor...y yo lo noto que estoy más ágil y el brazo que tengo malo también”*; *“la gimnasia la considero bien, hacer juegos con la pelota y el estar pendiente de cuándo nos la van a tirar, te ayuda a estar atentos, a pensar...a no estar atontados...ayuda a estar despierto y ejercitar la memoria”* y esto les hace **estar mejor con uno mismo y con los demás** *“hay días que tengo menos ganas de hacerla...porque me encuentro cansada, si dormí mal...pero intento hacerla siempre que la hay porque sé que luego me voy a encontrar mejor, más animada...y eso me gusta”*; *“al terminar de hacerla me encuentro cansada, pero muy relajada...satisfecha porque sé que ese cansancio va a ser bueno y se está con la ilusión de hacerla para encontrarme luego mejor”*; *“me encuentro muy a gusto haciéndola, me encuentro muy bien conmigo misma y con los demás, me ayuda a estar distraída y a olvidarme de los problemas”*.

Participación social

Consideran que es un espacio de libertad dónde se establece **relaciones y nuevas amistades** *“es algo que la verdad me gusta mucho hacer...hay días que me cuesta mucho, depende de los ánimos que tenga, pero enseguida me lo levanta, porque me río, me encuentro muy a gusto con todos, hay gente que*

*ya conocía de hace muchos años del pueblo y luego conoces a gente nueva muy agradable también; me encuentro muy bien, a gusto...de mejor humor que los días que no la hago”; “cuando nos juntamos un grupo grande lo pasamos muy bien haciendo todos la gimnasia, nos reímos, nos conocemos mejor...es muy divertido sobretodo cuando hacemos los circuitos y muchos otros juegos de movernos todos juntos” que ha contribuido a la **mejora de la autoestima y a combatir la soledad** “me gusta mucho hacer gimnasia y a mis hijas también le dan mucha importancia, se alegran que la haga porque ven que ando mejor y estoy de mejor humor; desde que murió mi marido estoy con depresión y me encuentro sola en casa...mis hijas tienen su vida y nos vemos el fin de semana; el venir aquí me ayuda mucho, estoy distraída y la gente es muy agradable”; “le doy mucho valor a la gimnasia, el moverme...me gusta estar activa, el venir al centro y tener gimnasia...aquí estás con gente, charlas, te ríes y al mismo tiempo ejercitas el cuerpo y la cabeza; de la otra manera estaría en casa sola viendo todo el día la televisión sin hablar con nadie”.*

Medio para actividades significativas

Contribuye y facilita otras **actividades significativas** para ellos “es muy buena...mi marido con 72 años aún va por el paseo que hay cerca del río Miño a pasear; yo muchas veces lo acompaño, siempre lo hicimos, ya llevamos muchos años, siempre nos gustó pasear...pero ahora ando muy poco, me duelen los huesos y me canso...lo tengo que esperar en un banco...pero los días que hago algo de gimnasia me noto con más humor y avanzo un poco más con él y eso me hace sentir mejor y él se alegra también porque me ve más animada” y les ayuda a sentirse independientes para seguir realizando **otras actividades** “me gusta hacerla, el moverme me ayuda a seguir haciendo las tareas de casa, cuidar la huerta y mis plantas, el valerme por mi misma gracias a dios... me viene muy bien, para seguir estando en activo...hay algunos días que me duele más el brazo sobre todo cuando no la hago”.

Todo esto hace que esta actividad despierte interés y motivación ya que tiene bastante **participación en el centro y reclaman que se realice más días** *“la gimnasia debería ser todos los días un ratito, parece que los días que no la hago me duelen más los huesos y todo el cuerpo y lo noto en mi humor, estoy como más torpe...la gimnasia nos viene bien a todos para la cabeza y el cuerpo, nos ayuda a pensar y a estar atentos”*; *“tiene valor para mí, mejor que ninguna cosa...y mira que tenemos hecho cosas lindas de manualidades, pero la gimnasia a mí me gusta, es importante...debería de darse todos los días”* mostrando muchísimo interés al realizarla no sólo en el centro sino que la llevan a **su entorno** *“me acuerdo de algunos ejercicios que hacemos contigo y luego en mi casa antes de cenar los hago”*; *“cuando no vienes intento hacerla yo sola en casa, porque me viene muy bien y me gusta...a veces la hago con mi marido, nos ponemos los dos en la salita y yo le explico cómo nos mandas tú ¿sabes?...pasamos un buen rato los dos juntos y a mí me hace bien”*.

6.- LIMITACIONES

En la realización del presente trabajo de investigación se localizan distintas limitaciones que influyen en la calidad de los resultados obtenidos.

La primera limitación es la referida al tiempo disponible para la realización del estudio. Esto ha dificultado la profundización en las experiencias vividas ya que se realizó una entrevista a cada participante y éstas fueron breves. Se recomienda llevar a cabo una investigación más profunda en la que existan recursos temporales y materiales para poder profundizar en las vivencias de los protagonistas.

Otra de las limitaciones es la ausencia de triangulación por métodos y por informantes, que limita la confirmabilidad de los resultados.

7.- DISCUSIÓN

A pesar de las limitaciones mencionadas, los resultados obtenidos sugieren que la actividad psicomotriz para estos participantes presenta elementos que sí se corresponderían con la definición de ocupación significativa. Asimismo, también se encuentran elementos que hacen dudar que la psicomotricidad como actividad pueda llegar a ser realmente una ocupación significativa.

Todo lo obtenido en este estudio afecta positivamente a la salud, que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como: “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”.

Si se entiende que la ocupación significativa contribuye al bienestar de la persona, se podría afirmar que la actividad psicomotriz sí se vive como ocupación significativa, como se evidencia en la categoría de Bienestar físico y cognitivo. Sin embargo, teniendo en cuenta que la ocupación no se reduce a aspectos meramente funcionales, sino que entronca con el significado, sentido o valor, la realización en sí de esta actividad no sería una ocupación significativa, ya que parece ser el medio para participar con otros (categoría de Participación social) o prepararse para realizar otras actividades realmente significativas para ellos (categoría de Medio para actividades significativas).

Estos resultados son coherentes con las discusiones teóricas y profesionales que se encuentran en la literatura de la Terapia Ocupacional. Por ejemplo, Viana Moldes I, García Pinto MC, Ávila Álvarez A. (20) discuten qué es una ocupación significativa versus alienante, y cómo los Terapeutas Ocupacionales deben trabajar desde la significatividad. Sin embargo la operacionalización de este concepto a la práctica no es poco conflictiva, como se ha visto en el presente estudio.

Por otro lado, Moruno Millares P, Romero Ayuso D. (26), recogen y resumen las características de la ocupación y de las actividades a lo largo de la historia de la terapia ocupacional. En este recorrido no son pocas las contradicciones entre el concepto mismo de ocupación, entendido a veces como actividad y a

veces como ocupación (anteriormente definida –ver introducción-) como medio de trabajo de los Terapeutas Ocupacionales. Si se siguen las corrientes más tradicionales, la vivencia de la actividad psicomotriz aquí estudiada sí quedaría suscrita en lo que se entiende como “ocupación” como menciona Pattison (1922) (26) “*actividad mental o física prescrita y guiada con el propósito de contribuir a la recuperación de una enfermedad o lesión*”. Sin embargo, en el paradigma actual ésta actividad no sería categorizada como ocupación significativa: “consiste en una oportunidad para el encuentro, el desencuentro y el reencuentro con uno mismo y con su entorno, a través de la apropiación del “hacer comprometido” .Este método de trabajo beneficia la salud, en la medida que aproxima y concretiza la expresión de los intereses, valores y destrezas (habilidades y conocimientos) del sujeto” (20).

Según Clark (1991) (26), es necesario ahondar en las razones que hacen que una persona elija una actividad en lugar de otra, para poder profundizar en las ocupaciones significativas como medio y fin del trabajo de la Terapia Ocupacional. Entonces, ¿es la actividad psicomotriz la primera elección de las personas mayores que acuden a los centros de día?

Es necesario continuar investigando en esta línea para poder comprender si la actividad psicomotriz podría ser una ocupación significativa. Y si no lo es, resulta urgente ahondar en la puesta en práctica y el estudio de la ocupación significativa como medio de intervención de la terapia ocupacional en este contexto.

8.- CONCLUSIONES

La complejidad del término ocupación significativa dificulta su aplicación a la práctica, como se ha podido ver en los resultados de esta investigación.

Por ello resulta fundamental profundizar en este concepto, no sólo a nivel teórico, sino también a nivel práctico. Si los profesionales de la terapia ocupacional deben tener un conocimiento minucioso de la ocupación y de su papel en la salud, éste no debe quedarse sólo en la teoría. Estos profesionales deben examinar lo que el ser humano hace con su tiempo, cómo organiza las actividades, qué propósitos cumple y qué significado tiene para él y la sociedad.

La riqueza y complejidad de la ocupación hace necesario que se conozca y se valore mediante la experiencia profesional, la formación y el trabajo científico; todo ello centrado en la persona como ser ocupacional para así poder desarrollar una adecuada práctica de la terapia ocupacional. Por lo tanto, si los terapeutas ocupacionales trabajan con el significado como elemento terapéutico de las ocupaciones es fundamental conocer el mundo de las personas con las que trabajamos desde su subjetividad. De este modo se podrá llevar a cabo un trabajo colaborativo que empodere a las personas en sus vidas de la forma más significativa posible.

9.- APLICABILIDAD

La aplicabilidad de la investigación se centra principalmente en dar respuesta al propósito del proyecto: conocer cómo viven la actividad de estimulación psicomotriz las personas mayores y si es o no una ocupación significativa, y por tanto es apropiada su presencia en los planes de intervención de la Terapia Ocupacional.

Desde esta perspectiva, se trata de superar la práctica, examinando los significados particulares de los protagonistas, profundizando en el conocimiento de esta intervención desde la Terapia Ocupacional. De esta manera, entender si las intervenciones desde Terapia Ocupacional dirigidas a promocionar aquellas actividades que son significativas para las personas mayores pueden estar vinculadas a la realización de la actividad psicomotriz.

Por ello, la mayor contribución de este estudio es la apertura al debate científico y crítico de la Terapia Ocupacional con este colectivo en el contexto gallego, lo que pretende ser un catalizador de mejora de la misma.

10.- AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mis más sinceros agradecimientos a todos los participantes en este estudio y a todos los profesionales y compañeros del Centro de Día.

Asimismo, a mis tutoras Natalia Rivas Quarneti y María Jesús Movilla Fernández por su trabajo y dedicación constante durante la realización de este proyecto.

A mi familia y amigos; gracias por vuestro apoyo y confianza.

11.- BIBLIOGRAFÍA

1. Millán Calenti JC. Principios de la geriatría y gerontología. Madrid: McGRAW-HILL; 2006.
2. Ministerio de Sanidad. Servicios Sociales e Igualdad. [Internet] 2010. (Acceso 24/01/2012). Disponible: <http://www.msc.es/gabinetePrensa/notaPrensa/desarrolloNotaPrensa.jsp?id=1862>
3. Durante Molina P, Pedro Tarrés P. Terapia Ocupacional en Geriatría: principios y práctica. 2ªed. Barcelona: Masson; 1998.
4. Polonio López B, Durante Molina P, Pedro Tarrés P. Terapia Ocupacional en geriatría: 15 casos prácticos. Madrid: Panamericana; 2002.
5. Vicente Cintero A. La Terapia Ocupacional, imprescindible en la autonomía personal y la atención a la dependencia. Revista Informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales. 2005; 37: 6-7.
6. Berlano de Quirós Aragón M. Manual de Psicomotricidad. Madrid: Psicología Pirámide; 2006.
7. García JA. Psicomotricidad y Ancianidad. Un programa de estimulación psicomotriz en la tercera edad: CEPE; 1997.
8. Caballero V, Romaguera E. La Terapia Ocupacional en la atención sociosanitaria a las personas mayores. Barcelona. Informes psiquiátricos [Internet] 2005. (Acceso: 23/01/2012); 182. Disponible en: http://revistahospitalarias.org/info_2005/03_182_02.htm
9. García JA, Morales JM, Equipo CITAP. Psicomotricidad y Ancianidad. Madrid: 3ªed. Ciudad: Ciencias de la educación preescolar y especial; 2004.
10. Rubio Sánchez L, Zori Buitrago C. La psicomotricidad en la escuela (de 0 a 16 años). Madrid: Cie Inversiones Editoriales Dossat; 2008.
11. Del Rio V. Manual práctico de Psicomotricidad para Personas Mayores. 5ªed. Madrid: Dilema; 2010.

12. Valencia C, López Alzate E, Tirado V, Zea Herrera MD, Lopera F, Rupprecht R, Oswald WD. Efectos cognitivos de un entrenamiento combinado de memoria y psicomotricidad en adultos mayores. *Rev neurol* 2008; 46 (8): 465-71.
13. Lautenschlager NT, Cox KL, Flicker L, Fosterr JK, Van Bockxmeer FM, Xiao J, et al. Effect of physical activity on cognitive function in older adults at risk for Alzheimer disease: a randomized trial. *JAMA*. 2008 Sep 3; 300 (9): 1027-37.
14. Baker LD, Frank LL, Foster-Schubert K, Green Ps, Wilkinson CW, McTiernan A et al. Effects of aerobic exercise on mild cognitive impairment: a controlled trial. *Arch Neurol*. 2010 Jan; 67 (1): 71-9.
15. Angevaren M, Aufdemkamp G, Verhaar HJ, Aleman A, Vanhees L. Physical activity and enhanced fitness to improve cognitive function in older people without known cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Jul 16; (3): CD 005381.
16. Weisser B, Preuss M, Predel HG. Physical activity for prevention and therapy of internal diseases in the elderly. *MEDLINE*. 2009 Apr 15; 104 (4): 296-302.
17. Moruno Millares P, Romero Ayuso D. *Terapia Ocupacional: teoría y técnicas*. Madrid: Masson; 2003.
18. Polonio López B, Durante Molina P, Noya Arnaiz B. *Conceptos fundamentales de la terapia ocupacional*. Madrid: Panamericana; 2001.
19. Turner A. *Terapia Ocupacional y Disfunción Física*. Madrid: Elsevier; 2003.
20. Viana Moldes I, García Pinto MC, Ávila Álvarez A. Ocupación alienante versus ocupación significativa [Internet]. *Terapia Ocupacional.com: El portal de Terapia Ocupacional*. Disponible en: www.terapia-ocupacional.com/articulos/Ocup_Alienan_vs_ocup_signi.shtml

- 21.** Molinas de Rondinas J. Ocupación y significado: aportes de la terapia ocupacional desde un modelo constructivista [Internet]. Terapia Ocupacional.com: El portal de Terapia Ocupacional. Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Ocupacion_significado_constructivismo_Molinas_Rondina.shtml
- 22.** Sandín M.P. Investigación Cualitativa en Educación: Fundamentos y tradiciones. Madrid, España: Mc Craw Hill; 2003.
- 23.** Rodríguez Gómez G, Gil Flores J, García Jiménez. Metodología de la Investigación Cualitativa. 2ª ed. Málaga: Ediciones aljibe; 1999.
- 24.** Kielhofner G. Fundamentos Conceptuales de la Terapia Ocupacional. 3ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2006.
- 25.** Salgado Levano A. Investigación cualitativa: diseños, evaluación de rigor metodológico y retos. Liberati. 2007; 13 (13): 71-78.
- 26.** Moruno Millares P, Romero Ayuso D. Definición de la terapia ocupacional. En: Moruno Millares P, Romero Ayuso D. Terapia Ocupacional: teoría y técnicas. Madrid: Masson; 2003: p. 41-50.

12.- ANEXOS

Anexo I: Búsqueda Bibliográfica

Para llevar a cabo la búsqueda bibliográfica, los términos utilizados han sido los siguientes:

- Psychomotor
- Meaningful occupation
- Meaningful activity
- Pysical activity
- Elderly people

Se establecen como límites en la búsqueda bibliográfica todos los artículos publicados entre las fechas que se encuentran entre 2006-2011, permitiendo así limitar los documentos potencialmente recuperables y actuales; también se establece como límite el rango de edad que en éste caso sería personas mayores de 65 años. En relación al idioma no se establecen límites, con la finalidad de hacer más amplia dicha búsqueda.

Todos los términos han sido seleccionados para que aparezcan en todo el texto para así tener una búsqueda más amplia; con respecto al término boleano utilizado ha sido y/and, para relacionar términos que corresponden a conceptos distintos, pero que queremos que aparezcan en el mismo documento.

Dicha búsqueda ha sido realizada en las bases de datos que se muestran a continuación, a través del acceso desde la UDC (Universidad da Coruña):

- AMED: Allied & complementary medicine
- COCHRANE LibraRry Plus
- CINAHL (Comulative Index to Nursing and Allied Health Literature)
- CSIC
- ISI Web of Science
- MEDLINE (Ebsco)

Cómo viven la Estimulación Psicomotriz las Personas Mayores

Resultados

1º) Psychomotor and Meaningful occupation

- AMED: Allied & complementary medicine
 - Fecha consulta: 24/01/2012
 - Resultados encontrados: 1
 - Resultados válidos: 0
- COCHRANE LibraRry Plus
 - Fecha consulta: 24/01/2012
 - Resultados encontrados: 0
 - Resultados válidos: 0
- CINALHL (Comulative Index to Nursing and Allied Health Literature)
 - Fecha consulta: 24/01/2012
 - Resultados encontrados: 0
 - Resultados válidos: 0
- CSIC
 - Fecha consulta: 24/01/2012
 - Resultados encontrados: 0
 - Resultados válidos: 0
- ISI Web of Science
 - Fecha consulta: 24/01/2012
 - Resultados encontrados: 0
 - Resultados válidos: 0

- MEDLINE (Ebsco)
 - Fecha consulta: 24/01/2012
 - Resultados encontrados: 0
 - Resultados válidos: 0

2º) **Psychomotor and Meaningful activity**

- AMED: Allied & complementary medicine
 - Fecha consulta: 26/01/2012
 - Resultados encontrados: 9
 - Resultados válidos: 0
- COCHRANE LibraRry Plus
 - Fecha consulta: 26/01/2012
 - Resultados encontrados: 5
 - Resultados válidos: 0
- CINALHL (Comulative Index to Nursing and Allied Health Literature)
 - Fecha consulta: 26/01/2012
 - Resultados encontrados: 0
 - Resultados válidos: 0
- CSIC
 - Fecha consulta: 26/01/2012
 - Resultados encontrados: 0
 - Resultados válidos: 0

- ISI Web of Science
 - Fecha consulta: 26/01/2012
 - Resultados encontrados: 2
 - Resultados válidos: 0
- MEDLINE (Ebsco)
 - Fecha consulta: 26/01/2012
 - Resultados encontrados: 0
 - Resultados válidos: 0

3º) **Physical activity and Meaningful occupation**

- AMED: Allied & complementary medicine
 - Fecha consulta: 31/01/2012
 - Resultados encontrados: 7
 - Resultados válidos: 0
- COCHRANE LibraRry Plus
 - Fecha consulta: 31/01/2012
 - Resultados encontrados: 1
 - Resultados válidos: 0
- CINALHL (Comulative Index to Nursing and Allied Health Literature)
 - Fecha consulta: 31/01/2012
 - Resultados encontrados: 0
 - Resultados válidos: 0

- CSIC
 - Fecha consulta: 31/01/2012
 - Resultados encontrados: 0
 - Resultados válidos: 0
- ISI Web of Science
 - Fecha consulta: 31/01/2012
 - Resultados encontrados: 0
 - Resultados válidos: 0
- MEDLINE (Ebsco)
 - Fecha consulta: 31/01/2012
 - Resultados encontrados: 0
 - Resultados válidos: 0

4⁰) **Physical activity and Meaningful activity**

- AMED: Allied & complementary medicine
 - Fecha consulta: 02/02/2012
 - Resultados encontrados: 45
 - Resultados válidos: 0
- COCHRANE LibraRry Plus
 - Fecha consulta: 02/02/2012
 - Resultados encontrados: 12
 - Resultados válidos: 0

- CINALHL (Comulative Index to Nursing and Allied Health Literature)
 - Fecha consulta: 02/02/2012
 - Resultados encontrados: 0
 - Resultados válidos: 0

- CSIC
 - Fecha consulta:02/02/2012
 - Resultados encontrados: 12
 - Resultados válidos: 0

- ISI Web of Science
 - Fecha consulta: 02/02/2012
 - Resultados encontrados: 0
 - Resultados válidos: 0

- MEDLINE (Ebsco)
 - Fecha consulta: 02/02/2012
 - Resultados encontrados: 0
 - Resultados válidos: 0

5º) Psychomotor and Elderly people

- AMED: Allied & complementary medicine
 - Fecha consulta: 07/02/2012
 - Resultados encontrados: 87
 - Resultados válidos: 3

- COCHRANE LibraRry Plus
 - Fecha consulta: 14/02/2012
 - Resultados encontrados: 14
 - Resultados válidos: 1
- CINALHL (Comulative Index to Nursing and Allied Health Literature)
 - Fecha consulta: 14/02/2012
 - Resultados encontrados: 0
 - Resultados válidos: 0
- CSIC
 - Fecha consulta: 14/02/2012
 - Resultados encontrados: 1
 - Resultados válidos: 0
- ISI Web of Science
 - Fecha consulta: 16/02/2012
 - Resultados encontrados: 16
 - Resultados válidos: 0
- MEDLINE (Ebsco)
 - Fecha consulta: 21/02/2012
 - Resultados encontrados: 45
 - Resultados válidos: 1

Anexo II: Mini Examen Cognitivo de Lobo (MEC)

1. Orientación en el tiempo y espacio

- Dígame el día de la semana, día del mes, estación del año y año en el que estamos (0-5 puntos).
- Dígame el nombre del centro, el piso, la ciudad, la provincia y el país en el que estamos (0-5 puntos).

2. Fijación

- Repita estas palabras: caballo, peseta, manzana (0-3 puntos).

3. Concentración y cálculo

- Si tienes 30 pesetas y me las vas dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando? (0-5 puntos).
- Repita 3-9-2 hasta que se lo aprenda. Ahora dígalo al revés, empezando por la última cifra, luego la penúltima y finalmente la primera (0-3 puntos).

4. Memoria

- ¿Recuerda usted las tres palabras que le he dicho antes? Dígalas (0-3 puntos).

5. Lenguaje y construcción

- ¿Qué es esto? (mostrarle un reloj), ¿y esto? (mostrarle un bolígrafo) (0-2 puntos).
- Repita la siguiente frase: en un trigal había cinco perros (0-1 punto).
- Si una manzana y una pera son frutas, el rojo y el verde ¿qué son?; ¿y un perro y un gato? (0-2 puntos).
- Coja el papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa (0-3 puntos).

- Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS (0-1 punto).
- Copie este dibujo (0-1 punto).

**Instrucciones:**

1. Orientación: Seguir las indicaciones del test (un punto cada respuesta correcta).
2. Fijación: Decir las tres palabras seguidas y repetirlas tantas veces como sea necesario hasta que el paciente las diga correctamente; se le dan tantos puntos como palabras repite correctamente al primer intento.
3. Concentración y cálculo: Se da un punto por cada respuesta correcta. Se da un punto por cada cifra correcta y en el orden correcto.
4. Lenguaje y construcción: Se da un punto por cada nombre correcto. Un punto si repite la misma frase, que ha de citarse una vez. Un punto por cada respuesta correcta (colores, animales). Un punto por cada parte de la orden correctamente realizada. Un punto si lee, interpreta y ejecuta una orden escrita (cierre los ojos).
5. Un punto si escribe una frase con sujeto, verbo y predicado y con sentido (no se valora la caligrafía ni la ortografía). Un punto si dibuja los pentágonos con inserción de uno de los ángulos.

Anexo III: Escala de Deterioro Global (GDS) de Reisberg

GDS-1, Ausencia de alteración cognitiva

(Miniexamen cognoscitivo-MEC-de Lobo entre 30 y 35 puntos). Se corresponde con un individuo normal:

- Ausencia de quejas subjetivas.
- Ausencia de trastornos evidentes de la memoria en la entrevista clínica.

GDS-2, Disminución cognitiva leve

(MEC de Lobo entre 25 y 30 puntos). Se corresponde con el deterioro de memoria asociado a la edad:

- Quejas subjetivas de defectos de memoria, sobre todo en:
 - Olvido de dónde ha colocado objetos familiares.
 - Olvido de nombres previamente bien conocidos.
- No hay evidencia objetiva de defectos de memoria en el examen clínico.
- No hay defectos objetivos en el trabajo o en situaciones sociales.
- Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología.

GDS-3, Defecto cognitivo leve

(MEC de Lobo entre 20 y 27 puntos). Se corresponde con un deterioro cognitivo leve:

- Primeros defectos claros: manifestaciones en una o más de estas áreas:
 - El paciente puede haberse perdido en un lugar no familiar.
 - Los compañeros detectan rendimiento laboral pobre.
 - Las personas más cercanas detectan defectos en la evocación de palabras y nombres.
 - Al leer un párrafo de un libro retiene muy poco material.

- Puede mostrar una capacidad muy disminuída en el recuerdo de las personas nuevas que ha conocido.
- Puede haber perdido o colocado en un lugar erróneo un objeto de valor.
- En la exploración clínica puede hacerse evidente un defecto de concentración.
- Un defecto objetivo de memoria únicamente se observa con una entrevista intensiva.
- Aparece un decremento de los rendimientos en situaciones laborales o sociales exigentes.
- La negación o desconocimiento de los defectos se hace manifiesta en el paciente.
- Los síntomas se acompañan de ansiedad discreta-moderada.

GDS-4, Defecto cognitivo moderado

(MEC de Lobo entre 16 y 23 puntos). Se corresponde con una demencia en estadio leve:

- Defectos claramente definidos en una entrevista clínica cuidadosa en las áreas siguientes:
 - Conocimiento disminuido de los acontecimientos actuales y recientes.
 - El paciente puede presentar cierto déficit en el recuerdo de su propia historia personal.
 - Defecto de concentración puesto de manifiesto en la sustracción seriada de sietes.
 - Capacidad disminuida para viajes, finanzas, etc.

- Frecuentemente no hay defectos en las áreas siguientes:
 - Orientación en tiempo y persona.
 - Reconocimiento de personas y caras familiares.
 - Capacidad de desplazarse a lugares familiares.
- Incapacidad para realizar tareas complejas.
- La negociación es el mecanismo de defensa dominante.
- Disminución del afecto y abandono en las situaciones más exigentes.

GDS-5, Defecto cognitivo moderado-grave

(MEC de Lobo entre 10 y 19 puntos). Se corresponde con una demencia en estadio moderado:

- El paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin alguna asistencia.
- No recuerda datos relevantes de su vida actual: su dirección o teléfono de muchos años, los nombres de familiares próximos (como los nietos), el nombre de la escuela, etc.
- Es frecuente cierta desorientación en tiempo (fecha, día de la semana, estación, etc) o en lugar.
- Una persona con educación formal puede tener dificultad contando hacia atrás desde 40 de cuatro en cuatro, o desde 20 de dos en dos.
- Mantiene el conocimiento de muchos de los hechos de mayor interés concernientes a sí mismo y a otros.
- Invariablemente sabe su nombre, y generalmente el de su esposa e hijos.
- No requiere asistencia en el aseo ni en la comida, pero puede tener cierta dificultad en la elección de los vestidos adecuados.

GDS-6, Defecto cognitivo grave

(MEC de Lobo entre 0 y 12 puntos). Se corresponde con una demencia en estadio moderadamente grave:

- Ocasionalmente puede olvidar el nombre de la esposa, de la que, por otra parte, depende totalmente para sobrevivir.
- Desconoce los acontecimientos y experiencias recientes de su vida.
- Mantiene cierto conocimiento de su vida pasada, pero muy fragmentario.
- Generalmente desconoce su entorno, el año, la estación, etc.
- Puede ser incapaz de contar desde 10 hacia atrás, y a veces hacia delante.
- Requiere cierta asistencia en las actividades cotidianas.
- Puede tener incontinencia o requerir ayuda para desplazarse, pero puede ir a lugares familiares.
- El ritmo diurno está frecuentemente alterado.
- Casi siempre recuerda su nombre.
- Frecuentemente sigue siendo capaz de distinguir entre las personas familiares y no familiares de su entorno.
- Cambios emocionales y de personalidad bastante variables, como:
 - Conducta delirante: puede acusar de impostora a su esposa, o hablar con personas inexistentes, o con su imagen en el espejo.
 - Síntomas obsesivos, como actividades repetitivas de limpieza.
 - Síntomas de ansiedad, agitación o incluso conducta violenta, previamente inexistente.

- Abulia cognitiva, pérdida de deseos, falta de elaboración de un pensamiento para determinar un curso de acción propositivo.

GDS-7, Defecto cognitivo muy grave

(MEC de Lobo =0 puntos, impracticable). Se corresponde con una demencia en estadio grave.

- Pérdida progresiva de las capacidades verbales. Inicialmente se pueden verbalizar palabras y frases muy circunscritas; en las últimas fases no hay lenguaje, únicamente gruñidos.
- Incontinencia de orina. Requiere asistencia en el aseo y en la alimentación.
- Se van perdiendo las habilidades psicomotoras básicas, como la deambulación.
- El cerebro es incapaz de decir al cuerpo lo que ha de hacer.
- Frecuentemente aparecen signos y síntomas generalizados y corticales.

Anexo IV: Entrevista Semiestructurada

1. ¿Le agrada participar en la actividad de psicomotricidad?
2. ¿Por qué?
3. ¿Qué significado/valor tiene para usted el participar en la actividad de psicomotricidad?
4. ¿Cómo se siente antes de realizarla dicha actividad?
5. ¿y durante su proceso?
6. ¿y al finalizar dicha actividad?
7. ¿Cree que ha estado en contacto con los demás y ha hecho nuevas amistades?
8. ¿Le gustaría hacer otra actividad que tenga más sentido para usted en vez de la psicomotricidad?
9. ¿Qué opina sobre el uso de esta actividad en los Centros de Día para Personas Mayores?

Anexo V: Permiso a la Coordinadora del Consorcio Gallego de Igualdad y Bienestar.

Estimada Encarna Álvarez Gallego

Coordinadora del Departamento de Gerontología del Consorcio Gallego de Igualdad y Bienestar.

Doña Sabela Díez Amado con DNI 32677129-V, alumna del Máster en Asistencia e Investigación Sanitaria de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de A Coruña y Terapeuta Ocupacional del Centro de Día en dónde se realiza el estudio.

Expone: Desde febrero estoy realizando un proyecto de investigación titulado “Cómo viven la estimulación psicomotriz las personas mayores” la finalidad es conocer si ésta es una ocupación significativa para las personas mayores y por lo tanto es apropiada su presencia en los planes terapéuticos de la Terapia Ocupacional.

Solicito: Permiso para recoger datos necesarios de las historias clínicas de los usuarios y poder finalmente pasar las entrevistas a cada uno de ellos para llevar a cabo dicho proyecto.

Anexo VI: Declaración del consentimiento informado del usuario

“CÓMO VIVEN LA ESTIMULACIÓN PSICOMOTRIZ LAS PERSONAS MAYORES”

D/Dña _____ con DNI _____

Descripción del Estudio:

Este estudio forma parte del proyecto del Máster en Asistencia e Investigación Sanitaria de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de A Coruña y va a ser realizado por la alumna Sabela Díez Amado.

Dicho estudio tiene como fin el explorar la experiencia de los protagonistas en una actividad común que utilizan los terapeutas ocupacionales en los Centros de Día de Personas Mayores en Galicia: la *estimulación psicomotriz*. La finalidad es conocer si ésta es una ocupación significativa para las personas mayores y por lo tanto es apropiada su presencia en los planes terapéuticos de la Terapia Ocupacional.

Riesgos y Beneficios:

Este estudio no presenta riesgos asociados y el beneficio esperado del mismo es profundizar sobre la ocupación significativa de los usuarios del Centro de Día y poder así mejorar la calidad de intervención en las personas mayores.

Derechos y Obligaciones:

La participación de los usuarios en este proyecto es voluntaria y tienen derecho a abstenerse del estudio en cualquier momento que lo deseen.

Por otro lado, el participar en el mismo no genera ningún tipo de obligaciones presentes o futuras. El negarse a participar o a contestar a ciertas preguntas durante la entrevista no le afectará en modo alguno. La información obtenida será grabada y se utilizará manteniendo la confidencialidad y el anonimato; una vez terminado el estudio dichas grabaciones serán eliminadas.

NOMBRE

FIRMA

FECHA

